

INSPECTION GENERALE

Exemplaire n°

RAPPORT
AUDIT DU PROCESSUS DE TRAITEMENT DES ACCIDENTS DU TRAVAIL
- juin 2014 -
N° 13-01

Rapporteurs :

[.....], inspectrice générale

[.....], attaché d'administration principal

SOMMAIRE

NOTE DE SYNTHÈSE	2
INTRODUCTION	4
1. LE PROCESSUS DE TRAITEMENT MEDICO-ADMINISTRATIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL	8
1.1. Un régime spécifique pour la Fonction publique destiné à évoluer et dont ne relèvent pas tous les agents travaillant pour la collectivité parisienne	8
1.1.1. Un régime spécifique pour la Fonction publique	8
1.1.2. Ce régime va vraisemblablement évoluer à plus ou moins long terme	10
1.1.3. Les agents travaillant pour la collectivité parisienne ne relèvent pas tous du régime fonctionnaire	14
1.2. Un cadre procédural qui s'écarte des textes	17
1.2.1. Quel régime pour quels agents ?	17
1.2.2. Les modalités de remboursement des prestations en nature	20
1.2.3. Les prestations en espèces	21
1.2.4. Le placement d'emblée en régime accident du travail	22
1.3. Des pratiques contestables souvent pénalisantes pour les agents	25
1.3.1. La question de la délivrance des triptyques	25
1.3.2. La reconnaissance des accidents de trajet	28
1.3.3. Les accidents causés par des malaises	32
1.3.4. Les rechutes	33
1.3.5. La longueur des procédures	35
1.3.6. La requalification rétroactive des arrêts de travail en arrêts maladie : impossible à dénombrer	35
1.3.7. La demande d'allocation temporaire d'invalidité	36
1.4. Une organisation en cours de réforme	37
1.4.1. Une décennie jalonnée de réformes	38
1.4.2. La mise en place du Pôle de la médecine statutaire et des procédures médico-administratives	41
2. LE RECUEIL DE L'INFORMATION	51
2.1. La grande hétérogénéité d'enregistrement des données relatives aux accidents du travail et de service en rend le suivi et l'analyse très difficile	51
2.1.1. La qualité de l'enregistrement des données est un préalable à une analyse de qualité	52
2.1.2. Le suivi et l'analyse	55
2.2. Les progrès accomplis depuis l'analyse produite en 2011 à la demande de la Secrétaire générale	56
2.2.1. La prise en compte des recommandations du rapport	57
2.2.2. La ligne directrice	58
2.2.3. La rencontre de quatre directions de la Ville	61
2.2.4. Les domaines prioritaires inscrits dans l'accord SST en matière de prévention	67
LISTE DES RECOMMANDATIONS	69
PROCEDURE CONTRADICTOIRE	71
LISTE DES ANNEXES	91

NOTE DE SYNTHÈSE

Initiée à la suite d'entretiens bilatéraux de la secrétaire générale de la Ville de Paris en 2012 avec les organisations syndicales, la mission a comporté deux axes d'investigation concernant la problématique des accidents du travail au sein de la collectivité parisienne.

- Le premier axe a consisté à faire le point sur la procédure médico-administrative de traitement des accidents de service, accidents de trajet et maladies professionnelles.

Il est rappelé dans un premier temps qu'il existe pour la fonction publique un régime spécifique AT-MP. Bien que la jurisprudence tende à un rapprochement avec le régime général, le régime fonctionnaire se caractérise par l'absence de la présomption d'imputabilité, fondatrice du régime général. Les textes régissant le régime fonctionnaire sont à la fois complexes et peu précis, leur application et celle de la jurisprudence varient selon les fonctions publiques et au sein de chacune d'entre elles.

Ce régime ne s'applique qu'aux fonctionnaires titulaires et stagiaires. L'ensemble des agents non titulaires de la fonction publique territoriale devraient relever du seul régime général de la sécurité sociale.

Au sein de la collectivité parisienne, la pratique administrative révèle une application incertaine du cadre juridique :

- par la création d'un régime *sui generis* pour les contractuels de droit public,
- par les modalités de prise en charge des frais médicaux,
- par l'absence de délibération du Conseil de Paris définissant les règles de maintien ou non des différentes primes et indemnités en cas d'arrêt de travail pour accident de travail ou maladie professionnelle,
- par l'instauration d'une règle de gestion qui consiste à placer d'emblée les agents sous le régime accident du travail dès la déclaration et avant la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident, alors qu'un délai de six à huit mois minimum sépare la première de la seconde.

Il s'y ajoute une interprétation parfois très restrictive des textes et des situations préjudiciables aux agents : délivrance sous condition du ou des triptyques supplémentaires, contestation quasi systématique des accidents de trajet en l'absence de témoin direct, contestation des rechutes d'accidents du travail ainsi que des accidents causés par des malaises, longueur excessive des procédures, requalification rétroactive totale ou partielle des arrêts de travail pour accident du travail en arrêts maladie simples, traitement plus que laborieux des demandes d'allocation temporaire d'invalidité (ATI) en cas d'incapacité permanente partielle (IPP) supérieure à 10 %.

Consciente de certains de ces dysfonctionnements, la collectivité parisienne a initié une profonde réforme avec la création en novembre 2013 d'un Pôle médecine statutaire et procédures médico-administratives. L'ampleur des chantiers que devra mener à bien ce nouveau pôle conduit l'IG à recommander de le traiter comme un équipement nouveau dédié aux usagers que sont les personnels de la collectivité parisienne concernés par ces procédures médico-administratives.

- Le second axe consistait à faire le point sur l'hétérogénéité des enregistrements qui rend le suivi des accidents du travail difficile et sur l'insuffisante analyse des causes.

La lettre de mission invite à mesurer les progrès accomplis depuis la remise en décembre 2011 du rapport « Accidentabilité et accidentologie au travail dans les services de la Ville et du Département de Paris ».

Il s'est avéré que, faute de diffusion et d'une large publicité donnée à ce rapport, il n'a guère été constaté de progrès dans les directions, à l'exception de la Direction de la propreté et de l'eau (DPE).

Ce rapport a en revanche largement inspiré l'accord cadre Santé et Sécurité au travail signé en février 2012, qui reprend à son compte les objectifs du rapport en matière de statistiques AT-MP et d'enquêtes post accident. Les rapporteurs formulaient dix propositions d'amélioration regroupées en trois thèmes.

Concernant la production d'éléments chiffrés et d'études, il s'avère que ces documents sont produits avec une bonne qualité pour les rapports annuels traitant d'événements dont le dénombrement est stabilisé. Les tableaux de bord trimestriels sont d'une qualité moins affirmée ; la rédaction et la publication d'une ligne directrice fixant des règles communes à tous les acteurs conditionnent leur amélioration. Le rapport en prévoyait la rédaction courant 2012 et l'IG a pu prendre connaissance en décembre 2013 d'un projet.

Concernant le « positionnement » et l'évolution des acteurs, l'IG relève que la création à partir de novembre 2013 du Pôle médecine statutaire et procédures médico-administratives va incontestablement dans le bon sens même s'il est trop tôt pour prédire si cette restructuration se traduira par les améliorations souhaitées.

Le rapport proposait également de faire des bureaux de prévention des risques professionnels (BPRP) des directions les acteurs essentiels du suivi des accidents du travail. Pour cela il faut confier aux techniciens de prévention la réalisation de l'analyse des accidents ainsi que la saisie des éléments qualitatifs des accidents dans Prorisq. Seule la DPE a adopté de façon systématique depuis début 2013 cette recommandation.

Enfin, concernant l'information, la sensibilisation et la qualification des agents, les progrès sont contrastés : information présente mais pas toujours lisible, absence de diffusion du rapport à destination des directeurs, nécessité de sensibiliser l'encadrement à la nécessité d'effectuer un suivi plus attentif des procédures de déclaration d'accidents et à analyser systématiquement les AT-MP.

INTRODUCTION

La lettre de mission invite à deux axes distincts de réflexion concernant les accidents du travail.

D'une part elle fait état des insatisfactions exprimées par les organisations syndicales lors d'entretiens bilatéraux en 2012 avec la secrétaire générale sur la façon dont sont traités aujourd'hui les accidents du travail dans la collectivité parisienne.

D'autre part elle mentionne l'hétérogénéité persistante d'enregistrement par les directions des accidents du travail, qui en rend le suivi et l'analyse difficile, et elle demande de mesurer les progrès accomplis depuis l'analyse produite en décembre 2011 par la Mission d'Inspection Hygiène et Sécurité (MIHS) et le Bureau de prévention des risques professionnels (BPRP) de la Direction des ressources humaines (DRH) « *Accidentabilité et accidentologie dans la collectivité parisienne* ».

Le premier point relève du **processus de traitement médico-administratif** des victimes d'accidents de service, de trajet ou de maladies professionnelles au cours des trois étapes que sont le processus de reconnaissance, le traitement de l'incapacité temporaire et celui de l'incapacité permanente.

Le second concerne la **fiabilité de l'information statistique** délivrée par le logiciel Prorisq au travers de son infocentre AT-MP.

Ce sont des sujets de nature différente. Le premier concerne au premier chef les agents victimes d'un problème de santé au travail, accident ou maladie professionnelle. Le second concerne les modalités de saisie de l'information dans l'application Prorisq, c'est-à-dire l'organisation mise en place à cet effet au sein de chaque direction.

Ils ne sont pas tout à fait sans lien l'un avec l'autre : les délais importants de reconnaissance de l'imputabilité par la DRH influent par exemple sur le nombre d'accidents comptabilisés chaque année puisque bon nombre d'accidents déclarés durant l'année n ne seront reconnus que l'année n + 1.

La différence de nature entre ces deux ordres de questions a cependant conduit les auditeurs à choisir de les traiter indépendamment l'un de l'autre, sous forme de deux parties distinctes.

Il est rapidement apparu que le sujet de la santé au travail et de la prévention était largement documenté, tant au plan national qu'à celui de la collectivité parisienne. Ainsi un précédent rapport de l'IG, « *Audit du dispositif de santé au travail de l'administration parisienne* » de novembre 2010 consacrait-il déjà une annexe de quinze pages aux nombreuses réflexions menées depuis une dizaine d'années, au niveau tant national que parisien.

En revanche, il l'est beaucoup moins en ce qui concerne la **spécificité du régime fonctionnaire** des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP). En dehors du rapport public de la Cour des comptes (2005), certes déjà ancien mais qui conserve toute son actualité, la mission n'a pu prendre connaissance que d'un rapport non public récent sur ce sujet. Ces deux documents seront commentés dans le corps du rapport. On se limitera ici à rappeler que **la notion d'accident du travail n'existe pas dans le droit de la fonction publique**, qui ne connaît que la notion, non définie, d'accident de service, et que la grande différence entre le régime fonction publique et le régime général de la sécurité sociale est la notion de **présomption d'imputabilité**, qui fonde le régime général alors qu'elle n'existe pas dans le régime fonctionnaire, dans lequel la charge de la preuve incombe à l'agent.

A la Ville de Paris, le sujet de la santé au travail est devenu ces dernières années un sujet de premier plan, avec notamment l'élaboration des documents uniques d'évaluation des risques professionnels, le rapport « *Accidentabilité et accidentologie* » demandé par la secrétaire générale et la signature le 2 février 2012 de l'accord-cadre Santé et Sécurité au Travail. Si cet accord a largement pu s'appuyer sur les notions et idées définies dans le rapport mentionné ci-dessus, le volet du processus de traitement médico-administratif des accidents et des maladies professionnelles en est absent. Une des actions est consacrée au renforcement des moyens, notamment humains, du Service de médecine préventive, mais rien n'est dit du Service de la médecine statutaire. Parmi les annexes, l'annexe 6 est consacrée à la « *Reconnaissance de la maladie professionnelle* », mais le processus de reconnaissance des accidents de service et de trajet n'est pas traité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DRH rappelle que « *l'accord SST définit la politique de prévention de la collectivité parisienne. Il aborde la question des AT/MP sous cet aspect préventif, au travers des statistiques et de l'analyse des causes des accidents. L'ensemble de ces données devant permettre d'aider à la décision dans la définition des outils et actions de prévention. Le processus de reconnaissance est une procédure administrative post accident qui n'influe en rien sur la prévention des risques professionnels. Elle est donc hors champ de l'accord. La procédure a néanmoins été intégrée en annexe 6 de l'accord à titre pédagogique, mais n'a bien évidemment pas été objet de négociations.* »

Il faut en revanche mentionner la concomitance de la mission avec le rapport remis au Directeur des ressources humaines (DRH) en mai 2013 sur les processus maladie complexes et la mise en place, en novembre 2013, au sein de la sous-direction de la prévention et des actions sociales et de santé, à côté du Pôle Santé/Sécurité/Travail, du Pôle de médecine statutaire et des procédures médico-administratives. Le rapport portait sur l'ensemble des processus maladie complexes, c'est-à-dire le congé de longue maladie, le congé de longue durée, les accidents du travail, les maladies professionnelles et l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité. Les objectifs de la mission étaient la simplification, la réduction des délais de traitement des dossiers, l'harmonisation et la modernisation des outils de gestion, l'amélioration de l'information et de la compréhension par les agents de l'évolution de leur dossier.

Cette mission puis cette réforme témoignent de la conscience de la Direction des ressources humaines (DRH) des dysfonctionnements caractérisant le traitement de l'ensemble des processus maladie complexes.

La mission de l'IG, spécifiquement centrée sur les AT-MP, analyse un ensemble de dysfonctionnements et de carences qu'il faut impérativement traiter :

- le processus de traitement des AT-MP révèle des incertitudes juridiques qu'il convient de préciser, concernant notamment les agents non-titulaires de la collectivité parisienne, la prise en charge des frais médicaux, le processus de reconnaissance du caractère professionnel des accidents ;
- une grande partie des dysfonctionnements constatés provient en dernière analyse du délai exagérément long d'examen des victimes d'accident par le Service de la médecine statutaire qui le conduit à prononcer des décisions rétroactives parfois gravement pénalisantes pour la situation, notamment financière, des agents.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DRH a tenu à souligner qu'« *elle ne méconnaît pas que les délais du service de médecine statutaire sont effectivement trop longs mais [...] que ces dysfonctionnements résultaient aussi d'autres délais anormalement longs liés à la constitution des dossiers d'accidents de la part des agents (absence de certificat médical initial ou de déclaration d'accident par exemple), des UGD (traitement non prioritaire des dossiers notamment en période de paie), des supérieurs hiérarchiques*

(absence de rapport hiérarchique). L'amélioration nécessaire des délais par le service de médecine statutaire ne suffira pas à elle seule à réduire les délais de paiement. »

La mission de l'IG a pu s'appuyer avec profit sur le rapport « *Processus maladie complexes* ». En revanche, s'il est bien entendu trop tôt pour tirer un éventuel bilan de la mise en place du Pôle, il est néanmoins possible d'attirer l'attention sur quelques points cruciaux.

En termes de **méthode**, la mission a souhaité commencer par rencontrer les sept organisations syndicales. Entre juillet et octobre 2013, elle a pu rencontrer cinq d'entre elles.

La mission a longuement rencontré la DRH : le directeur et le sous-directeur de la prévention et des actions sociales et de santé, le Bureau des personnels ouvriers et techniques (BPOT), le Bureau de prévention des risques professionnels (BPRP), la Mission d'Inspection Hygiène et Sécurité (MIHS), le Service du pilotage des systèmes d'information des ressources humaines, le Service de la médecine statutaire, le secrétariat de la Commission de réforme, le Bureau du Statut, la cheffe du nouveau Pôle.

Concernant la deuxième partie du rapport, consacrée à l'élaboration des statistiques, le choix a été fait de rencontrer quatre directions : la Direction de la Propreté et de l'Eau (DPE), la Direction des Espaces Verts et de l'Environnement (DEVE) et la Direction des Familles et de la Petite Enfance (DFPE), ainsi que la Direction de la Prévention et de la Protection (DPP) en raison de la forte prévalence des accidents ayant lieu durant l'entraînement sportif obligatoire dans les causes d'accident.

Concernant la première partie, la mission a rencontré la Direction du Développement Economique, de l'Emploi et de l'Enseignement Supérieur (DDEEES) sur le sujet des personnels en contrat aidé, en apprentissage ou stagiaires.

Pour procéder à une analyse comparative, la prise de conscience de la spécificité du régime fonctionnaire a conduit la mission à s'orienter non vers des entreprises publiques, comme cela lui avait été suggéré, mais vers d'autres collectivités publiques : les entreprises, même publiques, relèvent en effet du régime général de la sécurité sociale et les comparaisons fondées sur des régimes différents n'auraient pas eu de sens. En revanche les auditeurs ont rencontré l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP), la Préfecture de police et le Centre d'action sociale de la Ville de Paris - institution qui pour être très proche de la Ville n'en obéit pas moins à des principes différents. La rencontre de ces institutions relevant elles aussi du régime fonctionnaire a été riche d'enseignements.

La mission a également rencontré la Médiatrice de la Ville de Paris, qui a attiré son attention sur la situation particulière des vacataires.

Enfin la mission a pris l'attache de la Direction générale de l'administration et de la fonction publique pour connaître les perspectives d'évolution, à court ou plus long terme, du régime fonctionnaire, telles qu'elles sont esquissées dans l'accord national Santé et Sécurité au Travail du 20 novembre 2009.

On rappellera ici les **principaux ordres de grandeur** tels qu'ils figurent au Bilan social 2012.

Les accidents de travail ont été en 2011 au nombre de 3 193 et en 2012 de 3 125¹, les accidents de trajet de 854 en 2011 et 772 en 2012. C'est donc le chiffre annuel d'environ 4 000 qu'il faut retenir pour les accidents. Sur 3 897 accidents en 2012, un tiers n'ont pas entraîné d'arrêt de travail.

L'indice de fréquence mesure le nombre d'accidents pour 1 000 agents : la direction où il est le plus élevé est la DPE (72,03), suivie de la DEVE (45,85), la DPP (45,31) et la DPA (41,7). Parmi les directions du pôle « Service aux parisiens », il convient de signaler la DASCO (25,19) et la DFPE (23,81).

Le taux de gravité est quant à lui mesuré par le nombre de jours d'absence pour accident du travail pour 1 000 heures travaillées. Les directions où il est le plus élevé sont la DPE (1,24), la DPP (0,84), la DEVE (0,71). A la DASCO et à la DFPE, il est respectivement de 0,35 et 0,30.

En 2012, 262 maladies professionnelles ont été reconnues.

¹ Chiffre non définitif, pour des raisons qui seront développées dans la partie II du rapport.

1. LE PROCESSUS DE TRAITEMENT MEDICO-ADMINISTRATIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Ce processus s'inscrit dans un cadre juridique à la fois imprécis et complexe. Il existe en effet un régime spécifique réservé aux fonctionnaires titulaires et stagiaires. Le traitement des personnels non titulaires s'avère approximatif. Même concernant les personnels titulaires, la coutume administrative parisienne a apporté une série d'infléchissements contestables.

1.1. Un régime spécifique pour la Fonction publique destiné à évoluer et dont ne relèvent pas tous les agents travaillant pour la collectivité parisienne

Il existe un régime spécifique de couverture pour les fonctionnaires. L'ensemble de ce régime diffère du régime général en ce qui concerne les droits, la réparation, la gestion, le financement et la prévention.

Qui plus est, ce régime présente des spécificités propres à chaque fonction publique.

Ce que l'on nomme « accident du travail » dans le régime général se nomme « accident de service » dans le régime fonctionnaire.

En revanche, comme dans le régime général, il s'agit bien des accidents de service, des accidents de trajet et des maladies professionnelles.

1.1.1. Un régime spécifique pour la Fonction publique

Le régime AT-MP des fonctionnaires diffère profondément du régime général.

Dans le régime général, les salariés du secteur privé bénéficient concernant les accidents du travail d'un cadre législatif complet, initié avec la loi fondatrice du 9 avril 1898, étendue aux accidents de trajet par la loi du 25 octobre 1919 et aux maladies professionnelles par la loi du 30 octobre 1946.

L'accident du travail et l'accident de trajet sont définis dans le code de la sécurité sociale aux articles L411-1 et L411-2.

L'accident du travail est défini dans les termes suivants.

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

Quant à l'accident de trajet, il est ainsi défini à l'article L411-2.

« Est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur mentionné par le présent livre, pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

1°) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

2°) *le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi ».*

Les accidents de travail et de trajet se caractérisent donc par la **présomption d'imputabilité**, c'est-à-dire que toute lésion survenue au temps et au lieu du travail étant présumée imputable au travail, c'est à l'employeur d'établir que le fait accidentel résulte d'une cause étrangère.

Ainsi, alors que, s'agissant du régime général, l'accident du travail et la maladie professionnelle ont été dès l'origine considérés comme des risques dont il convient d'organiser la prévention et la réparation, dans les fonctions publiques, c'est une approche statutaire qui a prévalu, les dispositions mises en place visant avant tout à garantir le fonctionnaire en termes de statut et de rémunération.

Pour les fonctionnaires, les textes ne donnent aucune définition de l'accident de travail (dit accident de service) ni de la maladie professionnelle.

Pour la fonction publique d'Etat, le statut général (loi du 11 janvier 1984) évoque sans les définir les accidents de service à l'article 34 relatif aux congés pour indiquer qu'en pareil cas le traitement du fonctionnaire est maintenu et ses frais remboursés.

« Le fonctionnaire en activité a droit :

[...]

2° A des congés de maladie dont la durée totale peut atteindre un an pendant une période de douze mois consécutifs en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Celui-ci conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois : ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Le fonctionnaire conserve en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Toutefois, si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L.27 du code des pensions civiles et militaires de retraite² ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à la mise à la retraite. Il a droit, en outre, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident. »

Pour la fonction publique territoriale comme pour la fonction publique hospitalière, ces dispositions sont reprises à l'identique par les lois du 26 janvier 1984 (article 57) et du 9 janvier 1986 (article 41). Ce dernier texte précise en outre que *« l'imputation au service de la maladie ou de l'accident est appréciée par la commission de réforme instituée par le régime des pensions des agents des collectivités locales ».*

² *Le fonctionnaire civil qui se trouve dans l'incapacité permanente de continuer ses fonctions en raison d'infirmités ou de maladies contractées ou aggravées soit en service, soit en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public, soit en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes et qui n'a pu être reclassé dans un autre corps en application de l'article 63 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 précitée peut être radié des cadres par anticipation soit sur sa demande soit d'office à l'expiration d'un délai de douze mois à compter de sa mise en congé si cette dernière a été prononcée en application des 2° et 3° de l'article 34 de la même loi ou à la fin du congé qui lui a été accordé en application du 4° du même article.*

La jurisprudence avait traditionnellement déduit de cette absence de définition que la preuve de l'imputabilité au service d'un accident devait être apportée par le fonctionnaire.

Trois circulaires, une pour chaque fonction publique, sont venues apporter quelques précisions ; elles ne traitent qu'accessoirement des AT-MP, à l'occasion de la présentation des dispositions applicables aux divers congés-maladie :

- circulaire du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service ;
- circulaire du 13 mars 2006 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps complet ou à temps non complet contre les risques maladie et accidents de service ;
- instruction du 9 février 2012 relative à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers contre les risques maladie et accidents de service.

Dans le régime général, il s'agit d'une **procédure à trois intervenants**, la victime, son employeur et la CPAM, tiers décisionnaire indépendant des deux premiers. L'accident de travail fait l'objet d'une déclaration transmise par l'employeur, accompagnée du certificat médical initial, à la CPAM. Celle-ci instruit le dossier et prend une décision de reconnaissance ou de refus de reconnaissance, sous le contrôle du juge judiciaire.

Pour les **fonctionnaires**, la victime remplit également une déclaration qu'elle accompagne d'un certificat médical initial. L'employeur a alors la possibilité depuis le décret du 14 mars 2008 de décider de reconnaître ou non. S'il ne reconnaît pas l'imputabilité, il doit alors saisir pour avis la commission de réforme. Il s'agit donc d'une **procédure à deux intervenants seulement**, la victime et son administration, la commission de réforme n'ayant qu'un rôle consultatif. Les décisions de l'administration sont sous le contrôle du juge administratif.

Dans le régime général, une centaine de CPAM instruisent et décident pour une population de plus de 18 millions de salariés, reconnaissent l'imputabilité pour 670 000 accidents de travail et 100 000 accidents de trajet avec arrêt de travail.

La situation est bien différente pour les agents publics où rien ne garantit que les différentes collectivités font une application uniforme de la réglementation. La comparaison des pratiques de la collectivité parisienne avec celles de l'AP-HP, de la Préfecture de police ou du Centre d'action sociale pour la Ville de Paris a permis aux auditeurs de s'en convaincre.

1.1.2. Ce régime va vraisemblablement évoluer à plus ou moins long terme

1.1.2.1. Le rapport 2005 de la Cour des comptes

Dans l'insertion au rapport public de 2005, la Cour des comptes commence par rappeler que dans les fonctions publiques la charge de la preuve incombe principalement à l'agent et que « *celui-ci est donc placé a priori dans une situation moins favorable qu'un salarié du secteur privé* ».

Elle relève cependant que l'évolution de la réglementation, de la jurisprudence et des pratiques a réduit cet écart au cours de la dernière décennie.

Elle insiste sur les disparités entre fonctions publiques résultant de l'absence de principe général et considère que « *c'est la définition même des notions d'accident du travail et de maladie professionnelle qui devrait être revue et formalisée juridiquement dans le sens d'un alignement sur celle du régime général et d'une harmonisation entre fonctions publiques.* »

La Cour relève également les disparités, nombreuses et injustifiées, dans le régime de réparation de la fonction publique qui « *mettent en évidence la nécessité d'une réforme d'ensemble* ».

Elle considère que « *l'extension aux fonctions publiques des règles de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie existant dans le régime général doit être recherchée.* »

Soulignant la complexité et la longueur excessive des procédures et les problèmes de fonctionnement des commissions de réforme, la Cour considère que « *par suite de l'identité objective de la situation des fonctionnaires et de celle des autres salariés au regard du risque AT-MP, il est souhaitable de pousser aussi loin que possible le rapprochement de la gestion de ce risque dans les fonctions publiques avec celle du régime général* »³.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DRH souligne que « *ce constat de la Cour des comptes montre bien que les difficultés rencontrées par la Ville dans ce domaine ne lui sont pas spécifiques et résultent aussi de la réglementation et des procédures en vigueur.* »

La Cour suggère même que l'instruction des dossiers de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles pourrait être confiée aux organismes gestionnaires de l'assurance-maladie des agents, la décision restant du niveau de l'administration. Il en va de même de la liquidation et du paiement des prestations en nature.

1.1.2.2. L'accord cadre national Santé et sécurité au travail du 20 novembre 2009

L'accord national du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique définit quinze actions réparties selon trois axes.

Le troisième axe est intitulé « Dispositif d'accompagnement des atteintes à la santé ». L'action 13 consiste en une « Mission sur l'évolution du régime de l'imputabilité au service des accidents et des maladies professionnelles ».

« L'unification des réglementations applicables aux trois fonctions publiques en matière de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie professionnelle et un rapprochement, dans toute la mesure du possible, avec les règles du secteur privé sont des pistes qui méritent d'être approfondies. En effet, actuellement, la distinction des régimes d'imputabilité entre les secteurs publics et privés est de moins en moins claire. [...]

Cette introduction progressive, dans la pratique, voire dans certains dispositifs, de la présomption d'imputabilité des accidents ou des maladies professionnelles n'est donc plus en adéquation avec un régime fondé sur la nécessité d'apporter la preuve du lien avec le service. »

Cette action comporte deux propositions.

- A. Conduire une réflexion sur l'évolution du régime d'imputabilité dans la fonction publique, compte tenu des principes applicables dans le privé. Faire également porter cette réflexion sur la reconnaissance et la réparation des AT-MP dans les trois fonctions publiques.

³ Rapport public annuel de la Cour des Comptes page 595

- B. Un groupe de travail devait à cet effet être mis en place dans les trois mois à compter de la signature de l'accord.

Ce groupe de travail s'est réuni une fois, le 25 novembre 2010. C'est en tout cas dans ce cadre qu'une lettre de mission a été adressée le 19 janvier 2012 à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et au Contrôle général économique et financier, signée des ministres du travail, de l'emploi et de la santé, de la fonction publique et du budget.

« Dans ce cadre, une réflexion a été engagée au sein d'un groupe de travail avec les organisations syndicales. Cette réflexion doit également porter sur le régime de reconnaissance et de réparation des accidents de service et des maladies contractées dans l'exercice des fonctions en vigueur pour les trois fonctions publiques.

Compte tenu de la complexité du sujet, nous avons décidé de vous confier une mission qui aura pour objet de procéder, dans un premier temps, à un état des lieux comparatif des dispositifs en vigueur en matière de reconnaissance de l'imputabilité au service des accidents et des maladies dans le régime général de la sécurité sociale et dans le régime des fonctionnaires.

Nous souhaitons dans un second temps que cet état des lieux comparatif porte également sur les modalités de reconnaissance et de réparation des accidents et des maladies au sein des deux régimes précités.

Enfin vous proposerez, si elles vous apparaissent nécessaires, des solutions d'évolution de ces dispositifs au sein de la fonction publique ».

Le « Rapport d'évaluation sur le régime des accidents et des maladies professionnelles dans la Fonction publique » a été remis en juin 2012.

1.1.2.3. Les principales recommandations du rapport IGAS-Contrôle Général Economique et Financier de mai 2012

La mission se situe dans le droit fil des recommandations de la Cour des Comptes, « qui conservent aujourd'hui toute leur actualité. En particulier l'état comparatif des règles applicables qu'elle avait établi demeure valide, réserve faite des dispositions adoptées en 2008 et supprimant la consultation de la commission de réforme lorsque l'administration reconnaît à un accident le caractère d'accident de service ou d'accident de trajet. »

La mission émet onze recommandations, dont on trouvera la liste en annexe 3.

Concernant la reconnaissance des accidents de service et des maladies professionnelles, elle recommande en premier lieu « d'inscrire dans le statut général une définition de l'accident de service et de l'accident de trajet identique à celle du code de la sécurité sociale, qui pourrait faire l'objet d'un article additionnel à la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, commune aux trois fonctions publiques.

Il est conforme à la logique que dans une relation statutaire où le dernier mot revient à l'Etat, l'employé ait l'avantage de la présomption, par comparaison avec le privé où l'auteur de la décision de reconnaissance est indépendant des deux parties. » (recommandation n°1).

Observant qu'il existe trois circulaires distinctes pour chaque fonction publique précisant les dispositions législatives et réglementaires applicables en matière d'AT-MP, et n'en traitant qu'accessoirement, à l'occasion de la présentation des dispositions applicables aux divers congés de maladie, la mission recommande d'« élaborer et de s'organiser pour mettre à jour régulièrement une circulaire unique pour les trois fonctions publiques et

consacrée aux accidents de service et aux maladies professionnelles⁴ » (recommandation n°2).

La recommandation n°4 suggère de faire assurer la représentation des agents dans les Commissions de réforme par les membres des CHSCT et non par ceux des CAP des agents concernés.

La mission discute longuement la question de la délégation aux CPAM de l'instruction des dossiers de reconnaissance, et recommande d'en expertiser la faisabilité (recommandation n°6).

S'agissant de la compensation de la perte de rémunération liée à l'interruption d'activité consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, elle observe des différences marquées entre les fonctionnaires et les salariés du régime général. Ces derniers perçoivent des indemnités journalières représentant 60 % du salaire journalier de base plafonnées à 182 € pendant les 28 premiers jours, puis portées à 80 % du salaire journalier de base à partir du 29^{ème} jour, plafonnées à 247,67 €.

Si les fonctionnaires se voient maintenir l'intégralité de leur traitement de base pendant toute la durée de l'arrêt de travail, les primes et indemnités obéissent à des règles différentes selon les fonctions publiques :

- pour la fonction publique d'Etat, il y a une distinction entre les primes liées à l'activité (supprimées ou réduites) et les primes liées à la fonction (maintenues) ;
- pour la fonction publique territoriale, chaque collectivité fixe ses propres règles ;
- pour la fonction publique hospitalière, les règles sont en cours d'élaboration.

La mission recommande par conséquent de « *poursuivre les travaux sur la prise en compte des primes et indemnités en cas d'arrêt de travail consécutif à un AT-MP* » (recommandation n°7).

Concernant la réparation de l'incapacité permanente, « *il est apparu à la mission que rien ne justifie une différence de traitement entre les fonctionnaires et les salariés du régime général en ce qui concerne l'indemnisation des taux d'incapacité inférieurs à 10 % suite à un accident du travail, d'autant plus que cette règle ne s'applique pas pour les maladies professionnelles des fonctionnaires pour lesquelles les textes ne fixent aucun plancher pour le versement de l'ATI* ». Elle recommande par conséquent de mettre à l'étude la possibilité d'une harmonisation entre les fonctionnaires et les salariés du régime général de la réparation financière pour les victimes d'un accident de service ou de trajet ayant entraîné un taux d'incapacité permanente inférieur à 10 % (recommandation n°8).

De la lecture du rapport de la Cour des Comptes et de celle de la mission conjointe IGAS-CEGEFI, on retire donc la nette impression que la réflexion est fort avancée sur les insuffisances et les carences du régime fonctionnaire des AT-MP, sur la nécessité de lui donner un cadre juridique clair et unique pour les trois fonctions publiques reposant sur la présomption d'imputabilité, sur l'éventualité d'en confier la gestion aux CPAM et de supprimer les disparités peu justifiables et sources d'iniquités entre fonctionnaires et salariés du régime général.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, la DRH souligne que « *la Ville de Paris ne peut appliquer les recommandations de ce rapport qui, pour intéressantes qu'elles soient, n'ont pas encore été traduites dans des textes juridiques.* »

⁴ Souligné par nous.

1.1.3. Les agents travaillant pour la collectivité parisienne ne relèvent pas tous du régime fonctionnaire

Il existe donc un régime spécifique AT-MP pour les fonctionnaires. Pour autant tous les agents travaillant dans des collectivités publiques n'en bénéficient pas.

1.1.3.1. La complexité des textes

Le statut général réserve en effet le régime spécifique fonctionnaires, on l'a vu plus haut, aux fonctionnaires titulaires et stagiaires. Ainsi dans les trois fonctions publiques cohabitent des agents dont le régime de protection sociale relève soit du régime général de la sécurité sociale soit du régime spécifique à la fonction publique.

Dans la fonction publique d'Etat, trois dispositifs coexistent :

- un applicable aux agents titulaires définis au 2° de l'article 34 de la loi du 11 janvier 1984, le « régime fonctionnaires » ;
- deux applicables aux agents non titulaires en fonction de la nature de leur contrat.

Aux termes de l'article 2 du décret du 17 janvier 1986, les agents non titulaires sont affiliés aux CPAM pour les risques maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail s'ils sont recrutés ou employés à temps incomplet ou sur des contrats à durée déterminée d'une durée inférieure à un an.

Dans les autres cas, ils sont affiliés aux CPAM pour les seuls risques maladie, maternité, invalidité et décès, et les prestations dues au titre des accidents du travail sont alors servies par l'administration employeur. Les dossiers d'accidents du travail des agents non titulaires à temps plein sur des contrats égaux ou supérieurs à un an sont instruits par les services de l'Etat, ceux des agents non titulaires dont les contrats sont, soit à temps plein mais d'une durée inférieure à un an, soit à temps partiel quelle que soit leur durée sont instruits par les CPAM.

Dans la fonction publique territoriale, le décret du 15 février 1988⁵ prévoit également un dispositif spécifique de prise en charge. L'article 9 prévoit les dispositions suivantes.

« L'agent contractuel en activité bénéficie en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle d'un congé pendant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à la guérison complète, la consolidation de la blessure ou le décès.

L'intéressé a droit au versement de son plein traitement dans les limites suivantes :

- 1° Pendant un mois dès son entrée en fonctions ;*
- 2° Pendant deux mois après un an de services ;*
- 3° Pendant trois mois après trois ans de services. »*

Les indemnités journalières versées par la CPAM viennent alors en déduction de ce traitement (article 12).

Il existe un texte analogue concernant les agents contractuels de la fonction publique hospitalière : l'article 12 du décret du 6 février 1991.

⁵ Décret n°88-145 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale.

1.1.3.2. Les contrats aidés, apprentis et stagiaires gérés par la DDEEES

La DDEEES gère une population de contrats aidés, de stagiaires et d'apprentis relevant du code du travail.

Elle a mis en place en 2012 un guide relatif aux règles de gestion des contrats aidés, destiné aux tuteurs, aux services des ressources humaines et aux correspondants « contrat aidé » de chaque direction. Elle a également élaboré un « kit de gestion des contrats aidés », un « kit de gestion des emplois d'avenir » et une fiche technique accident de travail - accident de trajet. Des rencontres avec les SRH de chaque direction ont été organisées pour améliorer leur connaissance du dispositif. Pour autant la DDEEES admet rencontrer des difficultés de communication. Il arrive notamment, en cas d'accident du travail, que soit indiqué à l'agent le dispositif applicable aux fonctionnaires.

Les **contrats uniques d'insertion** sont actuellement au nombre de 1 500, dont 300 emplois d'avenir. En 2012, 84 accidents ayant donné lieu à un arrêt de travail avaient été déclarés, en 2013 (à la date de début novembre), 83⁶.

Ils avaient entraîné 1 397 jours d'arrêt de travail en 2012, 1 860 en 2013.

72 % sont des accidents de travail, 28 % des accidents de trajet. 39 % donnent lieu à un arrêt inférieur ou égal à dix jours, 52 % à un arrêt compris entre 11 et 50 jours.

19 % se sont produits au CASVP, 16 % à la DASCO, un peu plus de 14 % à la DPE.

La collectivité parisienne accueille par ailleurs environ 600 **apprentis** dans le cadre de leur formation en contrat d'apprentissage. L'apprenti est couvert pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, que l'accident survienne au Centre de formation d'apprentis, au sein de la collectivité territoriale, à l'occasion des trajets du domicile aux différents lieux de l'apprentissage, durant leur période de stage en tierce entreprise pour complément de formation. On recense chaque année une trentaine de déclarations, toujours bénignes, qui représente 4,6 % des effectifs en apprentissage.

La collectivité accueille également 920 **stagiaires « gratifiés »**, dont la DDEEES assure la prise en charge administrative et le paiement. La déclaration d'un accident du travail auprès de la CPAM relève de l'établissement scolaire ou universitaire. En 2012 comme en 2013, un seul cas a été relevé.

La DDEEES gère donc au total plus de 3 000 agents.

1.1.3.3. Les quelque 10 000 vacataires

Les accidents du travail des vacataires relèvent également du régime général.

Les auditeurs ont obtenu de la Mission analyses, prévisions et emplois (MAPE) de la DRH les effectifs et l'évolution des vacataires depuis 2009, exprimés en « somme de moyennes mensuelles des paies », qui équivalent à peu près au nombre des agents.

Ceux-ci sont très majoritairement concentrés à la DASCO : les vacataires de la DASCO représentent 80 % des effectifs totaux de vacataires.

⁶ Les accidents de travail ne donnant pas lieu à un arrêt de travail ne sont pas comptabilisés.

Si l'on retranche du total la ligne des « vacataires titulaires ailleurs », le nombre des vacataires employés par la collectivité parisienne s'établit ainsi.

2009	2010	2011	2012	2013
8 907	9 295	9 333	10 108	9 358

Dans son rapport 2012, la Médiatrice observe que « la Ville de Paris emploie environ 11 000 vacataires par an. Ces derniers sont recrutés pour exercer une tâche bien précise ne présentant pas de caractère de continuité. [...] Chaque direction recrute ses propres agents vacataires, et doit veiller à les informer correctement. Mais le plus souvent, s'ils bénéficient d'une formation, celle-ci est en lien direct avec les fonctions occupées et non avec leur positionnement dans la collectivité parisienne, leur statut ou leur environnement administratif.

Les vacataires, qui côtoient tous les jours leurs collègues fonctionnaires, ne comprennent pas toujours les raisons d'un traitement différencié notamment pour les prestations sociales, les congés, les accidents du travail ou les arrêts de maladie. »

Le propos est illustré précisément par le cas d'une agente de surveillance des cantines scolaires, victime d'un grave accident du travail aux conséquences funestes⁷.

Au sujet des vacataires, il convient de souligner la discordance entre ce que permet Prorisq et les instructions diffusées aux UGD par le BPOT qui proscrivent toute saisie dans cette application concernant les vacataires (cf. *infra* 1.2.1.). Le BPRP de la DRH nous a en effet indiqué qu'il avait toujours été admis que cette saisie devait avoir lieu.

« En clair, nos outils permettent de traiter des données qui ne sont pas saisies. C'est une règle de gestion (que je découvre...) et non pas une limite des outils. »⁸

L'obtention des données concernant les vacataires a été laborieuse : la mission n'a pas obtenu des effectifs, mais des « sommes de moyennes mensuelles de paie ». Le BPRP indique que « l'élément que vous mettez sur la table remet en cause la vision que nous avons du phénomène AT/vacataires, dont l'ampleur pourrait être beaucoup plus grande que ce que nous estimions, faute d'avoir pu s'appuyer sur des données fiables. »

En clair, il serait possible de disposer de données objectives concernant les accidents et maladies professionnelles des vacataires, mais ces données ne sont pas saisies.

La Médiatrice préconise « la constitution d'un guide du vacataire, remis à chaque nouvel arrivant et abordant les points fondamentaux qu'ils doivent connaître, ainsi que quelques indications quant aux situations les plus fréquentes ».

En tout état de cause, la DRH devrait prendre pleinement en compte l'effectif important d'agents non titulaires de la fonction publique parisienne et traiter ce sujet en tant que tel, et non en simple annexe des documents concernant les personnels titulaires.

Recommandation 1 : Elaboration et mise à disposition d'un guide du vacataire à destination des personnels vacataires.

Recommandation 2 : Méthodologie de gestion des personnels non titulaires à destination des gestionnaires RH.

⁷ Page 65

⁸ Mail BPRP du 04/03/2014

Recommandation 3 : Saisir les éléments AT-MP concernant les vacataires dans Prorisq.

1.2. Un cadre procédural qui s'écarte des textes

Les textes régissant le régime fonctionnaire des AT-MP sont à la fois complexes et peu précis, leur application et celle de la jurisprudence varie selon les fonctions publiques et au sein de chacune d'entre elles.

« C'est le cas notamment pour l'importance des preuves exigées, les délais de déclaration accordés pour certaines maladies ou la reconnaissance de l'imputabilité, en particulier quand il est difficile de distinguer, dans le déclenchement d'une maladie, les causes professionnelles de l'état de santé général de la victime (malaises cardiaques, troubles psychiatriques par exemple. [...] le contentieux devant les juridictions administratives est le seul vecteur d'uniformisation mais son incidence reste ponctuelle. [...]

C'est la définition même des notions d'accident du travail et de maladie professionnelle qui devrait être revue et formalisée juridiquement dans le sens d'un alignement sur celle du régime général et d'une harmonisation entre fonctions publiques »⁹.

Dans ce contexte il est apparu aux auditeurs que le cadre juridique mis en place à la Ville de Paris n'était pas sans défaut, ce qui contribue à mal traiter les agents victimes d'accidents ou de maladies professionnelles. Le cadre juridique est l'objet de la présente partie, le traitement des agents l'objet de la troisième partie.

Les auditeurs ont relevé au moins quatre points sur lesquels le parti pris par la collectivité parisienne est incertain : la ligne de partage entre les agents relevant du régime fonctionnaire et les agents relevant du régime général, les modalités de remboursement des dépenses en nature, les prestations en espèces et le placement d'emblée de l'agent ayant déclaré un accident en régime accident du travail avant reconnaissance de l'imputabilité.

1.2.1. Quel régime pour quels agents ?

Le décret du 15 février 1988 s'applique aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale. Les dispositions de ce décret ne sont pas applicables aux agents engagés pour un acte déterminé.

L'agent non titulaire bénéficie en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle d'un congé pendant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à la guérison, la consolidation de la blessure ou le décès. Il a droit au versement par l'autorité territoriale de son plein traitement dans la limite d'un mois dès son entrée en fonctions, deux mois après un an de services, trois mois après trois ans de services.

L'article 12 prévoit les dispositions suivantes.

« Le montant du traitement servi pendant une période de maladie, de grave maladie, d'accident du travail, de maladie professionnelle, de maternité, de paternité ou d'adoption est établi sur la base de la durée journalière d'emploi de l'intéressé à la date d'arrêt du travail.

⁹ Rapport Cour des comptes 2005 page 586

Les prestations en espèces servies en application du régime général de la sécurité sociale par les caisses de sécurité sociale [...] en matière de maladie, maternité, paternité, adoption, invalidité, accidents du travail ou maladie professionnelle ainsi que les pensions de vieillesse allouées en cas d'inaptitude au travail sont déduites du plein ou du demi-traitement maintenu par les collectivités ou établissements en application des articles 7 à 10. Les agents doivent communiquer à leur employeur le montant des prestations en espèces ou des pensions de vieillesse allouées pour inaptitude physique en application du régime général de sécurité sociale par les caisses de sécurité sociale [...]. L'autorité territoriale peut suspendre le versement du traitement jusqu'à la transmission des informations demandées. »

Le document établi par la DRH en 2009 pour présenter la nouvelle organisation mise en place en matière d'accidents du travail distingue quant à lui trois populations d'agents (annexe 4) : les agents titulaires et stagiaires, les contractuels de droit public et les vacataires et agents de droit privé.

Concernant les agents contractuels de droit public, il est indiqué que la Ville de Paris intervient pour ces agents comme employeur et centre de sécurité sociale.

L'arrêt de travail (quelle que soit sa durée, inférieure ou non à onze jours) doit être porté par l'UGD dans RH21 en congé pour accident (ATR pour les non titulaires) et dans Prorisq.

L'UGD doit également envoyer le rapport hiérarchique établi dans Prorisq par mail au Service de la médecine statutaire, et par courrier les arrêts de travail, pour que l'agent soit convoqué par ledit service.

Si le caractère professionnel de l'accident est reconnu par la direction, l'agent est convoqué par le Service de la médecine statutaire qui adresse ses conclusions à la direction affectataire.

Si le caractère professionnel de l'accident est contesté, le dossier doit être transmis au BPOT (aujourd'hui Bureau des procédures médico-administratives BPMA). Si ce dernier partage l'avis de la direction :

- il en avise : la victime par courrier, le Service de la médecine statutaire, DS Services qui cesse de prendre en charge les frais entraînés par l'accident à compter de la réception de la décision ;
- il saisit dans Prorisq la contestation de l'accident et rectifie le congé (de congé pour accident du travail en congé de maladie) dans RH 21.

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

En cas de litige sur la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident, le dossier est soumis à la commission des rentes et de recours gracieux pour les agents non titulaires. Cette commission se réunit en théorie une fois par an.

Concernant les droits à congé et à rémunération, sont appliquées les dispositions de l'article 9 du décret du 15 février 1988 concernant le maintien du plein traitement.

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

Les agents vacataires et les agents de droit privé relèvent du régime général de la sécurité sociale.

Le gestionnaire en UGD doit établir la déclaration d'accident (document CERFA modèle sécurité sociale), remettre à l'agent le triptyque du régime général, envoyer la déclaration

d'accident à la sécurité sociale en L.R - A.R sous 48 heures et en trois exemplaires, saisir l'absence dans RH 21.

« Aucune autre formalité n'est à accomplir dans ce cas de figure et ni le service de la médecine statutaire ni le BPOT de la DRH n'auront à intervenir. »

Le CASVP ne fait pas la même lecture des textes. Son service médical ne convoque jamais aucun agent contractuel.

Interrogée sur ce point, la cheffe du SRH du CASVP a apporté aux auditeurs les éléments de réponse suivants¹⁰.

« Pour les agents contractuels (de droit public ou de droit privé¹¹) la gestion de l'accident de travail et de la maladie professionnelle se fait directement auprès du centre de sécurité sociale auquel ils sont rattachés : la déclaration d'accident ou la demande de reconnaissance en maladie professionnelle est envoyée directement par les services locaux de RH (équivalent des UGD à la Ville) au centre de sécurité sociale. Nous appliquons ainsi les textes comme toute la fonction publique territoriale. Un agent non titulaire victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle le mettant dans l'impossibilité d'exercer son activité a droit à un congé pour accident du travail ou pour maladie professionnelle (décret n°88-145 du 15/02/1988 titres III et VII).

Les règles applicables aux agents non titulaires relèvent de la législation relative aux accidents du travail du régime général de sécurité sociale (code la sécurité sociale art. L431-1).

Donc c'est le médecin agréé sécurité sociale qui doit constater l'accident¹². »

A la Préfecture de police, il nous a également été indiqué que le service de médecine du contrôle prend en charge les personnels Etat et les personnels Ville de Paris (les ASP) mais que les contractuels sont gérés par la sécurité sociale.

Il a paru aux auditeurs qu'une certaine porosité s'était peut-être produite avec l'article 2 du décret du 17 janvier 1986 sur les agents non titulaires de l'Etat.

« Les agents non titulaires :

1° Sont, dans tous les cas, affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie pour bénéficiaire des assurances maladie, maternité, invalidité et décès et de la couverture du congé de paternité ;

2° Sont affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie pour les risques accident du travail et maladies professionnelles s'ils sont recrutés ou employés à temps incomplet ou sur des contrats à durée déterminée d'une durée inférieure à un an ; dans les autres cas, les prestations dues au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles sont servies par l'administration employeur. »

En tout état de cause, cette distinction ne se retrouve pas dans le décret de février 1988 sur la fonction publique territoriale.

¹⁰ Courriel du 19/12/2013

¹¹ En gras dans le texte

¹² En gras dans le texte

Recommandation 4 : Expertise juridique des modalités de prise en charge des personnels non titulaires de la collectivité parisienne au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DRH indique qu'elle s'appuie sur le décret n°56-511 du 24 mai 1956 et sur un arrêté du 9 mai 1957 autorisant le département de la Seine à gérer totalement le risque accidents du travail.

1.2.2. Les modalités de remboursement des prestations en nature

Le 2° de l'article 57 de la loi du 26 janvier 1984 dispose que « *si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L.27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à la mise à la retraite. Il a droit, en outre, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident, même après la date de la radiation des cadres pour mise à la retraite*¹³. »

La circulaire DGCL du 13 mars 2006 (annexe 5) relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois à temps complet ou à temps non complets contre les risques maladie et accidents de service précise que « *aucune limitation de principe à cette prise en charge n'est opposable au fonctionnaire territorial mais l'autorité territoriale effectue dans tous les cas à la fois la vérification matérielle des dépenses et l'examen de leur utilité dont la preuve doit être strictement apportée par le fonctionnaire territorial.* »¹⁴

Ni la loi ni la circulaire ne font référence aux tarifs de la sécurité sociale. On trouve cette mention seulement dans l'annexe 2 de la circulaire intitulée « *Liste indicative des frais susceptibles d'être pris en charge par l'autorité territoriale à la suite d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle* ». Cette annexe indique qu'un certain contrôle doit être exercé sur les quatre premières catégories de frais, honoraires ou frais médicaux ou chirurgicaux, frais médicaux d'hospitalisation et éventuellement de cure thermale, frais pharmaceutiques et d'analyses, frais résultant des visites ou consultations de contrôle et de délivrance des certificats médicaux exigés.

« *Il convient cependant d'exercer un contrôle sur la légitimité des dépenses exposées :*

- *si le montant de ces dépenses est inférieur à 170 % du tarif de remboursement de la sécurité sociale, ce contrôle peut être limité à la vérification matérielle de l'exactitude du montant de ces dépenses ;*
- *si le montant de ces dépenses est égal ou supérieur à 170 % du tarif de remboursement de la sécurité sociale, ce contrôle comporte non seulement la vérification matérielle de l'exactitude du montant de ces dépenses, mais encore l'examen de leur utilité dont la preuve doit être strictement apportée par le fonctionnaire intéressé*¹⁵. »

Cette annexe 2 est strictement la même que l'annexe 3 de la circulaire du 30 janvier 1989 qui concerne les fonctionnaires de l'Etat.

¹³ Souligné par nous

¹⁴ 5-3-2-1, page 14

¹⁵ Page 44

Or la collectivité parisienne limite strictement les remboursements aux tarifs de la sécurité sociale. Ceci a été indiqué à maintes reprises aux auditeurs. Les organisations syndicales le déplorent, faisant le constat de la fréquence de plus en plus élevée des dépassements d'honoraires.

Depuis 2008, la collectivité parisienne dispose d'un marché ayant pour objet la gestion administrative des frais de santé liés aux accidents de service ou de travail, aux accidents de trajet et aux maladies professionnelles. Il y sera revenu *infra* (1.4.1.2.). Ce marché est renouvelable en 2014. Dans le Cahier des Clauses Techniques Particulières figurant dans la délibération DRH 2014-01¹⁶, il est indiqué à l'article 1 que « *la reconnaissance d'un accident de service ou de travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle emporte pour la Ville et le Département de Paris l'obligation de régler dans les limites des plafonds de la sécurité sociale¹⁷ l'intégralité des frais résultant des prescriptions médicales délivrées et des soins qui lui sont administrés [...].* »

L'attention des auditeurs a été attirée sur ce point par la lecture du rapport IGAS-CGEFI déjà mentionné.

« Ainsi, pour la réparation de l'incapacité temporaire, si les conditions de prise en charge des prestations en nature sont plus favorables pour les fonctionnaires car le tarif de responsabilité du régime général ne leur est pas opposable, le constat est plus nuancé en matière de compensation de la perte de rémunération. »¹⁸

Recommandation 5 : Concernant la prise en charge des honoraires et frais médicaux, mettre la pratique et les documents contractuels en conformité avec les dispositions législatives.

1.2.3. Les prestations en espèces

Les textes concernant la fonction publique d'Etat (loi du 11 janvier 1984), la fonction publique territoriale (loi du 26 janvier 1984 article 57) et la fonction publique hospitalière (loi du 9 janvier 1986 article 41) sont rédigés en des termes identiques et prévoient, comme dans le régime général de la sécurité sociale, des dispositions plus favorables que l'arrêt maladie en cas d'accident de service.

« Si la maladie [...] provient d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à la mise à la retraite. »

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

Des dispositions plus favorables existent également si le fonctionnaire est en congé de longue maladie ou de longue durée suite à une maladie contractée dans le cadre professionnel. Le maintien du plein traitement est assuré pendant la totalité du congé de longue maladie (trois ans) alors qu'en cas de congé de longue maladie « ordinaire » le traitement est réduit de moitié au bout d'un an.

¹⁶ « Lancement et attribution d'un marché à bons de commande pour la gestion administrative des frais de santé liés aux accidents de service ou de travail des agents de la collectivité parisienne et préparation des paiements afférents. »

¹⁷ Souligné par nous

¹⁸ Page 7

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

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

Les auditeurs ont tenté de faire l'état des lieux, mais le bureau des rémunérations a indiqué n'être pas en mesure compte tenu de sa charge de travail de faire l'inventaire des abattements actuellement opérés dans RH21 pour chaque rubrique de paie et de confronter la pratique à la réglementation avec le bureau du statut.

La question formulée par courriel par les auditeurs « *N'y a-t-il pas une délibération qui règle toutes ces questions ?*¹⁹ » est demeurée sans réponse.

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

Recommandation 6 : Proposer au Conseil de Paris un projet de délibération concernant les règles de maintien des primes et indemnités en cas d'arrêt maladie ou d'arrêt de travail pour accident de service, de trajet et maladies professionnelles.

1.2.4. Le placement d'emblée en régime accident du travail

L'agent en arrêt de travail pour raison d'accident de service ou de trajet a donc droit à la prise en charge intégrale des honoraires médicaux et frais résultant de l'accident ainsi qu'au maintien de son plein traitement, dès lors que l'imputabilité au service a été reconnue.

A la Ville de Paris, depuis 2003, prévaut une règle particulière. Par une note « *très signalée* » du 26/03/2003 (annexe 6), le directeur des ressources humaines indique la mise en œuvre d'une nouvelle mesure. Depuis une note de fin 2002, les agents étaient placés en arrêt de travail pour accident du travail dans la limite de 60 jours consécutifs et en congé de maladie au-delà. Ceci signifiait que la reconnaissance n'était pas intervenue dans le délai de 60 jours.

Aussi le DRH prend-il la décision suivante.

« J'ai décidé d'améliorer ces mesures afin d'éviter toute incidence financière sur le traitement des victimes d'accident jusqu'à l'homologation de l'arrêt de travail par le Service de la médecine statutaire. [...] »

Vous devez toutefois veiller, ainsi que je l'indiquais dans ma note du 29/11/2002, à ce que la période d'absence que vous aurez portée initialement en code « accident » soit réajustée après avis du Service de la médecine statutaire et homologation par arrêté du bureau de gestion de la DRH.

¹⁹ Courriel du 20/12/2013

Je précise que des ordres de reversement seront émis à l'encontre des agents dont la période d'absence n'aura pas été en totalité ou en partie²⁰ reconnue imputable à l'accident en cause. »

Cette règle de gestion se voulait donc favorable aux agents. Lorsqu'elle est prise en 2003, tous les accidents du travail donnant lieu à un arrêt de travail doivent être homologués par le Service de la médecine statutaire, quelle que soit leur durée et qu'ils soient ou non contestés par l'administration.

A partir de 2008, la commission de réforme n'est plus consultée dès lors que l'administration reconnaît à un accident le caractère d'accident de service ou de trajet (décret du 17 novembre 2008).

A partir de la réorganisation de la DRH de 2009 qui sera analysée *infra* (1.4.1.3.), l'avis du Service de la médecine statutaire n'est plus sollicité dès lors que l'arrêt de travail est inférieur ou égal à dix jours et que le caractère d'accident du travail n'est pas contesté par la direction à laquelle appartient l'agent.

Ces deux mesures, l'une nationale, l'autre parisienne, ont nécessairement influé sur le nombre d'agents que doit recevoir le Service de la médecine statutaire. Pour autant les délais de convocation demeurent exagérément élevés, et par voie de conséquence la situation des agents demeure provisoire pendant trop longtemps.

Cette situation est totalement illisible par les agents qui se sont vus délivrer un triptyque qu'ils ont compris comme un formulaire de reconnaissance du caractère d'accident du travail par l'administration.

L'analyse du fonctionnement du Service de la médecine statutaire figure *infra* (1.4.2.2.), ainsi que celle du triptyque (1.3.1.). Il convient ici de retenir que en 2013 seuls les agents dont l'accident a eu lieu jusqu'à la fin juin auront été convoqués par le Service de la médecine statutaire. Tous les accidents s'étant produits durant le second semestre ne feront l'objet d'une convocation qu'en 2014.

Le problème est que cette règle conçue dans l'intérêt des agents peut se retourner contre eux en cas de requalification totale ou partielle de l'arrêt de travail pour accident du travail en simple arrêt maladie, ce qui entraîne à partir du premier jour du quatrième mois le passage à mi-traitement (et devrait également conduire à contester rétroactivement la prise en charge des honoraires et frais médicaux).

Si le nombre de contestations totales est extrêmement faible²¹, le nombre de requalifications partielles n'a pu être objectivé. Ces requalifications partielles rétroactives sont cependant très préjudiciables aux agents, qu'elles plongent dans des situations financières difficiles. Ainsi un éboueur ayant eu un accident de service le 04/10/2011 reçoit-il une lettre de la DRH datée du 14/01/2013 l'informant que la commission de réforme a donné un avis favorable à la reconnaissance de cet accident et à l'homologation de la période du 05/10/2011 au 29/02/2012 au titre de cet accident. En revanche, la période du 01/03/2012 au 25/05/2012 relève de la maladie ordinaire.

De tels états de fait seraient impossibles et inenvisageables dans les autres institutions qu'ont visitées les auditeurs.

²⁰ Souligné par nous

²¹ Accidents de service avec arrêt non reconnus : 3 en 2009, 6 en 2010, 2 en 2011

Accidents de trajet avec arrêt non reconnus : 6 en 2009, 8 en 2010, 7 en 2011.

Source : courriel du BPRP 17/07/2013.

A l'AP-HP, dès qu'un agent déclare un accident de service ou un accident de trajet, un contrôle médical est déclenché par le SRH dont il relève, à l'échelle d'un établissement hospitalier ou d'un groupe hospitalier, et il est reçu sous huit jours. Le Service de la médecine statutaire établit le bilan médical et se prononce sur l'imputabilité. Celle-ci est établie le jour même et le système d'information délivre automatiquement à l'agent un triptyque pré rempli. Dans les cas où l'arrêt de travail est supérieur à trois mois, le dossier est transmis au comité médical qui statue rapidement. Si la commission de réforme doit être saisie, elle statue dans un délai de un à six mois, le délai de six mois étant exceptionnel. Selon les propos du chef du Service de la médecine statutaire, « *les agents ne pâtissent pas du système et n'ont pas à rembourser des sommes indument perçues.* »

A la Préfecture de police, si l'arrêt de travail est « court et bénin » (moins de 15 jours), l'agent se rend dans l'une des trois divisions médicales déconcentrées (ouest, centre et sud). Si l'arrêt de travail est supérieur à 15 jours, le fonctionnaire se rend au service médical central de contrôle rue Cabanis.

C'est le service d'emploi qui délivre le triptyque.

La déclaration d'accident fait sur le champ l'objet d'un **rapport hiérarchique qui établit l'imputabilité**. Une fois établie, celle-ci n'est qu'exceptionnellement contestée. A noter qu'à la Préfecture de police on ne parle pas d'« accident de service » mais de « blessure en service ».

Au CASVP, les effectifs du Service médical de contrôle ne permettraient pas de recevoir tous les agents. Le service procède donc par expertises confiées à des spécialistes agréés pour les cas les plus complexes, la plus grande partie des examens s'effectuant sur dossier.

Le médecin-chef du service insiste sur le fait qu'il contrôle les prescriptions mais ne se prononce en aucun cas sur l'imputabilité, celle-ci étant du ressort de l'administration. Il contrôle la réalité de la lésion, estime si la durée de l'arrêt de travail est ou non justifiée, convoque l'agent seulement en cas de doute ou de gravité des lésions. Le chef du Service médical de contrôle considère que l'imputabilité « *ce n'est pas nous que cela regarde* ». Les dossiers sont par conséquent traités avec une très grande fluidité.

L'auteur du rapport au DRH de mai 2013 sur les processus maladie complexes envisage « *la remise en cause éventuelle de l'application systématique d'une règle de gestion spécifique à la Ville de Paris : le placement par défaut en congé accident du travail sur une simple base déclarative de l'agent avant même que l'administration ne se soit prononcée sur la reconnaissance de l'accident du travail. Cette règle, plus favorable pour l'agent que le régime du CMO²², se retourne en réalité contre ce dernier lorsque la procédure se prolonge au-delà de trois mois et que l'accident, in fine, n'est pas reconnu. Le congé accident du travail est alors requalifié en CMO et est susceptible d'un abattement rétrospectif à demi-traitement, pour la période postérieure aux trois mois initiaux. On pourrait ainsi convenir que certaines catégories de demandes de reconnaissance d'accident du travail, a priori les plus litigieuses pour lesquelles les agents peinent souvent à apporter des éléments de preuve convaincants - les accidents de trajet sans témoin et les malaises - ne bénéficieraient plus de l'application du régime des accidents du travail avant reconnaissance du caractère professionnel de l'accident. Cette mesure, sensible, qui pourrait être interprétée comme une remise en cause d'un acquis obtenu en 2008²³ suppose sans doute une concertation ou, à tout le moins, une explication préalable avec les organisations syndicales. Elles devraient toutefois pouvoir entendre qu'à condition d'être assuré en priorité par le Service de la médecine statutaire, ce*

²² Congé maladie ordinaire

²³ En réalité en 2003

traitement, qui est par ailleurs celui applicable actuellement aux rechutes d'accident, ne peut que bénéficier à l'agent. »

Les auditeurs ne partagent cependant pas l'intégralité de cet avis.

La question des accidents de trajet et des malaises sera traitée infra (1.3.2. et 1.3.3.) mais les auditeurs recommanderont précisément de faire évoluer la pratique actuellement restrictive à l'excès de la collectivité parisienne dans ces deux cas.

La solution proposée ne règle pas non plus le cas des requalifications rétroactives **partielles** qui peuvent mettre les agents en grande difficulté financière.

La question fondamentale est en effet celle du délai d'examen des victimes par le Service de la médecine statutaire. Les auditeurs considèrent que si la Préfecture de police, l'AP-HP ou le CASVP assurent un traitement efficace en temps réel des accidents, il n'y a pas de raison pour que la collectivité parisienne ne soit pas en mesure d'en faire de même, à condition de s'en donner les moyens humains et organisationnels.

Si elle dispose d'un Service de la médecine statutaire efficace et opérationnel, la Ville de Paris n'aura plus à se poser la question de l'abandon du principe de placement d'emblée sous le régime accident du travail.

1.3. Des pratiques contestables souvent pénalisantes pour les agents

Dans cette partie sont analysées les deux doléances principales des organisations syndicales exprimées dans la lettre de mission, c'est-à-dire la question de la disponibilité des triptyques et celle de la difficile reconnaissance des accidents de trajet, mais également d'autres points apparus au cours des cinq rencontres avec les organisations syndicales ou dans des courriers d'agents, tels la longueur des procédures, le problème des rechutes, celui des accidents causés par des malaises, les problèmes posés par les requalifications rétroactives, ainsi que les demandes d'allocation temporaire d'invalidité (ATI).

1.3.1. La question de la délivrance des triptyques

« Ils ont évoqué par exemple l'indisponibilité des formulaires de déclaration (triptyques) dans les ateliers, ... ».

Même dans la lettre de mission, le terme de triptyque est considéré comme un synonyme du terme de déclaration, ce qu'il n'est pas. Il importe au préalable de procéder à une clarification de ce qu'est le triptyque et de ce qu'il n'est pas.

1.3.1.1. Qu'est-ce que le triptyque ?

Contrairement à ce que suggère la formulation de la lettre de mission, et aussi à ce que croient une grande partie des agents, le « triptyque » n'est pas un formulaire de déclaration d'accident mais un certificat de prise en charge par l'employeur des honoraires et frais médicaux entraînés par l'accident de service ou de trajet, autrement dit une *feuille de soins*.

Le titre exact du formulaire utilisé à la Ville est « Attestation de prise en charge ». Il est à double timbre « DS Services - groupe Sofaxis » et « Mairie de Paris »²⁴. Il se présente

²⁴ Contrairement à ce que nous ont dit nombre d'interlocuteurs, on peut trouver le triptyque en ligne sur l'intranet de la DRH Règles et processus < Accidents de travail/trajet/Imprimés. Mais n'y figure pas le timbre de

comme une liasse en partie autocopiante, les deux premiers feuillets constituant l'attestation de prise en charge signée par l'employeur, les quatre suivants, qui comportent également un cadre prérempli par l'employeur, sont destinés aux praticiens et auxiliaires médicaux (annexe 7), qui les remplissent et les envoient à DS Services pour se faire régler leurs honoraires et factures.

Il existe par ailleurs des formulaires de déclaration d'accident de service et d'accident de trajet, que l'on trouve également en ligne sur l'intranet de la DRH (annexe 8).

1.3.1.2. La délivrance du premier triptyque n'a pas paru un réel problème

Les organisations syndicales rencontrées ont quasiment toutes fait état de la difficulté de délivrance des triptyques, « *qui ne sont plus à disposition* ». Cette formulation, qui tendrait à indiquer qu'autrefois ils l'ont été, renvoie sans doute au fait que jusqu'en 2008 la gestion des AT-MP était assurée par la Mutuelle centrale de la Ville de Paris (MCVP), sans contrôle de l'administration qui se contentait de lui rembourser les montants payés aux praticiens et auxiliaires médicaux. Les agents et les organisations syndicales ont eu, en partie à juste titre, le sentiment d'un durcissement lorsque cette gestion a été retirée à la MCVP et confiée dans le cadre d'un marché à Dexia (devenue ultérieurement DS Services). Il en résulte fréquemment des confusions dans leurs récriminations.

La CFDT souligne l'hétérogénéité des situations dans les différentes directions, les agents ignorant qui détient les triptyques et quel supérieur hiérarchique est chargé de les leur remettre. Elle se demande si cette situation ne vise pas à créer une rétention, à limiter la remise des triptyques. Elle vise notamment le cas de la DFPE, où les auxiliaires de puériculture doivent souvent se déplacer dans les services centraux, cette pénurie dans certaines crèches ayant fait l'objet de signalements en CHS de la DFPE.

La CFTC fait le même constat et demande que les triptyques soient à disposition du supérieur hiérarchique direct.

Le SUPAP FSU a également le sentiment que c'est délibérément que les triptyques sont insuffisamment mis à disposition des responsables de site pour afficher des statistiques en baisse.

L'UNSA s'écrie que « *c'est vraiment n'importe quoi ! Beaucoup de services déconcentrés n'en disposent pas et on peine à s'expliquer pourquoi !* ».

A l'inverse, les quatre directions rencontrées par les auditeurs n'ont pas fait état de difficultés particulières.

La DPE et la DPP ont toutes deux fait observer qu'elles fonctionnent 24 h/24 365 jours par an.

La DEVE, après enquête, considère qu'il y en a en suffisance dans les divisions territoriales.

Seule la DFPE a en partie recoupé les observations des organisations syndicales, en expliquant que la répartition du stock envoyé par la DRH sur la base du nombre d'accidents de l'année antérieure conduit à n'attribuer à chaque établissement qu'un ou deux triptyques. Il appartient donc au responsable d'établissement, dès lors qu'un triptyque disponible a été utilisé, de penser à en demander sans tarder le renouvellement. Ces réserves rejoignent les observations de la CFDT et de la CFTC à l'encontre de cette direction.

la collectivité parisienne. Un exemplaire imprimé ne présente pas les propriétés autocopiantes utiles seulement pour les deux premiers feuillets.

La DRH a effectivement admis, lors d'un entretien avec les auditeurs, s'être montrée « trop drastique » dans la répartition des triptyques. Elle assure avoir mis fin à ces pratiques restrictives.

De tout cela il ressort que les organisations syndicales souhaiteraient que les triptyques soient disponibles au plus près du service de l'agent, et non comme par exemple à la DEVE dans les divisions territoriales.

Au CASVP, l'agent victime d'un accident ne reçoit un triptyque que lorsqu'il a remis la déclaration d'accident. Il en va de même à la Préfecture de Police. A l'AP-HP, il n'en reçoit qu'à l'issue de sa convocation au Service de la médecine statutaire.

De fait il a paru aux auditeurs que cette question n'est pas dissociable de la mauvaise lisibilité entretenue par la règle de 2003 et des délais du Service de la médecine statutaire, et que ce n'est pas tant la délivrance du premier triptyque qui pose problème que celle des triptyques supplémentaires.

1.3.1.3. C'est la délivrance des triptyques supplémentaires qui pose problème en raison de la longueur du processus de reconnaissance

Il convient ici de noter que cette situation est spécifique à la collectivité parisienne et qu'elle résulte à la fois de la règle de 2003 (placement d'emblée de l'agent sous le régime accident du travail) et des délais de la procédure d'établissement des dossiers et d'examen par le Service de la médecine statutaire.

Dans les trois institutions rencontrées, l'homologation de l'accident, c'est-à-dire la reconnaissance de son caractère professionnel, intervient dans un délai très court, de l'ordre d'une huitaine à une dizaine de jours. Dès lors il n'y a pas de limitation à la délivrance du ou des triptyque(s) supplémentaire(s) nécessaire(s) dès lors que les soins délivrés le sont bien dans le cadre de l'accident reconnu, ce que contrôlent en interne le CASVP et l'AP-HP. La Préfecture de police a quant à elle confié ce contrôle à un prestataire extérieur.

Le problème à la Ville est que les agents victimes d'un accident de service ou de trajet ne seront convoqués qu'après de longs mois par le Service de la médecine statutaire. Dans cet intervalle ils peuvent avoir besoin de triptyque(s) supplémentaires(s).

En ce cas a été mis en place le dispositif suivant : les agents peuvent venir demander un triptyque lors de deux permanences d'une heure, ayant lieu les lundi et jeudi entre 10 et 11 heures²⁵.

Lors de ces permanences les agents sont reçus par un médecin et le triptyque délivré est signé du médecin. Ainsi dans la semaine du 18/11/2013, 10 agents ont été reçus à ce titre par un médecin le lundi 18 et 15 le jeudi 21. En revanche, la responsable de la section des accidents du travail qui nous a communiqué ces chiffres n'a pas été en mesure de nous indiquer combien parmi ces agents ont effectivement reçu un nouveau triptyque, cette délivrance apparaissant comme une forte présomption d'homologation.

Il sera revenu *infra* sur les difficultés de fonctionnement du Service de la médecine statutaire qui le conduisent à utiliser deux heures de médecin chaque semaine pour pallier ses propres retards.

On soulignera simplement l'illogisme de ce dispositif qui délivre librement le premier triptyque mais impose des déplacements longs et contraignants à des agents habitant

²⁵ En période de congé scolaire, il y a une seule permanence hebdomadaire.

souvent loin et éprouvant dans certains cas des difficultés de déplacement liées à leur état de santé.

Mais il n'y a pas de recommandation spécifique à émettre ici. La question est de nouveau celle des délais du Service de la médecine statutaire. La seule recommandation à faire est que le Service de la médecine statutaire soit en mesure de fonctionner normalement dans le respect des droits des agents, à l'instar de ses homologues de l'AP-HP et de la Préfecture de police.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DRH « s'engage à revoir les modalités de distribution des triptyques complémentaires. »

1.3.1.4. La question de l'acceptabilité des triptyques

Est revenue à plusieurs reprises dans les propos des organisations syndicales une remarque selon laquelle le triptyque serait refusé par certains professionnels de santé ou établissements hospitaliers, « depuis que c'est Dexia, parce qu'ils mettent longtemps à payer ». En fait, ce phénomène, s'il existe, est marginal.

Selon DS Services, la part de remboursements directs aux agents a représenté, sur la période 2009-2013, 2,27 % de l'ensemble des frais médicaux.

Dans le document « Bilan des marchés à renouveler » figurant dans la délibération 2014-DRH-01, il est même indiqué que « au cours de l'exécution du présent marché, le nombre de professionnels de santé refusant le tiers payant a baissé au regard du marché antérieur, ce qui a entraîné une augmentation du nombre de factures prises en charge par le dispositif. Un avenant augmentant de 12,64 % le montant maximum du marché permettant d'absorber cette augmentation a été conclu en août 2012.

Le surcroît d'adhésion des professionnels de santé au dispositif s'explique par :

- l'utilisation d'un système d'information performant qui a permis d'améliorer le processus de traitement des dossiers et notamment les contrôles ;
- un paiement rapide des actes (dans un délai de dix jours). »

Il n'en demeure pas moins que curieusement il n'existe pas de formulaire CERFA pour le « triptyque ». La conséquence en est qu'il y a autant de documents que d'institutions. Les auditeurs disposent du triptyque de la collectivité parisienne et de ceux du CASVP, de l'AP-HP et de la Préfecture de police (annexes 9, 10 et 11). Ces formulaires ne sont pas nécessairement d'une lisibilité et d'une maniabilité optimale et ils diffèrent du formulaire CERFA utilisé par le régime général de la sécurité sociale : il y a là de quoi dérouter les professionnels de santé.

Un chantier de simplification administrative est à l'évidence à mener, mais il ne dépend pas de la collectivité parisienne.

Recommandation 7 : La Ville de Paris devrait prendre contact avec la DGCL et la DGAFP pour l'élaboration d'un triptyque CERFA pour le régime fonctionnaire.

1.3.2. La reconnaissance des accidents de trajet

« Ils ont évoqué par exemple [...] la difficulté à faire reconnaître un accident de trajet en accident du travail ».

Bien que la formulation en soit approximative, cette phrase retranscrit bien les vives critiques émises par l'ensemble des organisations syndicales rencontrées par les auditeurs.

Voici ce qu'écrit l'UCP dans son document remis aux auditeurs lors de l'entretien du 27/08/2013.

« Enfin, au-delà des principes, plusieurs situations méritent d'être évoquées, tant elles sont symboliques de dysfonctionnement.

Primo, la difficulté, voire l'impossibilité de rapporter la preuve de l'accident de trajet.

Il apparaît en effet particulièrement difficile d'apporter des témoignages prouvant que l'accident est notamment bien intervenu pendant le trajet. En cas d'accident, la victime n'a pas toujours la présence d'esprit de demander les coordonnées des témoins potentiels²⁶. De plus, les témoins, souvent également sur le chemin du travail ne souhaitent pas « perdre du temps » ou donner leurs coordonnées pour attester de la réalité qu'ils ont constatée.

Ainsi, bon nombre d'accidents du trajet ne sont pas reconnus comme tels, du simple fait que la victime ne peut produire de témoignages, alors que la matérialité n'est pas nécessairement contestable.

Cette attitude conduit à un véritable déni de justice, puisque l'on demande aux gens des « actes impossibles » à mettre en œuvre... On crée une présomption du NON !

Cette attitude systématique est de nature à engager la responsabilité de la collectivité dès lors que l'on conditionne la matérialité des faits à la production de témoignages, alors que la seule obligation de la victime est d'établir un lien causal entre l'accident et le trajet. »

1.3.2.1. Que disent les textes ?

La circulaire du 13 mars 2006 indique que : « Le fonctionnaire territorial peut être victime d'un accident de trajet. Dans ce cas, les dispositions prévues par l'article L. 411-2 du code de la sécurité sociale²⁷ s'appliquent aux fonctionnaires territoriaux. [...]»

L'accident de trajet doit être établi à partir des éléments produits par l'intéressé. »

1.3.2.2. Ce qu'impose la collectivité parisienne

La collectivité parisienne a adopté et met en œuvre une interprétation très restrictive de ces textes. Dans un document rédigé fin 2013 pour servir à l'élaboration du projet de marché objet de la délibération 2014-DRH-01, il est même écrit que « la réglementation est bien plus favorable pour les agents non titulaires qui bénéficient en matière d'accident « de travail » d'une présomption d'imputabilité. [...] En revanche, qu'il s'agisse d'un accident « de service » ou d'un accident de trajet, le fonctionnaire ne bénéficie pas

²⁶ Avant d'effectuer la présente mission, les rapporteurs ignorants de cette nécessité imposée par la collectivité parisienne, n'auraient en cas d'accident de trajet pas songé à demander les coordonnées d'un éventuel témoin.

²⁷ Article L411-2. « Est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur mentionné par le présent livre, pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

1°) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

2°) le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi. »

de cette présomption d'imputabilité au service et il lui appartient d'apporter la preuve du lien entre le service et l'accident. »

Une « jurisprudence constante » de la Ville de Paris a substitué à la preuve du lien l'exigence d'un témoignage direct.

On rappellera ici que la gestion de tous les accidents - de service et de trajet - donnant lieu à un arrêt de travail d'au moins 11 jours est centralisée à la DRH, alors que la gestion des accidents ne donnant pas lieu à un arrêt de travail ou donnant lieu à un arrêt inférieur ou égal à 10 jours est assurée par la direction dont relève l'agent. Ce sont donc les accidents les plus graves dont la gestion est centralisée à la DRH, qui applique strictement la « doctrine Ville de Paris ». On trouvera en annexe 12 le modèle de lettre adressée à la victime d'un accident de trajet.

« Je vous informe que j'émet des réserves sur le caractère professionnel de cet accident.

En effet le dossier qui m'a été transmis n'est pas exploitable en l'état car il manque les pièces suivantes :

- *Témoignage direct d'une personne ayant assisté à l'accident et pièce d'identité du témoin*
- *Rapport de police ou des services de secours*
- *Attestation établie par la RATP ou la SNCF*
- *Itinéraire détaillé du trajet emprunté précisant le lieu de l'accident.*

Si vous ne disposez pas de ces pièces, vous voudrez bien me faire parvenir [...] tout document susceptible de compléter votre dossier afin de me permettre de statuer sur le caractère professionnel de cet accident. »

La DRH n'a accepté d'infléchir son exigence de témoignage direct en acceptation d'un faisceau d'indices concordants que dans les cas suivants :

- elle accepte le témoignage indirect d'un supérieur hiérarchique de l'agent (pas des collègues de l'agent) qui atteste avoir vu l'agent arriver à son travail et avoir constaté les lésions apparentes, doctrine élaborée pour tenir compte de deux jugements du tribunal administratif annulant des décisions de contestation ;
- *« pour les agents travaillant en horaires décalés, une présomption favorable pourra être retenue dès lors que l'horaire rend improbable la présence de témoins directs et que l'agent a fait l'effort²⁸ de se rendre à son travail. »*

Cette inflexion de jurisprudence interne résulte de deux jugements du tribunal administratif de Paris défavorables à la collectivité parisienne.

1.3.2.3. Ce n'est pas la pratique des autres institutions

Le médecin-chef du Service de la médecine statutaire de l'AP-HP²⁹ a indiqué que « l'AP-HP n'est pas aussi intransigente que la Ville de Paris sur les éléments de preuve à apporter par l'agent. » L'agent doit certes fournir des preuves mais celles-ci peuvent être directes ou indirectes et il est tenu compte de l'impossibilité de faire la preuve (par exemple horaires matinaux ou tardifs, activité exercée sans collègue présent). L'AP-HP accepte les témoignages indirects et n'exige pas la fourniture de la pièce d'identité du témoin. En définitive, elle admet « un faisceau de présomptions lourd et concordant ».

²⁸ Souligné par nous en raison de la connotation moralisatrice contenue dans cette expression.

²⁹ Qui connaît bien les pratiques de la Ville de Paris pour siéger à la Commission de réforme.

A la Préfecture de police on ne conteste ni les accidents de service (appelés ici « blessures en service ») ni les accidents de trajet dès lors qu'ils se produisent sur le trajet direct de l'agent. S'il se glisse peut-être quelques abus, ils sont considérés comme « *le prix de la paix sociale* ».

Au CASVP également il est indiqué que l'administration se montre souple sur les accidents de trajet.

1.3.2.4. Ces contestations rencontrent l'incompréhension des agents

Ces contestations sont mal vécues par les agents. Ainsi une agente, à la réception de la lettre de la DRH contestant le caractère professionnel de son accident de trajet, écrit-elle au Ministre des affaires sociales qui retransmet son courrier au Maire de Paris. Sur la copie de la lettre de la DRH « *lui demandant des informations injustifiables* », à côté de la mention « *j'é mets des réserves sur le caractère professionnel de cet accident* », l'agente a écrit « *pour moi ceci est une insulte à ma parole - NON* ». Les auditeurs ignorent la suite donnée à cet accident consistant en une chute sur le tapis roulant des Halles.

Une organisation syndicale nous a rapporté le cas d'un agent de la DEVE s'étant blessé aux genoux après avoir chuté dans le bois de Vincennes sur son trajet de retour. Une chute dans le bois de Vincennes en novembre à la nuit tombée ne risque guère d'avoir de témoin. Ce n'est que dans la nuit suivante que l'agent a commencé à souffrir. Le caractère professionnel de l'accident n'a pas été reconnu et la blessure a occasionné un arrêt dont une partie a entraîné le reversement de salaire par prélèvement sur le bulletin de salaire.

Les agents déplorent cette suspicion que fait peser sur eux la DRH, en mettant en doute la sincérité de leurs déclarations.

1.3.2.5. Les contentieux

Cette intransigeance commence cependant d'être battue en brèche par la jurisprudence, bien que le nombre des contentieux soit faible.

Selon les données transmises par la DRH, il y a eu depuis 2009 13 contentieux relatifs à des contestations d'accident de service ou d'accident de trajet ; six ont été jugés, un a fait l'objet d'un référé, six sont encore en instance.

Parmi les six affaires jugées, quatre l'ont été en défaveur de la Ville :

- un jugement du 25 janvier 2012 admet le témoignage indirect du supérieur hiérarchique d'un agent ayant eu un accident de trajet à 6 h 30 du matin (cet agent avait été placé en congé de maladie ordinaire pendant six mois) ;
- un jugement du 30 mai 2012 confirme la recevabilité des témoignages indirects, même à une heure moins matinale ;
- une ordonnance du 29 octobre 2013 admet l'urgence, dès lors que l'agent placé en congé de longue maladie ne perçoit plus que la moitié de son traitement et se trouve exposé au remboursement des trop-perçus, et admet également le doute sérieux quant à la légalité de la décision contestée : l'administration conteste le caractère professionnel de l'accident de trajet dans la mesure où la chute a été provoquée par un malaise sans lien avec le service. Deux arrêts du Conseil d'Etat de 1995 et 1997 contredisent cette restriction (cf. *infra* 1.3.3.).

1.3.2.6. Les arguments de la DRH

Les auditeurs ont interrogé plusieurs de leurs interlocuteurs de la DRH sur les raisons d'un parti pris aussi restrictif.

Ils se sont entendu répondre au moins à deux reprises que « *ce qu'on ne veut pas prendre en charge ce sont les accidents de bricolage ou de sport du week end* » (sous-entendu :

déguisés en accidents de trajet). Interrogée sur ce point, la DRH admet qu'elle ne dispose d'aucun élément pour objectiver cette crainte.

Dans le document précité de fin 2013, elle remarque que « *les accidents de trajet « sans témoin » représentent à eux seuls plus de la moitié des dossiers examinés (864/1666) [en réunion interne du fait de leur non-conformité] et 87 % des dossiers transmis à la Commission de réforme pour avis* ». Un peu plus loin, elle remarque que « *sur cette même période de quatre ans 771 dossiers ont été examinés par la Commission de réforme dont 550 d'accidents de trajet « sans témoin »* ».

Enfin elle fait remarquer que « *la contestation d'accident de trajet pour le seul fait de l'absence de témoin direct, qui cristallise les tensions, ne représente en réalité que 198 dossiers en quatre ans (moins de 50 par an), soit 1,1 % du nombre total d'accidents et 5,2 % des accidents de trajet enregistrés à la Ville pour cette période.* »

De tous ces chiffres il convient de retenir que l'exigence de témoignage direct occupe plus de la moitié des réunions internes de service et 87 % des ordres du jour de la Commission de réforme. Il est permis de s'interroger sur le bénéfice que retire la Ville de cette dépense d'énergie et de procédures au regard de la cinquantaine de cas annuels qui cristallise les tensions et surtout le sentiment qu'ont les agents victimes d'être tenus pour des menteurs et des tricheurs.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DRH précise que ces chiffres correspondent aux dossiers transmis relatifs aux accidents de trajet et que ces dossiers ne sont pas transmis sur le seul motif qu'il n'y a pas de témoignages direct.

En réponse à cette assertion, la mission cite *in extenso* le passage de la fiche de novembre 2013 de la DRH relative aux accidents de trajet.

« Sur 17 356 accidents enregistrés entre le 1^{er} juin 2009 et le 1^{er} juin 2013 (dont 3 803 accidents de trajet), plus de la moitié (9 297) ont été transmis au BPOT mais seuls 18 % des dossiers reçus (1 666) ont donné lieu à un examen en réunion interne du fait de leur non-conformité. Moins de la moitié des dossiers examinés et 4,4 % du nombre total d'accidents enregistrés sur la période ont été adressés à la CDR pour avis en vue d'une éventuelle contestation de l'imputabilité au service de l'accident. Les accidents de trajet « sans témoin » représentent à eux seuls plus de la moitié des dossiers examinés (864/1 666) et 87 % des dossiers transmis à la CDR pour avis. »

Il faut enfin relever que cette intransigeance s'exerce envers les accidents ayant occasionné un arrêt de travail d'au moins onze jours, et par conséquent gérés par la DRH. Il n'est pas certain que les directions, qui continuent de gérer directement les accidents n'entraînant pas d'arrêt ou entraînant un arrêt de travail de dix jours au plus, se montrent aussi intransigeantes.

Recommandation 8 : Pour les accidents de trajet, renoncer à l'exigence de témoignage direct et infléchir les règles en tenant compte de la présomption d'imputabilité telle que la consacre la jurisprudence du Conseil d'Etat.

1.3.3. Les accidents causés par des malaises

Le tableau de toutes les contestations en cours depuis 2009 transmis par la DRH fait apparaître 34 accidents de service et sept accidents de trajet contestés en raison d'un « état pathologique préexistant ».

Rappelons que dans le régime général la présomption d'imputabilité s'applique. Ainsi les auteurs du rapport IGAS-CGEFI précité remarquent-ils que « *entre types d'accidents, il semble bien que les accidents cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, accident*

vasculaire cérébral) survenant sur les lieux et pendant les heures de travail soient moins facilement reconnus comme imputables pour les fonctionnaires que dans le régime général, la preuve de la non imputabilité étant difficile à faire. »³⁰

Le BPOT conteste donc systématiquement les accidents liés à des malaises.

Les autres institutions rencontrées par les auditeurs ne se montrent pas aussi intransigeantes.

Ainsi le médecin-chef du Service médical de la Préfecture de police a-t-il signalé spontanément le « *phénomène grandissant des malaises en service* ». Ceci ne conduit pas à contester le caractère professionnel de l'accident ; en revanche sont prises en charge au titre du régime accident du travail les dépenses générées par les conséquences, non celles occasionnées par la cause.

A l'AP-HP aussi la plupart du temps la contestation de l'administration repose sur la préexistence d'une pathologie. Le rôle des médecins du Service de la médecine statutaire consiste alors à déterminer ce qui est propre à l'accident, et à distinguer les soins et la durée de l'arrêt de travail pris en charge au titre de l'accident du travail des soins et de la durée de l'arrêt de travail pris en charge au titre de la maladie ordinaire.

Là encore la Ville de Paris fait une interprétation très restrictive qui la conduit à contester tout accident éventuellement lié à une pathologie préexistante.

Cette interprétation est d'autant plus étonnante qu'elle n'est pas conforme à une jurisprudence déjà ancienne du Conseil d'Etat, dont voici deux exemples :

« Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que, le 2 mars 1984, Mlle X..., employée à la bibliothèque municipale de Nancy, a fait une chute dans la cour de cette bibliothèque qu'elle traversait pour aller prendre son service ; qu'eu égard aux circonstances de temps et de lieu dans lesquelles il s'est produit, cet accident doit, à supposer même qu'il aurait été provoqué par un malaise sans lien avec le service³¹, être regardé comme un accident de service (...)»³² ».

« Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que, le 17 janvier 1984, M. X..., gardien de la paix du corps urbain de Tarbes, a chuté sur la chaussée alors qu'il assurait la circulation devant une école ; qu'eu égard aux circonstances de temps et de lieu dans lesquelles il s'est produit, cet accident doit, à supposer même qu'il aurait été provoqué par un malaise sans lien avec le service, être regardé comme un accident de service³³ ».

1.3.4. Les rechutes

Les rechutes d'accidents du travail sont la cause de difficultés importantes pour les agents en ce qu'elles sont extrêmement difficiles à faire reconnaître et qu'elles conduisent parfois les agents dans une situation de précarité sociale et de détresse.

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

L'UGD soumet aussitôt l'agent au contrôle du Service de la médecine statutaire, seul habilité à délivrer les triptyques pour soins³⁴ s'il estime que l'état de

³⁰ Page 27

³¹ Souligné par nous

³² N° 124622 30 juin 1995

³³ N° 126362 13 octobre 1997

³⁴ En gras dans le texte

l'agent le justifie et en cas d'arrêt de travail, et qui se prononcera sur l'imputabilité à l'accident de cet arrêt. Si la rechute contraint l'intéressé à cesser ses fonctions, l'UGD doit donc porter l'absence en congé de maladie ordinaire dans RH 21. Si la rechute est homologuée par le Service de la médecine statutaire, le BPOT de la DRH rectifiera l'information en portant un code accident afin de pouvoir établir l'arrêté et assurera le suivi de l'accident dans Prorisq. »

M. M, adjoint technique, s'est blessé au dos en aidant à déménager un piano le 10/11/2009. L'accident a eu comme conséquence un arrêt de 21 mois. M. M a repris ses fonctions à temps partiel durant 2 mois puis à temps plein à compter du 29/10/2011.

M. M a « fait une demande de rechute » suite à deux nouveaux arrêts, en juillet 2012 puis d'août 2012 à février 2013.

Considérées comme la conséquence d'un important état antérieur³⁵, les rechutes de juillet 2012 puis d'août 2012 à février 2013 n'ont pas été prises en charge au titre de l'accident de service.

Cet agent se trouve, lors du passage de son dossier à la Commission de réforme, dans une situation de grande précarité financière. En dépit de la présence de son avocat, la commission de réforme se prononce à l'unanimité contre l'homologation.

En dépit de l'existence évidente d'un état antérieur fragile, ne sont pas soulevées les questions :

- de la médecine préventive : cet agent avait-il été vu ? Des contre-indications au port de charges lourdes n'avaient-elles pas été émises ?
- de la responsabilité hiérarchique : aucune information sur le déroulement de cette opération de déménagement. Comment un agent au rachis déjà opéré et fragilisé se trouve-t-il conduit à déménager un piano ?

Les agents en situation de rechute sont confrontés d'une part aux délais du Service de la médecine statutaire et d'autre part à la propension de ce dernier de mise en avant d'un état antérieur.

Lors de l'entretien avec les auditeurs, le directeur adjoint de la DPE avait tenu à souligner l'état de détresse auquel pouvaient être conduits les agents dans ces situations.

A la Préfecture de police, il nous a été indiqué qu'il faut un rapport de l'agent et un certificat médical détaillé et que 70 % de ces demandes sont traitées sur pièces.

En outre la rechute, lorsqu'elle est homologuée, est enregistrée comme un nouvel accident. Ce traitement conduit par conséquent à :

- majorer artificiellement le nombre d'accidents, puisque la rechute est traitée comme un nouvel accident ;
- minorer l'indice de gravité des accidents puisque la rechute n'est pas rattachée à l'accident initial.

Recommandation 9 : Mettre en place une procédure rapide pour les rechutes d'accident du travail afin de ne pas pénaliser les agents victimes.

³⁵ « Un IRM effectué quelques jours après l'accident confirme un important état antérieur à type de discopathies dégénératives L4L5 L5S1. M. X... présente antérieurement à l'accident un terrain pathologique rachidien important (opération d'une hernie discale L4L5 en 1992 et des radiographies de mars 2009 pour rachialgies confirment l'état antérieur) ».

1.3.5. La longueur des procédures

Selon la DRH, aujourd'hui on examine les accidents dans un délai minimum de six à huit mois. L'autre moyen d'approcher ce délai est l'indication fournie par le Service de la médecine statutaire selon laquelle seuls les accidents survenus dans la première moitié de 2013 auront pu être examinés en 2013, ce qui donne un délai de convocation par le Service de la médecine statutaire d'au moins six mois.

En revanche il n'a pas été possible d'objectiver ces délais : « nous n'avons, en revanche, pas de moyen d'accéder, par cet outil³⁶, à la durée totale d'homologation définitive d'un accident³⁷ ».

Le bilan d'activité 2012 du Service de la médecine statutaire ne contient pas non plus de données sur les délais d'examen.

La DRH a fait valoir que la longueur des procédures ne peut lui être imputée à elle seule mais résulte de l'ensemble de la chaîne RH. Elle insiste sur le nombre important de dossiers incomplets, faisant l'objet de nombreux allers et retours et relances qui allongent démesurément les procédures au détriment des agents et alourdissent la charge de travail de la section accidents du travail du BPOT devenu BPMA. Néanmoins si elle en a fourni quelques exemples particulièrement illustratifs, elle n'a pu pour autant objectiver cette remarque de façon quantitative.

En tout état de cause, ces délais sont à rapprocher des durées indiquées par les autres institutions rencontrées, qui n'excèdent jamais une dizaine de jours après la déclaration.

1.3.6. La requalification rétroactive des arrêts de travail en arrêts maladie : impossible à dénombrer

Rappelons que par défaut tout agent qui déclare un accident est placé sous le régime accident du travail.

Les délais d'examen par le Service de la médecine statutaire et le contrôle tatillon qu'exerce le BPOT - aujourd'hui BPMA - se conjuguent pour aboutir à des requalifications rétroactives totales (refus de reconnaissance) ou partielles (refus de prendre en compte une période) particulièrement préjudiciables pour les agents.

	Maladie ordinaire	Accident du travail
Dépenses médicales	Tarif sécurité sociale + éventuellement mutuelle	Prise en charge totale
Traitement	Trois mois à plein traitement et neuf mois à demi-traitement	Maintien du plein traitement

Un éboueur, a eu un grave accident de service le 19/05/2012 en descendant d'un engin laveur. Le médecin du Service de la médecine statutaire, par note du 14/03/2013, homologue l'arrêt de travail jusqu'au 20/02/2013, date qu'il considère comme celle de la guérison, et place l'agent en congé de maladie ordinaire à compter du 21/02/2013. M. D... conteste cette date et fait parvenir un arrêt de travail jusqu'au 21/05/2013, date de son

³⁶ Prorisq

³⁷ Mail du BPRP de la DRH 17/07/2013

opération. La commission de réforme du 12/12/2013 homologue l'ensemble de ses arrêts jusqu'à sa reprise de fonction, les experts médicaux membres de la commission ayant expliqué la gravité des conséquences de l'accident de mai 2012.

Un autre agent accidenté le 02/10/2008 ayant subi deux interventions chirurgicales, l'une en 2010 et l'autre en juillet 2012, se voit contester ses périodes de prolongation depuis le 01/12/2011. Le 16/07/2012, il écrit au conseiller technique :

« Je me permets de revenir vers vous pour vous remercier d'avoir pris en compte mes doléances et d'être intervenu auprès de la DRH concernant ma situation actuelle. La seule réponse que j'ai reçue est une convocation pour le 25/10/2012.

Je tiens à vous préciser que je viens de subir une lourde intervention chirurgicale pour la pose de deux prothèses discales au niveau de la colonne vertébrale par voie ventrale [...].

Je vous demande de réintervenir auprès du docteur X qui est au courant de ma situation pour que l'on me régularise au plus vite car d'ici peu je vais être amené à déposer un dossier de surendettement car ma situation financière est des plus préoccupantes, pour un agent de la Ville de Paris en accident de service je trouve que c'est le comble.

Je ne suis coupable de rien mais victime d'un accident de service, que dois-je faire pour être entendu par le service du Dr X ? ».

Enfin une agente ayant eu un accident de trajet le 27/08/2012 s'est vu notifier le 02/08/2013, soit un an plus tard, la non homologation de son accident et la requalification de l'arrêt de travail pour accident du travail en congé de longue maladie à demi-traitement. Elle a demandé le 03/10/2013 au juge des référés la suspension de l'exécution de cet arrêté, arguant que l'urgence était justifiée *« par le fait qu'elle ne peut bénéficier d'une prise en charge comparable à celle dont elle aurait bénéficié si son accident avait été regardé comme un accident de service et qu'elle subit une forte dégradation de sa situation financière personnelle dès lors que son congé de maladie est rémunéré à demi-traitement et qu'elle est exposée au reversement du trop-perçu »* et qu'il existe un doute sérieux sur la légalité des décisions attaquées.

Par ordonnance du 29/10/2013 le juge administratif a admis l'urgence et le doute sur la légalité des décisions attaquées et en a suspendu l'exécution.

Interrogée par les auditeurs sur la possibilité de quantifier le nombre d'arrêts de travail ayant fait l'objet d'une requalification partielle ou totale, la DRH a répondu par la négative.

« Dans Prorisq comme dans l'infocentre AT-MP, il n'y a pas de notion de « nombre d'arrêts » mais plutôt de nombre de jours d'arrêt. Les arrêts sont liés exclusivement à l'accident.

Par ailleurs la notion de « requalification partielle » n'existe pas dans Prorisq.³⁸ »

1.3.7. La demande d'allocation temporaire d'invalidité

En 2011 36 ATI ont été concédées, et en 2012 49³⁹.

³⁸ Mail du 30/01/2014

³⁹ Bilan social 2012

Le fonctionnaire atteint d'une incapacité permanente partielle (IPP) d'au moins 10 % en cas d'accident (pour un ou plusieurs accidents) ou dès 1 % en cas de maladie professionnelle, mais qui peut reprendre ses fonctions a droit à une ATI cumulable avec son traitement. Cette ATI vise à indemniser les séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

A noter que la recommandation n°8 du rapport IGAS-CGEFI consiste en « *mettre à l'étude la possibilité d'une harmonisation entre les fonctionnaires et les salariés du régime général pour les victimes d'un accident de service ou d'un accident de trajet ayant entraîné un taux d'IPP inférieur à 10 %. En effet, en cas d'IPP inférieure à 10 %, le salarié du régime général a un droit à une rente versée sous forme de capital. La mission a en effet considéré que rien ne justifie une différence de traitement entre les fonctionnaires et les salariés en ce qui concerne l'indemnisation des taux d'incapacité inférieurs à 10 % suite à un accident du travail, d'autant que cette règle ne s'applique pas pour les maladies professionnelles. Au surplus, le processus d'indemnisation de l'incapacité permanente est beaucoup plus complexe que dans le régime général car il fait intervenir cinq acteurs : le fonctionnaire, l'administration, la CNRACL, le médecin agréé et la commission départementale de réforme.* »

L'auteur du rapport « processus maladies complexes » considère que « *pour cette procédure le toilettage est à faire. La transmission souhaitable de la gestion des ATI au futur BPMA, agréée par le BRI qui préférerait se concentrer sur son cœur de métier, constitue un préalable indispensable⁴⁰ à la refonte de ce processus.*⁴¹ »

Sans qu'il soit possible, là encore, d'objectiver le nombre des dysfonctionnements, les auditeurs ont pu, au travers de la lecture de courriers d'agents, se convaincre de l'infinie lenteur et de la grande opacité de cette procédure pour les agents qui attendent plusieurs années le versement de leur allocation.

Recommandation 10 : Opérer le transfert de la gestion des allocations temporaires d'invalidité du Bureau des retraites et de l'indemnisation au BPMA et initier la refonte du processus.

1.4. Une organisation en cours de réforme

L'organisation des AT-MP s'est beaucoup « cherchée ». La décennie écoulée a vu l'instauration de la règle de gestion de 2003, l'externalisation de la gestion des frais de soins, la réforme de 2009.

En revanche la création en novembre 2013 du Pôle Médecine statutaire et procédures médico-administratives constitue une réforme de fond. L'ampleur des chantiers qu'aura à mener à bien le nouveau Pôle ne doit pas être sous-estimée, et il paraît aux auditeurs que ce Pôle doit être regardé comme un équipement nouveau.

Les auditeurs ont souhaité mettre en exergue plusieurs points qui doivent impérativement être traités.

⁴⁰ Souligné par nous

⁴¹ Page 34

1.4.1. Une décennie jalonnée de réformes

1.4.1.1. Le placement par défaut des agents victimes d'accidents en arrêt de travail sous le régime accident du travail.

Cette réforme a déjà été analysée *supra*. Bien que la note du DRH ne le dise pas, il est vraisemblable que cette mesure avait été motivée par les délais très longs de convocation des agents par le Service de la médecine statutaire.

A cette époque :

- tous les arrêts de travail, quelle que soit leur durée, étaient traités par les différents bureaux de gestion de la DRH et donnaient lieu à convocation par le Service de la médecine statutaire ;
- avant le décret du 17/11/2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique de l'Etat, dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière, tous les accidents passaient devant la Commission de réforme, que l'administration en conteste ou non l'imputabilité. Après ce décret, la Commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration.

La règle de gestion instaurée en 2003 avait pour finalité de ne pas pénaliser les agents en raison de la longueur de la procédure. On a cependant vu plus haut qu'elle peut se retourner contre les agents en cas de requalification totale ou partielle de l'arrêt de travail.

Par ailleurs le Service de la médecine statutaire n'examine plus maintenant que les arrêts de travail d'une durée égale ou supérieure à onze jours. Pour les congés d'une durée inférieure, il n'est sollicité qu'en cas de contestation de l'imputabilité par l'administration ou de rechute. Le nombre des agents reçus a ainsi régulièrement diminué de 4 226 en 2008 à 3 133 en 2012. Pour autant les délais de convocation demeurent élevés.

L'abolition de cette règle de gestion et le retour au « droit commun » sont donc liés à une réforme du Service de la médecine statutaire qui le mette en situation de convoquer les agents dans un délai raisonnable.

En tout état de cause cela paraît aux auditeurs une priorité que de mettre fin à cette rétroactivité illisible par les agents et qui peut les pénaliser sévèrement.

1.4.1.2. L'externalisation de la gestion des frais de soins

C'est en 2010 qu'il a été mis fin à la gestion des dépenses de soins pour les accidents du travail par la MCVP et qu'a été mis en place un marché « *pour la gestion des frais de soins de santé, accidents de service, maladies professionnelles et maladies contractées en service dont sont victimes les agents de la Ville et du Département de Paris* » (DRH 2010-39). Il a été attribué en novembre 2010 à Dexia, devenu depuis lors DS Services.

A cette époque c'est le Bureau des rémunérations qui a piloté la mise en place de ce marché à bons de commandes lancé pour deux ans et reconductible une fois deux ans. Il expire donc en novembre 2014.

Ce marché a fait l'objet d'observations de la DRFIP.

« Il semble s'agir, également, d'une gestion de fait en l'absence de base légale autorisant l'externalisation de ces paiements.

Cet établissement rembourse à des intervenants (pharmacie, médecins ou autres) les frais médicaux occasionnés par des accidents du travail des agents « Ville de

Paris » ou « département de Paris ». Ce remboursement de frais est effectué par un mandat auquel est joint une liste des personnels accidentés, établie semble-t-il par les services de la Ville, sur la base des feuilles de soins que Dexia transmet en accord avec les termes du marché.

Aucune modalité de contrôle n'est prévue dans la convention. »

Sur l'opportunité de passer un marché, les avis des autres collectivités sont partagés.

La Préfecture de police dispose elle aussi depuis 2011 d'un marché mais celui-ci ne porte que sur le contrôle. Le prestataire numérise les documents adressés par les professionnels et les envoie par courriel au service médical sur une boîte dédiée. Seul le Service médical valide les remboursements. Les professionnels de santé sont remboursés dans un délai de quinze jours. Le médecin-chef du service médical considère que ces nouvelles modalités ont permis à la Préfecture de police d'économiser 350 000 € (sur une dépense totale d'environ 3 M€).

A l'inverse, l'AP-HP considère qu'adopter une telle externalisation serait coûteux. Un médecin assure à temps plein au sein du service médical le contrôle de l'ensemble des dépenses médicales AT-MP.

Au CASVP également, l'ensemble de la procédure est interne.

Le nouvel appel d'offres lancé par délibération 2014 DRH 1, tenant compte des observations de la DRFIP, réinternalise la phase de paiement des prestations de santé.

1.4.1.3. La réforme de 2009 : une déconcentration partielle dans les directions et la spécialisation du Bureau des personnels ouvriers et techniques (BPOT)

En juin 2009, avait eu lieu une réforme de l'organisation de la DRH en matière d'accidents de service, consistant en un double mouvement de déconcentration dans les directions et de spécialisation d'un bureau de la DRH. Le DRH faisait le constat que *« aujourd'hui tous les accidents sont traités selon le même processus, quelle qu'en soit la gravité (avec ou sans arrêt de travail) et que le caractère professionnel soit reconnu ou non. Les bureaux de gestion sont destinataires de l'ensemble des déclarations et sont les seuls habilités à contester »*.

A partir du 1^{er} juin 2009, les dossiers ne comportant pas d'arrêt de travail ou pour lesquels l'arrêt de travail est inférieur ou égal à dix jours calendaires restent dans les directions (à l'exception de ceux faisant l'objet d'une contestation ou relatifs à une rechute). *« Pour ces dossiers, il n'y a plus d'examen par le service médical (ce qui lui permettra de se recentrer sur ses autres missions »*.

L'appréciation du caractère professionnel de l'accident est désormais réalisée au sein de la direction, le certificat du médecin traitant fait foi pour fixer les dates de reprise et de consolidation.

Il convient de relever que, selon la DRH, la quotité de dix jours ne correspond à aucune disposition réglementaire particulière. Elle avait été retenue sur la base des statistiques issues de Prorisq qui laissaient augurer un flux de 1 250 dossiers annuels comportant des arrêts de travail supérieurs à dix jours.

La DRH continue de traiter :

- les déclarations (quelle que soit la durée de l'arrêt de travail) lorsque l'imputabilité est contestée,
- les rechutes,
- les accidents avec un arrêt à partir de onze jours calendaires.

Mais la gestion de ces dossiers est désormais concentrée au Bureau des personnels ouvriers et techniques (BPOT), « *assurant ainsi une homogénéité de traitement, un interlocuteur unique pour les instances médicales et un pôle ressources pour les directions.* »

Au regard des autres institutions rencontrées par les rapporteurs, la Ville de Paris est la seule à avoir adopté une organisation « hybride ».

A la Préfecture de police, il y a une organisation centralisée à la sous-direction des personnels.

A l'inverse, tant à l'AP-HP qu'au CASVP, l'organisation est entièrement déconcentrée : à l'AP-HP au sein des établissements ou des groupements hospitaliers, au CASVP au niveau des services locaux de ressources humaines⁴².

Le BPOT a communiqué aux auditeurs un bilan de quatre années de fonctionnement.

Sur 17 536 accidents survenus pendant ces quatre années⁴³, 9 297 avaient été transmis au BPOT, soit plus de la moitié (53,5 %), en nombre croissant chaque année (2 194, 2 398, 2 308, 2 457), alors que les statistiques issues de Prorisq avaient conduit à tabler sur 1 250.

La « réunion interne de contestation » a examiné 1 666 dossiers, soit près de 18 % des dossiers reçus.

Parmi ces dossiers, 1 208 sont relatifs à des arrêts égaux ou supérieurs à onze jours, soit 72 %.

Les accidents de trajet sans témoin représentent à eux seuls 864 cas, soit plus de la moitié des dossiers examinés, et 87 % des dossiers pour lesquels la procédure de contestation a été engagée.

En définitive, les causes d'examen en réunion de contestation les plus fréquentes sont l'absence de témoin (996, soit 60 % des dossiers examinés et l'état pathologique préexistant (235, soit 26 % des dossiers examinés). Ce sont aussi ceux pour lesquels les administrations rencontrées par les auditeurs adoptent une attitude beaucoup plus nuancée.

Cette contestation quasi systématique est pourtant coûteuse :

- il faudrait une étude spécifique pour chiffrer le coût d'une procédure de contestation, certainement disproportionné au regard des « économies » réalisées ;
- le coût est également et peut-être surtout humain, à la fois au regard du sentiment d'injustice ressenti par l'agent et des difficultés matérielles dans lesquelles peuvent le conduire ces décisions rétroactives de l'administration.

La DRH devrait également mener une réflexion sur ce délai des onze jours, qui ne repose sur aucune base réglementaire. N'y aurait-il pas avantage à le porter à 28 jours ?

Cela aurait aux yeux des auditeurs trois avantages :

- discriminer nettement les accidents graves des accidents moins graves,
- amplifier la déconcentration de la gestion des accidents de service vers les directions,
- soulager la charge de travail du BPMA et du Service de la médecine statutaire.

⁴² Equivalents des UGD à la Ville

⁴³ De juin 2009 à juin 2013.

Recommandation 11 : « Revisiter » la doctrine de contestation systématique des accidents sans témoin direct et de ceux liés à une pathologie préexistante et mettre fin à la rétroactivité des décisions.

Recommandation 12 : Mener une réflexion sur le délai des 11 jours.

1.4.2. La mise en place du Pôle de la médecine statutaire et des procédures médico-administratives

Proposée par le rapport précité, la création du Pôle de la médecine statutaire et des procédures médico-administratives est effective depuis le 4 novembre 2013.

Elle consiste en le regroupement, au sein de la sous-direction de la prévention, des actions sociales et de santé, de services jusque-là dispersés au sein de la DRH dans trois sous-directions, six bureaux de gestion et deux services⁴⁴.

Le bureau des procédures médico-administratives (BPMA) est devenu le guichet d'entrée unique pour l'ensemble des procédures et devra animer un réseau de correspondants dans les directions.

Dans le document de présentation au CHS central de décembre 2013 « Création d'un pôle médecine statutaire et procédures médico-administratives », il est indiqué que la Ville de Paris porte la plus grande attention à la gestion de ces procédures, notamment parce que « *leur traitement constitue, en soi, un enjeu d'organisation et de gestion ; que notre collectivité dispose en l'espèce d'une marge de progrès tant en termes de rapidité d'exécution que de lisibilité de son action.* »

Au BPMA sont assignées quatre missions principales :

- gestion de l'ensemble des procédures de maladie complexes,
- veille réglementaire et jurisprudentielle,
- animation d'un réseau resserré de correspondants « PMA » dans les directions,
- agrégation et analyse des données statistiques.

Concernant le Service de la médecine statutaire, il est indiqué que « *la constitution d'un cadre intégré d'activité médicale à la DRH concourra à la structuration, l'harmonisation et la convergence progressive des pratiques et des modes de gestion de l'équipe médicale et devrait laisser davantage de place au contrôle in situ et au contrôle sur pièces.* »

En dehors du BPMA et du Service de la médecine statutaire proprement dits, la réforme comporte les quatre axes suivants :

- informer et accompagner les agents engagés dans ces procédures ;
- améliorer la connaissance et la maîtrise des systèmes d'information ;
- évaluer et améliorer les procédures de gestion des maladies complexes ;
- accroître la professionnalisation des gestionnaires et des encadrants des procédures médico-administratives.

⁴⁴ RH Info n° 120 octobre-novembre 2013.

1.4.2.1. Un démarrage encourageant

Pour son démarrage, le Pôle a pu utiliser une « fin de marché » qui lui a permis de bénéficier d'un plan collectif d'amélioration (PCA) sur les mois de novembre et décembre 2013.

Ce PCA a représenté un volumineux travail organisé en groupes auxquels ont participé l'ensemble des personnels. Les axes d'amélioration identifiés renvoient aux objectifs de service suivants :

- pilotage des processus,
- pilotage financier,
- organisation de la gestion documentaire,
- amélioration de la qualité de service, politique et gestion du corps médical.

Nombre d'axes sont simplement énoncés mais ne sont pas à ce stade définis quant à leurs responsables et à leurs calendriers.

Le BPMA compte 21 agents. Il achève la **constitution d'un réseau de 65 correspondants RH⁴⁵** qu'il entend réunir quatre fois par an. La première réunion est prévue début mai 2014.

L'objectif est la diffusion régulière, claire et homogène de l'information en matière de maladies complexes qui permette le rapprochement des pratiques et un traitement équitable des agents au sein de la collectivité parisienne.

Le Pôle a également initié la mise en place d'une véritable **démarche de qualité** de l'accueil. Est mis en place un pôle accueil avec le recrutement d'une secrétaire médico-sociale, la création d'un poste d'adjoint administratif, avec le renfort d'une contractuelle et d'un contrat aidé.

L'objectif est la mise en œuvre d'une véritable démarche QualiParis. Le Pôle devrait en effet bénéficier du marché DS Services de QualiParis. L'objectif est la définition d'un référentiel qualité pour la fin juin et une certification QualiParis pour la fin du premier semestre 2015.

Ces actions s'accompagnent d'un important effort de **formation**.

Tous les agents de catégorie A et B recevront une formation sur la démarche qualité et sur le pilotage de projet.

Par ailleurs l'ensemble des agents du pôle auront une formation sur l'accueil.

L'un des points difficiles demeure les **systèmes d'information**. La mise en place depuis le 3 mars de Préventiel, logiciel fonctionnant déjà au Service de la médecine préventive, s'avère, sans surprise, difficile, puisque non précédée d'une définition des besoins. Si l'outil paraît convenir au secteur des embauches, il n'en va pas de même pour tous les processus maladie complexes.

Le Pôle a inscrit ses besoins dans le Schéma directeur informatique 2014-2019.

1.4.2.2. Rebâtir un vrai Service de la médecine statutaire

Le succès de la réforme entreprise est étroitement lié à la capacité de transformer le Service de la médecine statutaire en un service véritablement opérationnel, en mesure

⁴⁵ Au 6 mars 2014, seules la DASCO et la DFPE n'avaient pas encore désigné leurs correspondants, ce qui paraît quelque peu paradoxal au regard de l'existence des CAS et des CASPE.

d'examiner les agents dans un délai raisonnable. Pour atteindre ce but, il doit être profondément réformé. Aujourd'hui, ce service se caractérise par un effectif insuffisant, une absence de management et une absence d'adaptation de ses méthodes aux flux. Il allègue volontiers de l'insuffisante assiduité des agents aux convocations, mais cette affirmation mérite d'être nuancée.

a) Un effectif insuffisant

Interrogé par les auditeurs sur les moyens qui lui seraient nécessaires pour fonctionner correctement, le chef du service a avancé la question des effectifs.

Il est vrai que l'effectif médical du Service de la médecine statutaire est clairement sous-dimensionné, comme le met en évidence le tableau comparatif ci-dessous.

Tableau 1 : Effectifs médicaux du Service de médecine de contrôle par rapport au nombre d'agents pris en charge

	ETP médicaux	Nombre d'agents pris en charge	Proportion de médecins
CASVP	0,9	5 600	1/6 222
Préfecture de police	8	36 000	1/4 500
AP-HP	14	65 000	1/4 642
Collectivité parisienne	6	50 000	1/8 333 ⁴⁶

Source : DRH, CASVP, Préfecture de Police, AP-HP

Encore faut-il ajouter que, dans les trois institutions rencontrées, le chef de service effectue des consultations. Ce n'est pas le cas au Service de la médecine statutaire où la réalité est plutôt 5 ETP que 6, accentuant encore le déficit.

Si le périmètre d'activités du Service de la médecine statutaire de l'AP-HP n'est pas entièrement comparable (la plaquette de présentation du Service de la médecine statutaire de l'AP-HP figure en annexe 14), en revanche celui de la Préfecture de police l'est tout à fait : si par conséquent l'on voulait retenir pour la collectivité parisienne le même ratio de un médecin pour 4 500 agents, il faudrait porter le nombre d'ETP de 6 à au moins 11, c'est-à-dire quasiment le doubler.

En dehors du médecin-chef et de son adjoint, tous deux contractuels, les autres médecins intervenants sont tous vacataires. Il y a sans doute là une réflexion à mener. A l'AP-HP et au CASVP, les médecins sont tous contractuels. A la Préfecture de police on est dans le même schéma qu'à la Ville : le médecin-chef et son adjoint sont contractuels, les autres médecins sont vacataires.

Parmi les douze médecins du Service de la médecine statutaire, il y a trois rhumatologues, (deux, deux jours par semaine et un, une demi-journée par semaine), quatre généralistes deux jours par semaine et un généraliste deux jours et demi par semaine.

Il faut relever que le Pôle est en train de finaliser le recrutement à titre de contractuels de deux rhumatologues, l'un à temps plein et l'autre à 70 %.

⁴⁶ Et même 1/12 500 sur la base de 5 ETP médicaux..

Recommandation 13 : Renforcer l'effectif de médecins du Service de la médecine statutaire. Mener une réflexion sur leur statut.

Pour autant l'augmentation des effectifs, si elle est nécessaire, ne constitue pas une condition suffisante pour l'amélioration du fonctionnement du service.

b) Une absence de management

Il n'existe pas de document présentant la collectivité parisienne aux médecins et leur exposant l'environnement juridique et administratif dans lequel ils interviennent, ni non plus les conséquences sociales et financières pour les agents des décisions qu'ils prennent, fréquemment de façon rétroactive.

Ces directives ne sont pas non plus diffusées de façon orale au cours de réunions de service. En 2012, le médecin chef adjoint avait organisé une réunion sur ce thème, seuls trois médecins sont venus, dont deux rhumatologues.

Par comparaison, le médecin-chef de l'AP-HP nous a exposé le prix qu'il attache à la formation continue, l'importance des réunions régulières de service, réunissant tous les six mois les médecins et tous les ans l'ensemble du service, réunions au cours desquelles sont présentées des analyses de dossier. La qualité de la relation humaine y est un élément essentiel, y compris pour le personnel administratif. Il a également indiqué que la quotité de chaque médecin ne peut être inférieure à 50 %.

Recommandation 14 : Instaurer un véritable management au Service de la médecine statutaire : réunions régulières de service, écriture du cadre juridique de la collectivité parisienne et des procédures AT-MP dans lesquels prend place l'activité des médecins, formation continue.

c) Une absence de réflexion sur l'adaptation des méthodes

Si la Préfecture de police et l'AP-HP nous ont indiqué que chaque victime d'accident ou de maladie professionnelle est systématiquement reçue au service médical, le CASVP, à l'inverse, a adapté ses méthodes de travail à la faiblesse de son effectif médical (0,9 ETP pour 5 600 agents). La plupart des examens sont effectués sur dossier, les convocations étant réservées aux cas les plus lourds ou aux cas douteux. Par exemple, si pour un problème de dos est prescrit un arrêt de travail supérieur à quinze jours, la convocation part le jour même pour un examen sous un délai de huit jours. Ou bien, à la vue d'un dossier, le médecin inscrit une mention sibylline « *C si prol* », qui veut dire « *à convoquer en cas de prolongation* ».

Le Service de la médecine statutaire parisien, dont l'effectif rapporté au nombre d'agents est le plus faible, n'a jusqu'à présent pas recouru à ce mode d'examen, préférant voir physiquement les agents même à une distance de temps déjà grande par rapport à l'accident, sans tenir compte de la longueur de la file d'attente.

Les auditeurs considèrent que l'examen sur dossier de l'ensemble des cas ne soulevant pas de difficulté ou de doute particuliers :

- s'impose à tout le moins pour résorber les retards accumulés et parvenir à un délai d'examen raisonnable (de l'ordre de 8 à 10 jours) ;
- doit être intégré parmi les méthodes de travail.

La cheffe du Pôle nous a indiqué que des réunions d'information sont instaurées pour les médecins, et que tous suivront une formation « Evaluation des pratiques professionnelles » telle que préconisée par la Haute Autorité de santé.

Recommandation 15 : Intégrer l'examen sur dossier parmi les méthodes du Service de la médecine statutaire de façon à résorber le retard et statuer dans un délai raisonnable

d) Le manque d'assiduité allégué des agents aux convocations

Cette remarque constitue une véritable antienne de la part du Service de la médecine statutaire, qui ne cesse de déplorer ce qui est présenté comme négligence ou désinvolture de la part des agents.

Ainsi peut-on lire dans le Bilan d'activité 2012.

« Les consultations de suivi des AT/AS incluant les accidents de trajet ont diminué en 2012 (3 133/3 707 en 2011), ce qui est en relation avec le nombre de déclarations d'accident traitées en interne par les directions pour des arrêts de travail de dix jours ou moins, seuls ceux d'une durée supérieure ou égale à onze jours nous étant transmis.

En revanche, on note une légère amélioration de la fréquentation (65 %/63 %), le taux de non venus (de l'ordre de 1/3 des convoqués) constituant cependant une préoccupation constante d'année en année, se traduisant par un accroissement des délais de traitement des dossiers avec un retentissement sur les situations individuelles des agents ainsi que celle de la collectivité. »

Il n'a pas été possible d'objectiver cette non assiduité des agents : les auditeurs supposaient que, dans une grande partie des cas, les agents ne se contentaient pas de ne pas se présenter mais appelaient pour s'excuser ou pour tenter de déplacer la date de la convocation. Selon la responsable de la section des accidents du travail au Service de la médecine statutaire, le système informatique ne permettait pas de le dénombrer et il fallait reprendre les dossiers un par un. Devant l'ampleur de la tâche, les auditeurs lui avaient demandé de bien vouloir le faire sur la période du 01/09 au 30/11/2013. Ils n'ont reçu qu'une compilation indiquant un total de 1 300 agents convoqués sur la période, dont 812 présents (62,5 %) et 488 absents, les agents excusés figurant donc au nombre des absents.

On trouvera en annexe 13 les deux modèles de convocation adressées aux agents par le Service de la médecine statutaire.

La lecture de la première lettre suggère que, même si l'agent ne peut se présenter pour un motif « *incontournable* », il est considéré comme défaillant et recevra la seconde et dernière convocation par lettre recommandée avec accusé de réception. Il est par conséquent considéré comme ne s'étant pas présenté.

Dans la première lettre il est indiqué : « *votre présence à cette visite médicale est **obligatoire**. Faute de vous y rendre, vous risquez de perdre vos droits aux prestations d'accident du travail* ».

Dans la seconde : « *J'appelle votre attention sur le fait que, de votre présence à cette visite, dépend l'homologation de votre accident et donc la préservation de vos droits.*

En cas d'absence injustifiée et non signalée, votre accident du travail ne sera pas homologué et votre absence sera considérée comme un congé de maladie ordinaire ».

Aucune de ces deux lettres ne se caractérise par une particulière urbanité.

Les auditeurs étaient fort perplexes quant à la « non assiduité » des agents, illogique au regard de la préservation de leurs droits.

Dans la mesure où le Service de la médecine statutaire ne distingue pas les agents excusés des agents non excusés, cela conduit à gonfler artificiellement la proportion des agents ne s'étant pas présentés.

Par ailleurs le médecin chef-adjoint a indiqué que, en ce qui concerne les maladies professionnelles, ce n'est pas un sujet de préoccupation : en d'autres termes, les agents se rendent bien aux convocations.

En fait, en l'absence de toute donnée du Service de la médecine statutaire permettant d'objectiver cette non-assiduité, les auditeurs font l'hypothèse que deux raisons conjuguent leurs effets :

- le délai de convocation par le Service de la médecine statutaire : un agent ayant eu en mai 2013 un accident de service ayant occasionné un arrêt de travail de douze jours n'a guère de chances d'être convoqué avant décembre ;
- de toute façon il a été placé pendant ces douze jours sous le régime accident du travail et a reçu le ou les triptyques nécessaires, ce qu'il a compris comme une reconnaissance.

Il comprend donc mal le sens de cette convocation qui intervient alors qu'il a depuis longtemps repris ses fonctions. Par ailleurs, la direction à laquelle il appartient n'est pas informée de cette convocation. Les auditeurs ont ainsi pu voir le cas d'un éboueur qui refusait de se rendre à la convocation sur son temps de repos. Il avait envoyé son planning au Service de la médecine statutaire, et il s'avérait impossible de trouver une intersection entre son planning et les possibilités du Service de la médecine statutaire...

Recommandation 16 : Rédiger les lettres de convocation dans un style plus urbain.

Recommandation 17 : Améliorer l'assiduité des agents aux convocations par l'instauration d'un délai raisonnable.

1.4.2.3. Les points qui aux yeux des auditeurs méritent une vigilance particulière

Bien qu'on les trouve mentionnés dans l'ensemble des objectifs définis dans le PCA, les auditeurs souhaitent néanmoins appeler particulièrement l'attention sur les points suivants.

- a) Certains sont pleinement de la compétence du Pôle.
 - La nécessité d'une veille juridique

Qu'il s'agisse de l'existence d'un « régime contractuel de droit public » qui n'est défini par aucun texte, de la limitation de la prise en charge des frais médicaux aux tarifs de la sécurité sociale, de la transformation des « éléments produits par l'intéressé » en une exigence impérative de témoignage direct d'un accident, les exemples de l'insuffisante armature juridique qui entoure la procédure ne manquent pas. C'est dire toute l'importance que doit revêtir une véritable veille juridique. La veille réglementaire et jurisprudentielle est certes prévue au nombre des quatre missions du BPMA, mais en matière d'AT-MP il s'agit de restaurer le droit positif.

- Les maladies professionnelles

A l'encontre de ce que devait logiquement suggérer l'existence d'un risque AT-MP au sein du régime général de la sécurité sociale, et le fait que même dans le régime fonctionnaire les accidents du travail et les maladies professionnelles sont toujours traités ensemble, il n'en va pas de même à la Ville de Paris. Il en résulte une connaissance plus qu'approximative et une probable sous-estimation, au point que l'un de nos interlocuteurs a qualifié ce sujet de « *terra incognita* ».

Au sein du Service de la médecine statutaire, la section accidents du travail n'inclut pas les maladies professionnelles. Celles-ci sont traitées par le médecin-chef adjoint du service, psychiatre de formation, assisté d'un rhumatologue. L'actuel fonctionnement du Service de la médecine statutaire paraît des plus cloisonnés puisque dans un premier temps le médecin-chef adjoint ne souhaitait pas nous rencontrer, ne voyant pas ce qu'il pouvait nous apporter.

Le Service de la médecine statutaire ne renseigne pas les maladies professionnelles dans Prorisq : la mention que l'on trouve dans le Bilan social résulte d'un traitement manuel. Ainsi le Bilan social 2012 indique-t-il un chiffre de 261 pour 2012 et 171 pour 2011, sans plus de précision sur les tableaux de maladies professionnelles concernés ni la répartition par direction, encore moins la répartition par sexe et par âge.

Interrogé par les auditeurs sur les données dont il pourrait disposer, le médecin-chef adjoint a indiqué qu'il ne disposait d'aucune étude épidémiologique, qu'il n'avait pas les moyens de réaliser ce type d'étude et que cela n'entraîne pas dans ses attributions. Tout au plus a-t-il constaté une montée de la demande de reconnaissance de maladies professionnelles : il avance à titre d'hypothèse explicative l'augmentation du nombre des médecins du Service de médecine préventive et une meilleure information des agents par leurs médecins traitants.

Du tableau intitulé « Reconnaissances en maladie professionnelle 2012 » figurant dans le Bilan d'activité 2012 du Service de la médecine statutaire, on peut tirer les éléments suivants.

Sur 262 reconnaissances, 207 sont concentrées sur le tableau 57, soit 79 %. Le tableau 57 concerne les « affections péri articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail ». Il comprend cinq sections : A Epaule, B Coude, C poignet, main et doigts, D Genou, E Cheville et pied. Parmi ces 207 maladies du tableau 57, 69 sont en A, 55 en B et 78 en C.

Avec 26 cas en 2012, le tableau 98 « Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes » représente 10 %. On relève encore 13 cas du tableau 79 « Lésions chroniques du ménisque ».

Quatre directions concentrent les trois quarts des maladies professionnelles de 2012 : la DPE, la DFPE, la DEVE et la DASCO.

Ces évolutions sont cohérentes avec ce qui est observé sur la France entière⁴⁷. En 2012, les affections péri articulaires ont représenté 78 % de l'ensemble des maladies professionnelles, les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention de charges lourdes 6 % (dans ce dernier cas la proportion observée à la Ville est supérieure).

Les reconnaissances de maladies professionnelles sont passées à la Ville de Paris de 133 en 2008 à 262 en 2012, soit un quasi-doublement.

Dans le régime général, elles ont progressé de 19 %, passant de 45 410 en 2008 à 54 015 en 2012.

- Le traitement des rechutes

Déjà analysé *supra*, ce point est urgent à réformer : il ne faut pas continuer de pénaliser les agents alléguant une rechute en les faisant repasser par « toute la moulinette » de la procédure. Mieux vaudrait concevoir, à l'instar par exemple de la Préfecture de police, un traitement rapide sur dossier.

Il convient également d'en modifier le traitement statistique dans Prorisq, en rattachant la rechute à l'accident initial.

Au cours de la procédure contradictoire, la DRH a fait valoir que « *les rechutes sont bien rattachées à l'accident initial* ».

⁴⁷ Site de l'INRS www.inrs.fr

Ce point mérite en tout état de cause d'être précisé car ce n'est pas l'information recueillie par les auditeurs au cours de leur enquête. Cette discordance plaide en faveur d'une refonte et d'une simplification de la procédure.

- La rétroactivité des décisions

Le Pôle doit impérativement rechercher les moyens de statuer dans un délai raisonnable, qui à notre sens ne devrait pas excéder deux semaines. Il faut ici opérer un véritable renversement : non plus faire subir aux agents des files d'attente anormalement longues, mais adapter les méthodes de travail de façon à obtenir une résorption de ces files d'attente.

- La qualité de l'accueil

Celle-ci passe à la fois par l'amélioration des documents adressés aux agents et par la qualité de l'accueil téléphonique et physique.

Les documents émanant tant de l'ex BPOT que du Service de la médecine statutaire ont été analysés *supra*. Ils doivent impérativement gagner tant en lisibilité qu'en urbanité. La mauvaise qualité de l'accueil physique est plus difficile à objectiver : elle repose sur de nombreux incidents rapportés par les agents.

En tout état de cause, l'accueil doit constituer un élément essentiel d'une véritable démarche qualité.

Les auditeurs ont constaté que cette priorité a déjà été prise en compte par le Pôle et qu'une démarche qualité a été entreprise. Un véritable pôle accueil est en cours de constitution.

De nouveaux documents sont en cours d'élaboration pour remplacer les courriers du Service de la médecine statutaire et du BPOT.

b) D'autres points excèdent la compétence du Pôle

- L'information des agents titulaires comme des agents non titulaires

Comme observé dans le rapport de mission sur les processus maladie complexes, « *la Ville de Paris dispose d'une marge d'amélioration significative s'agissant tant des modalités de cette communication que de l'accompagnement des agents engagés dans ces procédures* ».

On remarquera tout d'abord que le **livret d'accueil** de la Ville de Paris est muet sur le sujet. Les agents nouvellement arrivés pourraient cependant y disposer de notions générales qui leur permettraient, le cas échéant, de savoir où chercher l'information.

La récente réédition du « **guide de l'encadrant** » permet de pallier une lacune. Y figurent deux fiches bien faites « accompagner l'agent lors d'un accident du travail » et « accident du travail », ainsi qu'une fiche peut-être un peu succincte sur les « maladies professionnelles et autres maladies contractées en service ».

En revanche l'**intranet** est à repenser entièrement. Comme souligné dans le rapport de mission sur les processus maladie complexes, « *aucune entrée « agents » n'est clairement identifiable sur Intraparis qui n'observe pas de distinction tranchée entre les accès spécialisés (réseau RH) qui devraient être réservés aux gestionnaires et l'accès RH « grand public » qui devrait constituer un point d'entrée extrêmement lisible. [...] c'est la confusion qui prévaut aujourd'hui entre les rubriques d'information d'IntraParis destinées aux agents et celles rédigées à l'intention des gestionnaires. L'arborescence semble surtout avoir été conçue et renseignée pour ces derniers. Une classification plus rigoureuse s'impose.* »

Les auditeurs partagent ce point de vue, ayant à plusieurs reprises éprouvé de grandes difficultés à retrouver le chemin d'un document déjà vu.

Concernant les documents sur papier, le rapport observe que « *des plaquettes ont été rédigées mais qu'elles ne semblent pas s'inscrire dans une logique d'exhaustivité. Le niveau d'information délivré par ces brochures gagnerait à être homogénéisé et leur contenu élaboré en fonction des attentes spécifiques des agents.* »

On trouvera en annexe 15 la brochure de 2011 sur la déclaration d'un accident du travail.

Comme observé *supra* (1.1.3.3.), l'information des agents non titulaires est encore plus insatisfaisante et mériterait « *une approche spécifique et des brochures dédiées. Il n'est pas toujours sain de la considérer comme une sous-rubrique des procédures générales applicables aux titulaires, surtout lorsque leurs régimes sont nettement moins favorables et/ou spécifiques (invalidité, accidents du travail)* ».

De même l'UCP, dans le document remis aux auditeurs lors de l'entretien du 27/08/2013, demande-t-elle « *une sorte de vademecum de l'accident de service, de travail ou de trajet qui aurait pour finalité de définir les termes, de fournir des exemples concrets et d'exposer schématiquement la procédure, afin que les personnels puissent avoir des connaissances basiques en la matière* ».

- L'accompagnement social et professionnel

Comme le remarque le rapport sur les processus maladie complexes, « *sans qu'il soit pour autant question qu'elle se substitue aux agents dans l'accomplissement des démarches attendues d'eux, il est légitime que l'administration leur apporte un appui en termes d'accompagnement dans ces périodes souvent critiques* ».

Ainsi le rapport préconise-t-il la communication du nom d'une assistante sociale référente et que la possibilité d'un recours à cette assistance figure explicitement dans les notices d'information destinées aux agents. Il suggère aussi la tenue de points réguliers sur les dossiers les plus sensibles entre assistante sociale référente et gestionnaire RH, vraisemblablement au niveau du futur BPMA.

Toutes les organisations syndicales rencontrées ont souligné les difficultés du retour à l'emploi après une longue absence, ainsi que les difficultés du reclassement en cas d'inaptitude à l'emploi précédemment occupé.

Ce dernier sujet est capital, mais il excède quelque peu le cadre du présent rapport et justifierait qu'une mission entière lui soit consacrée.

- Le regroupement du Pôle sur un site unique.

A l'heure actuelle, le BPMA se trouve dans les locaux de la DRH au 2 rue Lobau, alors que le Service de la médecine statutaire est installé 100 rue Réaumur, dans des locaux en location dont le bail expire en 2017.

La mission souligne l'importance d'anticiper la fin de ce bail et de prévoir le regroupement de l'ensemble du Pôle en un même lieu.

*

* *

De façon générale, il paraît important à la mission de recommander que soit accordé au nouveau Pôle le statut d'un **équipement nouveau**, dont les usagers sont les agents de la collectivité parisienne victimes de l'un des processus maladie complexes.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur des ressources humaines a tenu à souligner les points suivants. « *Sur le plan qualitatif, l'amélioration de la prise en charge humaine et sociale des agents engagés dans ces processus est un objectif majeur qui doit être atteint au travers de l'amélioration des délais de traitement, de la clarté des informations apportées, et de l'accompagnement des agents.*

Il me semble aussi important de souligner que l'action du pôle médico-administratif ne peut s'exercer dans le même esprit que l'action du pôle Santé Sécurité au Travail orientée vers la prévention. Le pôle médico-administratif a une fonction de contrôle au nom de l'employeur tant dans son volet administratif que dans son volet médical. Il doit veiller au respect de la réglementation et assurer un traitement équitable des agents au regard de cette dernière. Ce pôle doit donc concilier deux impératifs parfois contradictoires : l'application de la règle de droit et le meilleur accompagnement possible des agents. »

2. LE RECUEIL DE L'INFORMATION

La lettre de saisine de l'Inspection générale mentionne l'hétérogénéité des enregistrements par les directions des accidents du travail qui rend le suivi et l'analyse des causes de ces accidents difficile. Elle évoque aussi l'insuffisante analyse des causes qui fait obstacle à une meilleure prévention des risques professionnels.

Une analyse de la situation a été effectuée par la mission d'inspection hygiène et sécurité et par le bureau de prévention des risques professionnels de la DRH. La lettre de mission demande de mesurer les progrès accomplis depuis la remise de cette analyse à la secrétaire générale fin 2011. Enfin, la lettre de mission invite les auditeurs à échanger avec les directions les plus concernées par les accidents du travail.

A partir des observations de la lettre de mission, les auditeurs se sont attachés à cerner le contexte général de la collecte et de l'utilisation des données relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles puis à mesurer les progrès accomplis et enfin à rendre compte des échanges avec les directions les plus concernées par ces sujets.

2.1. La grande hétérogénéité d'enregistrement des données relatives aux accidents du travail et de service en rend le suivi et l'analyse très difficile

La collectivité parisienne a signé un accord cadre Santé et sécurité au travail (SST) en février 2012 qui l'engage à élaborer des plans d'actions visant à prévenir la survenue des accidents de travail et des maladies professionnelles (AT-MP). Pour en cerner les causes, l'accord prévoit de procéder à plusieurs niveaux à l'étude rétrospective des AT-MP :

- au niveau central pour contribuer à élaborer la politique SST de la collectivité et en mesurer l'efficience ;
- à l'échelle des directions pour contribuer à élaborer la politique SST de la direction et arbitrer les choix techniques, organisationnels, financiers ;
- dans les services pour identifier localement les causes d'atteinte à la santé et y remédier quand cela est possible, prendre les mesures conservatoires nécessaires et solliciter des moyens pour corriger les dysfonctionnements constatés.

L'analyse rétrospective des accidents de service, des accidents de trajet et des maladies professionnelles nécessite, à partir de données fiabilisées, d'adopter des règles méthodologiques communes et des conventions de calcul identiques dans les directions. L'objectif est d'être en mesure de produire un certain nombre d'indicateurs.

Pour mener à bien cette mission, les différents acteurs disposent d'un système d'information constitué des logiciels HR Access Suite 7 (RH 21), du logiciel Prorisq et d'un infocentre appelé ATMP. Le logiciel Prorisq est mis gratuitement à la disposition des collectivités par le fonds national de prévention de la CNRACL. Il permet notamment de suivre les déclarations d'accidents du travail et les demandes de reconnaissance de maladies professionnelles. L'infocentre ATMP a été mis en production à la Ville de Paris en 2009 avec une reprise des données depuis l'année 2007. Il est alimenté par le logiciel de gestion administrative HR Access Suite 7 (ex RH 21) et par Prorisq. Bien renseigné, ce système d'information permet de produire des indicateurs fiables.

Il convient dès lors de s'interroger sur la façon dont sont enregistrées les données et d'apprécier la qualité des indicateurs à tous les échelons de la collectivité parisienne.

2.1.1. La qualité de l'enregistrement des données est un préalable à une analyse de qualité

L'enregistrement des données en matière d'accident de service et de trajet et de maladie professionnelle fait intervenir des acteurs différents œuvrant dans des secteurs différents. Les enregistrements permettent de produire une liste d'indicateurs précisément énoncés dans l'accord SST. Ces indicateurs sont de trois types, relatifs aux dénombrements, aux éléments qualitatifs, aux indicateurs calculés. Les enregistrements portent suivant les cas sur des événements déclarés ou sur des événements reconnus. Ils concernent les accidents du travail et les maladies professionnelles. La population des agents disposant d'un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) ou percevant une allocation temporaire d'invalidité est suivie elle aussi.

2.1.1.1. Les indicateurs de dénombrement

Ils s'attachent aux événements déclarés (nombre de déclarations d'accidents de service, de trajet, nombre d'arrêts), aux événements reconnus (nombre d'accidents de service, de trajet avec et sans arrêt de travail, nombre de maladies professionnelles, nombre de maladies contractées en service, nombre de jours perdus du fait des différents événements reconnus, nombre de personnes disposant d'un taux d'IPP, nombre d'ATI). On distingue ceux relatifs aux accidents de service/trajet de ceux concernant les maladies professionnelles.

- Les accidents de service et de trajet

L'enregistrement des données relatives aux accidents de service/trajet et des jours de travail perdus qu'ils occasionnent est effectué par les UGD qui saisissent les informations dans Prorisq. La qualité des saisies effectuées pour produire les indicateurs de dénombrement s'apprécie selon la régularité et les délais de saisie et selon que des informations sont ou non saisies.

La régularité et les délais de saisie influent fortement sur la qualité des indicateurs présentés dans les bilans trimestriels établis par les directions sur les événements déclarés. Les UGD, en fonction de leur charge de travail, peuvent être amenées à reporter la saisie des accidents dans Prorisq à des périodes d'activité moins chargées. Leur priorité est de renseigner le logiciel de gestion administrative « HR access suite 7 » qui gère notamment la paie des agents. D'une direction à l'autre, d'une UGD à l'autre, d'une période d'activité à une autre, les données peuvent être saisies plus ou moins rapidement, plus ou moins régulièrement.

Un élément explicatif de l'hétérogénéité de saisie proviendrait de l'absence de saisie dans Prorisq des déclarations d'accidents de service et de trajet qui ne sont pas accompagnées d'un arrêt de travail. Cette situation a été suggérée aux auditeurs lors d'entretiens. Les UGD rencontrées ont démenti cette affirmation. En tout état de cause, ce cas de figure n'a pu être objectivé dans le cadre de la présente étude et ses conséquences éventuelles n'ont pu être mesurées. On précisera cependant que les règles établies et diffusées par la DRH à ce sujet précisent que toutes les déclarations doivent être enregistrées sans exception.

Sur les bilans produits annuellement, l'incidence des délais de saisie est plus faible. Pour les événements déclarés, les saisies effectuées à dates irrégulières sont lissées. Pour les événements reconnus, les indicateurs s'appuient sur des éléments rétroactifs qui sont plus stabilisés. Les indicateurs de dénombrement portant sur les accidents de service et de trajet, cas mis à part de ceux figurant dans les états trimestriels, peuvent donc être considérés comme représentatifs de la situation de la collectivité pour les agents publics.

En résumé, l'hétérogénéité d'enregistrement par les UGD des directions est toujours présente. Elle constitue une cause de dégradation de la qualité des indicateurs de

dénombrement des accidents de service et de trajet produits trimestriellement. Cette dégradation est limitée pour les états produits annuellement. Pour remédier à cette situation, il conviendrait de fixer un délai maximal de saisie des données dans Prorisq. Le BPRP de la DRH estime ce délai maximal à 15 jours après l'accident à l'aide des documents fournis par le supérieur hiérarchique de l'agent concerné (certificat médical initial, rapport hiérarchique, données administratives).

Recommandation 18 : Faire respecter par les UGD un délai de 15 jours après l'accident pour renseigner Prorisq à l'aide des documents fournis par le supérieur hiérarchique de l'agent concerné (certificat médical initial, rapport hiérarchique, données administratives).

- Les maladies professionnelles, les IPP et les ATI

Le dénombrement des agents victimes d'une maladie professionnelle et de ceux bénéficiant d'un taux d'invalidité partielle permanente relève du service de médecine statutaire. Les données les concernant ne sont pas suivies dans Prorisq, le Service de la médecine statutaire n'utilisant pas ce logiciel. Le suivi et le dénombrement des agents concernés reposent sur des tableaux sous Excel accompagnés d'un suivi manuel.

Deux indicateurs de dénombrement concernent les personnes disposant d'un taux d'IPP inférieur ou égal à 10 % et celles disposant d'un taux supérieur à 10 %. Le SMS établit, par direction, le dénombrement des agents bénéficiaires d'un taux d'IPP de 1 à 9 % et de ceux bénéficiaires d'un taux d'IPP supérieur ou égal à 10%, précisant que ce décompte correspond « *aux dossier conclus en année n* » sans référence à l'année pendant laquelle est intervenue la déclaration de l'évènement générateur. Le nombre d'agents bénéficiaires d'un taux d'IPP est donc un indicateur d'utilisation difficile. Au cours des entretiens, les auditeurs ont recueilli le témoignage d'un agent auquel le médecin du Service de la médecine statutaire a proposé le choix entre deux options après un accident de travail : soit l'attribution d'un taux d'IPP inférieur à 10 % n'ouvrant pas droit à pension, soit la remise d'une lettre afin de décharger l'agent de certaines tâches quotidiennes. Ce type de situation est de nature à dégrader la pertinence de l'indicateur considéré. On notera que les taux d'IPP inférieurs à 10 % prononcés de manière successive peuvent se cumuler et permettre à un agent d'atteindre le taux de 10 % générant le versement d'une allocation temporaire d'invalidité. Dans le cas d'espèce cité plus haut, l'agent mentionné n'a pas été informé de cette possibilité qui aurait pu éclairer son choix.

La fiabilisation des données relatives aux maladies professionnelles passe par l'informatisation du SMS. Cet objectif déjà ancien, même si des actions sont engagées, reste encore aujourd'hui un objectif. L'amélioration de la connaissance et de l'exploitation au niveau central des données concernant les maladies professionnelles est subordonnée au renseignement régulier de Prorisq par le Service de la médecine statutaire.

Un indicateur recensé par l'accord SST concerne le dénombrement des agents bénéficiaires d'une allocation temporaire d'invalidité. Sauf erreur, cet indicateur n'est pas suivi.

2.1.1.2. Les indicateurs qualitatifs

Les indicateurs qualitatifs concernent les tâches effectuées au moment de l'accident, les évènements matériels, les facteurs potentiels qui y sont associés ainsi que l'identification du siège des lésions occasionnées par un accident de service.

L'enregistrement dans Prorisq des données qualitatives, toutes directions confondues, était jusqu'à récemment une tâche confiée aux UGD. Cette organisation s'est traduite, dans la plupart des cas, soit par une absence de saisie de ces éléments, soit par des saisies partielles, soit par des saisies erronées. Fin 2012, la direction de la propreté et de l'eau (DPE) a organisé la formation de ses préventeurs et, depuis 2013, pour cette seule

direction, ce sont les techniciens de prévention qui saisissent systématiquement dans Prorisq les éléments qualitatifs relatifs aux accidents de service. Pour les autres directions, peu de choses ont changé à cet égard. Le BPRP de la DRH estime que, DPE mise à part, dans 90% des cas, la saisie des éléments qualitatifs reste soit absente, soit partielle, soit de mauvaise qualité et en tout état de cause l'exploitation des éléments qualitatifs à partir de l'infocentre ATMP ne permet pas d'effectuer des synthèses fiables.

En d'autres termes, actuellement, au niveau central, il reste difficile de piloter une politique de prévention des risques de la collectivité parisienne à partir des données d'analyse extraites de l'infocentre ATMP. DPE mise à part, la situation n'a quasiment pas évolué depuis la remise du rapport fin 2011 à la secrétaire générale. Cette observation vaut également pour les maladies professionnelles qui ne sont pas suivies dans Prorisq.

Pour remédier à cette situation, il convient de former à l'utilisation de Prorisq l'ensemble des agents participant à la prévention des risques et de leur confier l'enregistrement dans Prorisq des données qualitatives en tenant compte cependant du fait que toutes les directions ne disposent pas d'un BPRP. A cet égard on peut distinguer trois groupes de directions :

- les « grosses » directions, à savoir la DPE, la DEVE, la DVD, la DPA la DAC, la DASES, la DFPE, la DASCO, la DRH qui disposent d'un BPRP constituent le premier groupe ;
- le second groupe rassemble des directions disposant d'une structure de prévention des risques, mais sous-dimensionnée. C'est le cas de la DPP dont le BPRP est constitué de deux agents. Son effectif doit être très prochainement renforcé. La DJS dispose d'un ergonome constituant à lui seul le BPRP de la direction. La DUCT présente un effectif identique à celui de la DJS avec un ergonome seulement.
- le troisième groupe est constitué par les directions en principe moins concernées par la problématique des accidents de service. Pour celles-ci, le BPRP de la DRH est « mutualisé ». Son rôle consiste dans un accompagnement technique. Il intervient notamment comme « consultant » en amont de la rédaction du document unique de la direction pour décrire les éléments dangereux et préconiser les aménagements des postes de travail.

2.1.1.3. Les indicateurs calculés

Les indicateurs calculés automatiquement permettent de suivre des taux (de sinistralité, de fréquence), la durée moyenne d'arrêt de travail ventilée suivant différents critères, des indices de fréquence.

Ces indicateurs sont établis en utilisant des requêtes effectuées à partir de l'infocentre ATMP. La qualité des indicateurs produits dépend donc non seulement de l'exactitude, de la régularité et de la rapidité d'enregistrement des données déjà évoquées mais aussi de la standardisation des requêtes et de la date à laquelle elles sont effectuées. L'exactitude des enregistrements peut être prise en défaut pour ce qui concerne le mode de saisie dans Prorisq des arrêts de travail consécutifs à une rechute pour un accident de service ou de trajet. Les auditeurs ont constaté, comme cela a été mentionné *supra*, que les UGD, dans ce cas de figure, enregistrent un nouvel événement auquel est associée une durée d'arrêt de travail. Cette situation conduit à une dégradation de la qualité de certains indicateurs calculés. S'agissant de la standardisation des requêtes, l'accord SST de février 2012 prévoit que « des repères méthodologiques communs tels que notamment des règles précises d'extraction des données, des conventions de calcul des indicateurs les plus courants ou des requêtes communes pour l'infocentre ATMP seront fixées début 2012 et s'imposeront à l'ensemble des directions cette même année, pour l'ensemble de leur production statistique en matière d'AT/ATS et de maladie professionnelle ».

Sauf élément qui n'aurait pas été porté à la connaissance des auditeurs, il n'existe pas actuellement de référentiel commun imposé à l'ensemble des directions pour l'extraction

des données à partir de l'infocentre ATMP. Le BPRP de la DRH a communiqué aux auditeurs un projet de ligne directrice destinée à constituer ce référentiel. Ce projet qui fait l'objet d'une description *infra* traite à la fois des règles communes d'enregistrement et d'extraction des données, répondant ainsi à l'engagement pris dans l'accord SST. Ce projet de ligne directrice communiqué fin décembre 2013 aux auditeurs doit encore être évalué et approuvé avant d'être adopté par l'ensemble des acteurs et devenir pleinement opérationnel. Les délais nécessaires à l'évaluation et à l'approbation de la ligne directrice ne sont pas estimés.

En d'autres termes, pour répondre à la question posée par la lettre de mission, les règles communes destinées à homogénéiser les pratiques en matière d'enregistrement et d'extraction de données des AT/ATS ne sont pas encore connues de l'ensemble des acteurs. On ajoutera que la lettre de mission de l'Inspection générale n'évoque que la question des accidents de service et de trajet, alors que l'accord SST englobe le sujet des maladies professionnelles. Pour ces dernières, l'absence de suivi dans Prorisq fait obstacle à leur suivi et à leur analyse de façon centralisée.

2.1.2. Le suivi et l'analyse

La lettre de saisine de l'Inspection générale relève la grande hétérogénéité d'enregistrement par les directions des accidents du travail qui rend leur suivi et leur analyse très difficile.

Ce suivi et cette analyse des accidents du travail doivent reposer sur la fiabilisation des données et des outils. Cette fiabilisation est engagée depuis la mise à disposition des acteurs de l'outil Prorisq en 2007 et le déploiement de l'infocentre AT-MP en 2009. Toutefois, l'accord SST de février 2012 mentionne qu'en complément des approches statistiques des enquêtes « post accidents » conduites par deux membres du CHS de la direction (un représentant de l'administration et un représentant du personnel) sont effectuées. Ces dernières se déroulent dans les conditions prévues par l'article 41 du décret n°85-603 du 10 juin 1985.

Sur ces questions, deux situations doivent être distinguées.

2.1.2.1. Le suivi et l'analyse des accidents de service par les directions

Le suivi et l'analyse sont faits au niveau des directions les plus concernées par la problématique AT-MP. Ils servent de support à la mise en place des politiques de prévention des accidents du travail. Il reste à renseigner Prorisq pour que l'échelon central puisse initier au besoin des politiques de prévention transversales en s'appuyant sur les données extraites de l'infocentre AT-MP.

En résumé, le suivi et l'analyse des accidents du travail sont effectués par le bureau de prévention des risques des directions qui en possèdent un. Ces directions conduisent à partir de ces éléments de suivi et d'analyse des politiques de prévention qui relèvent de leur responsabilité avec les dangers et les spécificités propres à chacune. Toutefois, les éléments d'analyse n'étant pas enregistrés dans Prorisq par la quasi-totalité des directions, l'échelon central ne peut disposer au mieux que des éléments d'analyse des directions. Ces éléments sont présentés sous des formats différents, établis à des dates différentes, rendant difficile leur exploitation afin de piloter des politiques de prévention transversales.

Cette situation est illustrée par la déclaration d'un représentant syndical consignée dans le PV du CHS central du 30 juin 2011. L'intervenant déplore le « *flou actuel* » en matière de prévention tant pour les partenaires sociaux que pour l'administration alors que des actions sont conduites « *fort heureusement* ». Le rapport demandé par le secrétariat général au BPRP de la DRH et à la mission hygiène et sécurité dit à peu près la même chose puisqu'on y lit que « *l'objectif est de donner à plusieurs niveaux de la hiérarchie les*

éléments et les indicateurs qui vont lui permettre de piloter véritablement une politique SST... Les directions ont mis en place des moyens de prévention et il y a plusieurs actions en cours pour maîtriser les accidents. Ce qui est moins visible, parce que les indicateurs ne sont pas clairs, ce sont les résultats ».

On ajoutera que ce constat est particulièrement pertinent pour ce qui concerne les maladies professionnelles pour lesquelles les directions mettent en place un ensemble de dispositifs d'information, de formation et de prévention, notamment pour ce qui concerne la prévention des troubles musculo-squelettiques. Les éléments de la politique de prévention sont faciles à exposer, les résultats impossibles à quantifier actuellement.

Recommandation 19 : Confier aux bureaux de prévention la saisie des données relatives à l'analyse des accidents dans Prorisq.

2.1.2.2. Les enquêtes post-accident

Les enquêtes post-accident ne sont pas systématiquement effectuées et d'une manière générale elles le sont rarement. Ces enquêtes constituent donc une ressource limitée pour alimenter la réflexion sur les politiques de prévention à mener. La DRH a interrogé les directions à l'occasion de groupes de travail pour connaître leur pratique à cet égard. Des éléments communiqués par le BPRP de la DRH, il ressort que seules la DPE et la DEVE se sont engagées sur cette voie avec deux approches différentes. La DPE convoque les agents victimes d'un accident dans les services centraux pour un « debriefing » de l'accident. La DEVE envoie sur le terrain des assistants de prévention formés à la DEVE munis de questionnaires d'enquête standardisés. Le BPRP de la DRH note « *qu'aucune de ces approches n'a, semble-t-il, de caractère systématique* ».

Ces enquêtes sont cependant organisées dans un cadre réglementaire. Le décret modifié n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale prévoit notamment l'information des membres du CHSCT en cas d'accident du travail. Les membres du CHSCT doivent pouvoir en analyser les causes et proposer des mesures de prévention. En cas d'accident grave ou d'accidents répétés révélant un risque grave, une enquête doit être réalisée par une délégation comprenant un représentant du personnel et un représentant de l'employeur.

Recommandation 20 : Respecter les dispositions du décret 85-603 du 10 juin 1985 en matière d'enquête post-accident.

2.2. Les progrès accomplis depuis l'analyse produite en 2011 à la demande de la Secrétaire générale

Le 16 novembre 2010, la Secrétaire générale a saisi conjointement le chef du bureau de la prévention des risques professionnels et le chef de la mission inspection hygiène et sécurité en vue de procéder à un audit sur l'analyse des causes, les procédures et le suivi des accidents de travail et maladies contractées en service. Il était notamment demandé aux auditeurs de définir en lien étroit avec les directions des procédures précises d'enquêtes et d'analyse des causes adaptées à la gravité variable des accidents et maladies et qui pourraient être mises en œuvre de manière simple et systématique par toutes les directions municipales dès le mois de juin 2011.

Ce rapport a fait l'objet d'une présentation partielle le 30 juin 2011 au CHS central pour ce qui concerne les données relatives à l'accidentabilité et à l'accidentologie de la collectivité parisienne pour les années 2007 à 2009.

Le rapport définitif établi fin 2011 incluant des développements sur la production des données, leur qualité et le système d'information utilisé pour le suivi des accidents de service et de trajet a été présenté par les rédacteurs à un groupe composé de la secrétaire générale, du secrétaire général délégué, des trois secrétaires généraux adjoints ainsi que du directeur des ressources humaines. La diffusion institutionnelle du rapport s'est, semble-t-il, limitée au cercle précité. La plupart des personnes rencontrées lors des auditions de l'inspection générale n'en avaient pas connaissance. Dans ces conditions, il est difficile de faire de ce document un référentiel pour l'ensemble des directions de la Ville de Paris afin d'améliorer l'enregistrement et l'exploitation des données relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Ce rapport a cependant servi à alimenter le dialogue social et il a inspiré la rédaction de l'accord cadre SST de février 2012 qui reprend à son compte les objectifs en matière de statistiques AT-MP et d'enquêtes post-accident que les rapporteurs préconisent. L'accord cadre SST liste une vingtaine d'indicateurs de base à produire systématiquement. Ils doivent permettre de suivre, évaluer, orienter et initier les actions de prévention des risques professionnels notamment dans les domaines prioritairement définis dans l'accord SST de février 2012.

2.2.1. La prise en compte des recommandations du rapport

Les rapporteurs formulaient dix propositions d'amélioration qui peuvent être regroupées selon trois thèmes : la production d'éléments chiffrés et d'études, le positionnement et l'évolution de certains acteurs et services, et enfin les questions d'information, de sensibilisation et de qualification.

C'est cet ensemble qui a été retenu pour mesurer les progrès accomplis depuis la remise du rapport fin 2011 à la secrétaire générale.

2.2.1.1. La production d'éléments chiffrés et d'études

Les recommandations 7 et 8 portent sur la production de rapports annuels et de tableaux de bord à partir de l'infocentre AT-MP. Ces documents sont produits avec une bonne qualité pour les rapports annuels qui traitent d'événements reconnus dont le dénombrement est stabilisé (il s'agit de bilans rétrospectifs). Les tableaux de bord trimestriels sont d'une qualité moins affirmée car ils portent sur les événements déclarés qui ne sont pas stabilisés. Le processus d'amélioration est cependant en cours avec la rédaction d'une ligne directrice fixant des règles communes à l'ensemble des acteurs (voir *infra*). La recommandation 9 vise la production d'études et d'analyses complémentaires à partir de l'infocentre AT-MP en associant la DRH à la définition des protocoles d'étude. Les données qualitatives saisies dans Prorisq étant actuellement au mieux parcellaires, la satisfaction de cette recommandation passe par l'adoption par l'ensemble des acteurs de la ligne directrice établie sous le pilotage de la DRH. Cette condition n'est pas encore remplie.

2.2.1.2. Le positionnement et l'évolution des acteurs

Les rapporteurs relevaient l'insuffisance des moyens de certains services qui s'opposent à la réalisation des objectifs qui leurs sont fixés et déploraient les absences répétées des agents aux convocations de l'administration (recommandation 2). A partir de ce constat, ils proposaient de proportionner les moyens des services aux objectifs qui leurs sont fixés et de créer les conditions du respect par les agents des convocations qu'ils reçoivent du Service de la médecine statutaire.

Ce dernier point a été traité *supra*.

La création à partir de novembre 2013 du Pôle Médecine statutaire et procédures médico-administratives constitue la réponse à l'insuffisance de moyens déplorée. Cette

modernisation n'en est cependant qu'à son tout début et il est en tout état de cause impossible de prédire actuellement si cette restructuration se traduira par les améliorations souhaitées par les rapporteurs. On se limitera à observer que cette évolution s'imposait et que les options prises paraissent pertinentes.

Les rapporteurs proposaient aussi de positionner les BPRP des directions comme « *des acteurs essentiels du suivi des accidents de travail/service et des maladies professionnelles* » (proposition 5). Cette proposition vise à transférer aux techniciens de prévention des BPRP des directions la réalisation de l'analyse des accidents de service ainsi que la saisie Prorisq des éléments qualitatifs recueillis. Cette tâche, initialement confiée aux UGD, n'est pas remplie de façon satisfaisante. Cette proposition ne s'est traduite dans les faits que partiellement, la DPE étant la seule direction à avoir adopté de manière systématique, depuis le début de l'année 2013, cette recommandation. Il faudra, dans ce cas aussi, attendre le déploiement de la ligne directrice établie sous le pilotage du BPRP de la DRH pour que cette recommandation puisse être adoptée. Cette perspective peut être envisagée à court terme.

2.2.1.3. L'information, la sensibilisation et la qualification des agents

L'information des personnels fait l'objet de la proposition n°10. Elle se fait par voie d'affichage, par la présence d'une documentation abondante sur le site de la DRH et par l'organisation de formations pour les agents (par exemple en ce qui concerne les gestes et postures pour prévenir la survenue de troubles musculo-squelettiques à la DFPE). L'information par voie d'affichage, bien présente, se heurte parfois à l'insuffisance de maîtrise de la lecture chez certaines catégories de personnels. La documentation en ligne sur IntraParis est d'une grande difficulté d'accès en raison de la complexité de la recherche d'information. Ces réserves étant exprimées, l'information est réellement diffusée dans les directions.

La recommandation 1 portait sur l'information des directeurs « *par la diffusion du présent rapport* ». Comme cela a été dit précédemment, les auditeurs de l'IG n'ont pas trouvé de trace de la diffusion du rapport au-delà d'un cercle constitué par le secrétariat général et la DRH. Les personnes rencontrées pendant la mission de l'IG ont déclaré pour la plupart ignorer l'existence de ce rapport.

La recommandation 4 proposait de qualifier les membres des CHS en vue de la réalisation des enquêtes post accident pour les accidents graves ou répétitifs et les maladies professionnelles. Cette amélioration ne concerne que quelques rares directions et de façon partielle. La DEVE par exemple déclare ne réaliser que 10 % des enquêtes de ce type en raison du manque de disponibilité des acteurs. Les données recueillies lors de ces enquêtes devraient être saisies dans Prorisq par le BPRP de la direction concernée, situation qui est peu fréquente, DPE exceptée.

Enfin, la proposition 3 prévoyait de sensibiliser l'encadrement à effectuer un suivi plus attentif des procédures de déclaration d'accidents du travail et à analyser systématiquement les AT-MP. L'intervention de l'encadrant se fait à travers le rapport hiérarchique qui est une des pièces constitutives du dossier de déclaration d'accident. L'amélioration du rapport hiérarchique est conditionnée par l'intervention des techniciens de prévention telle qu'elle est prévue dans la ligne directrice.

2.2.2. La ligne directrice

Le suivi de l'accidentabilité à partir de l'infocentre AT-MP est actuellement imparfait en raison de la qualité d'enregistrement de certaines données dans Prorisq. Les conditions d'amélioration imposent la rédaction d'une ligne directrice destinée à servir de référentiel à l'ensemble des acteurs et à rendre homogènes leurs pratiques. Le rapport remis à la secrétaire générale préconisait la rédaction de cette ligne courant 2012.

Dans le cadre de la mission confiée à l'IG, le chef du BPRP de la DRH a remis aux auditeurs courant décembre 2013 un projet de ligne directrice établi par un groupe de travail qu'il a été chargé de piloter. Ce document est en cours de validation. Il est destiné à fixer les règles de production et d'exploitation des statistiques et à donner les règles d'exploitation des outils Ville. Après validation, ce document devrait être diffusé à l'ensemble des directions et des agents participants à la production de statistiques, c'est-à-dire les BPRP des directions, les responsables du contrôle de gestion des directions, les SRH des directions et notamment les UGD, ainsi que la Mission analyses, prévisions, emplois (MAPE). Cette diffusion devrait être accompagnée d'une note du Secrétariat général pour insister sur le caractère impératif de cette ligne directrice.

On peut ajouter qu'elle constitue un préalable pour satisfaire certaines dispositions du cadre légal défini par le décret 85-603 du 10 juin 1985 modifié en matière de suivi et d'étude des accidents de travail/ service et des maladies professionnelles.

Il convient d'en préciser les objectifs et d'en cerner les composantes.

Les UGD devraient enregistrer dans Prorisq sous 15 jours les données des accidents du travail déclarés. La saisie erratique des données nuit aujourd'hui à la qualité des données statistiques produites. Le Service de la médecine statutaire doit lui aussi entrer les données concernant les maladies professionnelles dans Prorisq car aujourd'hui leur suivi statistique n'est qu'embryonnaire.

- L'objectif

L'objectif est, a minima, d'être en mesure de produire une série de documents dans les directions ou groupes de directions. Doivent être établis un tableau de suivi mensuel ou trimestriel des événements déclarés et un tableau annuel des événements reconnus. Ce dernier est établi à partir de données consolidées permettant de réaliser un bilan des atteintes à la santé du fait du travail.

Au niveau central et dans les directions, l'objectif est de produire des états rétrospectifs et thématiques destinés à approfondir la connaissance des causes et des effets des accidents et maladies grâce à des requêtes libres dans Prorisq ou dans l'infocentre AT-MP.

La ligne directrice constitue selon le BPRP de la DRH le cadre général instauré par la collectivité parisienne pour respecter son engagement inscrit dans l'accord sécurité et santé au travail du 02 février 2012 qui prévoit, notamment, de généraliser et d'harmoniser l'étude prospective des AT-MP pour constituer un levier fort de la politique de santé et de sécurité au travail.

- Les composantes de la ligne directrice

C'est un ensemble de cinq fiches thématiques destinées à fixer des règles méthodologiques communes et des conventions de calcul identiques adoptées par toutes les directions pour l'établissement des statistiques ATMP. Chaque fiche aborde un thème.

La fiche 0 décrit le cadre général de l'analyse rétrospective des accidents du travail et des maladies professionnelles à partir des applications informatiques à la disposition des acteurs. Pour être opérationnelle, l'analyse doit être déclinée au niveau central, à l'échelle des directions et dans les services. Elle associe la réalisation de bilans périodiques, le suivi de tableaux de bord et la pratique, avec au niveau local des enquêtes post AT-MP.

La fiche 1 traite des données. Elle détaille le cadre général de leur enregistrement dans Prorisq et les règles pour leur extraction à des fins statistiques à partir de l'infocentre ATMP.

Pour fiabiliser le recueil des données, deux acteurs, les UGD et les techniciens de prévention, doivent saisir les données ATMP dans un délai limité à 15 jours à compter de la date de déclaration de l'accident :

- les UGD dans HR Access suite 7 et dans Prorisq,
- les techniciens de prévention dans Prorisq pour les données relatives à l'analyse des accidents (appelées aussi données qualitatives).

Cette fiche précise qu'une formation GRH4 est donnée systématiquement aux UGD, un des objectifs de cette formation étant de savoir utiliser Prorisq. Pour les assistants de prévention, la fiche se limite à indiquer que les agents de la DPE ont été formés et que cette action s'accompagne d'une baisse significative des causes d'accident inconnues ou non renseignées. Cette catégorie d'agents est donc simplement incitée à se former à l'utilisation du logiciel Prorisq. Cette incitation semble timide et en tout état de cause insuffisante pour espérer améliorer le potentiel de l'infocentre ATMP et la qualité des analyses qu'il autorise. La formation des assistants de prévention à l'utilisation de Prorisq devrait être obligatoire.

Recommandation 21 : Rendre obligatoire la formation des assistants de prévention à l'utilisation de Prorisq.

Les règles pour l'extraction des données doivent aussi être communes. La fiche 1 préconise que les données trimestrielles portant sur les événements déclarés soient extraites depuis l'infocentre ATMP la première semaine du deuxième mois suivant le trimestre ciblé.

L'enregistrement des données encadré dans un délai contraint et associé à des règles d'extraction des données stables doit permettre d'éliminer les différences constatées par le secrétariat général entre les éléments statistiques transmis par les directions et ceux fournis au niveau central par le BPRP de la DRH.

La fiche 2 traite de la production du tableau de bord trimestriel. Ce tableau de bord est réalisé au niveau des directions et au niveau central. Il porte sur les événements déclarés. La requête à effectuer par les bureaux de prévention des directions a été définie par le BPRP de la DRH en collaboration avec les BPRP des directions les plus concernées par la problématique des accidents du travail. Les dates d'extraction des données depuis l'infocentre ATMP sont précisées et les commandes à effectuer sont décrites et illustrées dans la fiche.

On notera que la fiche 2 préconise d'utiliser le filtre « seulement agent » pour l'extraction des données, situation qui conduit à écarter des statistiques les agents de droit privés (classifiés « non agents » dans l'infocentre ATMP). On a vu toutefois *supra* que par ailleurs les instructions diffusées aux UGD par le BPOT prohibent la saisie des accidents des agents de droit privé dans Prorisq⁴⁸. En tout état de cause, l'exclusion des « non agents » paraît difficile à justifier. Les auditeurs préconisent d'organiser la saisie des données de l'ensemble des agents de la collectivité parisienne, quel que soit leur statut.

Recommandation 22 : Organiser la saisie dans Prorisq des données concernant l'ensemble des agents de la collectivité parisienne, quel que soit leur statut.

La fiche 3 est consacrée à la production d'un bilan annuel AT-MP. Etabli par les directions pour leur CHS et au niveau central par le BPRP de la DRH pour être présenté au CHS

⁴⁸ En effet le document diffusé aux UGD par le BPOT prescrit la saisie dans Prorisq pour les agents fonctionnaires titulaires et stagiaires et pour les contractuels de droit public mais l'écarte pour les vacataires et agents de droit privé. Ce document figure en annexe 4.

central, il fait l'objet d'une requête spéciale définie par les mêmes acteurs que ci-dessus. Il porte sur des données consolidées reconnues de l'année n-1. L'extraction est effectuée pendant le dernier trimestre de l'année en cours en activant le filtre « seulement agents ». Des copies d'écran illustrent les descriptions des commandes à effectuer.

La fiche 4 est consacrée aux requêtes libres dans l'infocentre AT-MP. Elle évoque des requêtes destinées à effectuer des analyses fines et approfondies des accidents et de leurs causes. Leur construction nécessite toutefois une formation spécifique. Les règles pour l'extraction des données sont rappelées, accompagnées d'un exemple de construction de requête et d'édition d'un rapport.

En résumé, la ligne directrice élaborée sous le pilotage du BPRP de la DRH constituera le référentiel permettant de mesurer, à partir des données extraites de l'infocentre ATMP, les progrès effectués depuis la remise du rapport d'expertise fin 2011 à la secrétaire générale. On observera cependant que le projet de ligne directrice remis aux auditeurs n'évoque pas les conditions d'enregistrement et d'extraction des éléments obtenus à l'occasion des enquêtes post accidents prévues par le décret du 10 juin 1985.

2.2.3. La rencontre de quatre directions de la Ville

Conformément à la demande formulée dans la lettre de mission, les rapporteurs ont rencontré des représentants des directions de la Ville parmi les plus concernées par les accidents du travail afin d'échanger sur ce thème. Quatre directions sont à ce titre, représentatives, la DPE, la DEVE, la DPP et la DFPE.

2.2.3.1. La direction de la propreté et de l'eau (DPE)

La DPE regroupe environ 7 500 agents (dont une quarantaine de non titulaires) parmi lesquels 6 600 sont affectés au Service technique de la propreté de Paris (STTP) et 500 au Service technique de l'eau et de l'assainissement (STEA). On dénombre 5 000 éboueurs et chefs d'équipe du nettoyage et 230 égoutiers et chefs égoutiers. La DPE est « la » direction pilote en matière d'accidents de service et d'actions de prévention à la Ville de Paris. Elle dispose d'un bureau de prévention des risques professionnels regroupant en central cinq agents de catégorie A particulièrement qualifiés en matière de prévention des risques professionnels et un agent de catégorie B avec un profil de technicien supérieur.

Le dimensionnement de cette entité est à mettre en rapport avec les effectifs concernés, la diversité et la dangerosité des activités exercées par ces agents sur l'espace public ou dans le réseau des égouts et la dispersion géographique des implantations de la direction.

Le STEA dispose d'un bureau santé sécurité au travail rattaché hiérarchiquement au STEA et fonctionnellement au BPRP de la DPE. Les auditeurs n'ont cependant rencontré que les représentants du BPRP de la DPE.

Sur le terrain, il y a dans chaque division territoriale un assistant de prévention, agent de catégorie B, qui se consacre à plein temps à des activités de prévention. Il est placé hors hiérarchie dans la division où il intervient. L'assistant de prévention fait un point trimestriel avec chaque responsable de division. La DPE a mis en place une fiche process qui permet d'analyser les accidents du travail, et ensuite d'établir une fiche action.

Cette fonction de proximité est indispensable car elle permet d'alerter, de remonter des préoccupations des agents et de décliner les actions au plus près de la réalité du terrain.

L'assistant de prévention de la DPE est issu du métier. C'est lui qui renseigne Prorisq pour ce qui concerne les données qualitatives. La DPE estime que le renseignement de la partie analyse de Prorisq pour les AT est à présent professionnalisé.

Les interlocuteurs de la DPE rencontrés affirment que tous les accidents de service font l'objet d'une analyse systématique avec l'élaboration d'un arbre des causes.

La DPE a tenu à souligner que « *le BPRP joue un rôle important en matière de dialogue social, car les questions d'hygiène, de santé et de sécurité au travail font l'objet d'une attention particulière au sein de la direction. La DPE organise régulièrement des CHS dédiés pour les services techniques de la propreté et de l'eau et de l'assainissement, ainsi que des commissions thématiques (habillement et équipements de protection individuelle, registres santé et sécurité au travail, troubles musculo-squelettiques...) issues de ces instances paritaires. [...] ces échanges avec les partenaires sociaux permettent d'agir sur le quotidien des agents et d'améliorer concrètement leurs conditions de travail.* »

Les égoutiers de la DPE sont confrontés à des maladies professionnelles (leptospirose transmise par les rats, affections broncho-pulmonaires liées au brai de houille présent sur les colonnes d'adduction d'eau...). La DPE s'est attaché les services d'un expert pour définir un protocole d'intervention destiné à prévenir l'apparition de ce type d'affection.

Le bilan des accidents de travail pour l'année 2012 présenté le 27 novembre 2013 au CHS du service technique de la propreté de Paris de la DPE reconnaît que, pour une partie des accidents, les données concernant les arrêts et leur durée n'étaient pas correctement renseignées dans Prorisq. La situation s'est améliorée et l'effort se poursuit depuis avec notamment l'optimisation de l'enregistrement des déclarations d'accidents. Le procès-verbal du CHS précise que « *le bilan 2013 évoluera encore sur la base du seul duo Prorisq-infocentre AT-MP, renforcé par la nouvelle procédure qui implique l'assistant de prévention dans le traitement de la déclaration d'accident* ». C'est en effet l'assistant de prévention qui renseigne désormais le volet analyse de l'accident en lieu et place de l'UGD qui ne possédait pas les éléments techniques utiles au traitement de cette partie de la déclaration.

Le bilan indique par exemple qu'une analyse fine des 82 accidents de trajet recensés dans la direction a pu être faite en 2012 grâce aux analyses des assistants de prévention. L'approche a consisté à différencier ces accidents selon le moyen de transport utilisé au moment de l'accident.

La DPE note que la fiabilisation des données en matière d'accident du travail posée comme prioritaire par l'accord SST de février 2012 et par le plan pluriannuel de la DPE est effectivement en cours. Le bilan présenté au CHS le 27 novembre 2013 indique que l'activité exercée par les agents au moment de l'accident est une donnée essentielle. Depuis janvier 2013, la DPE est en train de fiabiliser cette donnée dans Prorisq avec l'aide des assistants de prévention. Les modifications apportées à la procédure de déclaration des accidents de travail et des accidents de trajet à la fin de l'année 2012 devraient donc permettre d'utiliser les ressources de l'infocentre sur ce sujet pour les accidents de 2013.

Pour ce qui est de l'avenir, la DPE indique que son périmètre d'intervention s'est intensifié ces dernières années avec une activité collecte plus importante, un ensemble d'espaces publics plus important et dont la gestion s'est complexifiée (développement des pistes cyclables, plantation de 10 000 arbres supplémentaires, multiplication des bacs à végétaux). Cette intensification du travail est un facteur d'augmentation des accidents.

Cette situation est à corréliser avec le fait que, à la DPE, le service technique de la propreté de Paris (STPP) connaît deux catégories d'agents particulièrement exposés aux accidents du travail : les agents affectés à la collecte (activité la plus dangereuse) et ceux affectés au balayage. Le STTP recense environ 1 000 accidents par an incluant 150 agressions, ces dernières étant souvent liées au port de l'uniforme.

Le service technique de l'eau et de l'assainissement (STEA) doit faire face à des problèmes spécifiques, ses agents étant exposés à des risques en relation avec la détection de gaz. Pour 2012, le STEA recense 49 accidents du travail (dont cinq sans arrêt de travail) et trois accidents de trajet. Les accidents du travail font systématiquement l'objet d'une analyse avec élaboration d'un arbre des causes.

La population des éboueurs est une population vieillissante. Cette évolution de la pyramide des âges n'occasionne pas d'augmentation significative de la fréquence des accidents du travail mais quand ils se produisent ils sont plus graves.

Le sujet des maladies professionnelles est selon l'expression utilisée par un intervenant du domaine de la « *terra incognita* ». La DPE estime que les données Ville sont peu fiables mais que « *intuitivement* », le nombre des maladies professionnelles est en augmentation.

Le directeur de la DPE insiste sur l'incidence croissante des risques psycho-sociaux. Le directeur adjoint signale l'existence de situations sociales parfois difficiles à l'occasion des rechutes, les délais d'homologation faisant que l'agent se retrouve vite à mi traitement.

2.2.3.2. La direction des espaces verts et de l'environnement (DEVE)

La DEVE est une direction technique, comportant 3 800 agents, dont 82 % de catégorie C. Plus de 69 % des agents appartiennent à la filière ouvrière et technique. L'adjointe au Maire chargée des ressources humaines a fixé à la DEVE un objectif de baisse des accidents du travail de 20 % sur la précédente mandature. Entre 2009 et 2012, le nombre d'accidents du travail de la direction est passé de 458 à 387, soit une baisse de 16 %. La prévention des risques est affichée comme l'une des préoccupations majeures de la DEVE. Pour 2012, la DEVE recense 387 accidents de service, 54 accidents de trajet et 22 cas de maladie professionnelle.

La DEVE dispose d'un bureau de prévention des risques professionnels d'une vingtaine d'agents dont trois cadres de catégorie A, tous installés au siège de la direction. Sur les 15 animateurs de prévention que comprend le bureau, huit sont arrivés depuis 2012 et un ergonome a été recruté le 1er juin 2013.

Au sein de la DEVE, les bûcherons et les fossoyeurs représentent les catégories d'agents les plus exposées aux accidents du travail. Du fait des métiers exercés à la DEVE, certaines catégories d'agents (fossoyeurs, jardiniers, adjoints techniques d'entretien d'espaces, bûcherons) sont exposées à des troubles musculo-squelettiques occasionnant des déclarations de maladies professionnelles. S'agissant des éléments statistiques, la DEVE indique qu'il y a des distorsions dont l'origine n'est pas éclaircie entre les chiffres des BPRP de la DEVE et de la DRH, qui sont fondés sur des requêtes identiques et donnent les mêmes résultats, et ceux qui sont intégrés dans le tableau de bord de la SG, qui diffèrent des précédents. Cet écart a été signalé à la DRH comme au Secrétariat général, sans avoir à ce jour pu être clairement expliqué.

S'agissant du processus de traitement des accidents de service, la DEVE souligne que deux temps sont à distinguer : la saisie de l'évènement dans Prorisq et dans RH21 et l'analyse de l'accident proprement dite. La saisie intervient au fur et à mesure que les déclarations d'accident parviennent aux UGD regroupées en central au sein du SRH. Ce processus est rapide au niveau de RH21 (impact direct sur la paie) et la saisie dans Prorisq intervient le plus souvent peu après. En 2012, sur 387 accidents de travail déclarés, 283 ont fait l'objet d'un ou plusieurs arrêts de travail mais une dizaine d'accidents au plus ont fait l'objet d'une analyse. Les analyses interviennent sur une sélection d'accidents répondant à plusieurs critères : leur gravité, réelle ou potentielle, et leur caractère pédagogique, à savoir l'éclairage qu'ils apportent sur un dysfonctionnement, permettant ainsi de trouver des réponses sur le plan management (rappel de consignes), technique (mise à disposition de matériel mieux adapté) ou d'organisation du travail (modification de l'organisation du travail). Tous les mois un point sur les accidents du travail est mis à l'ordre du jour d'une réunion entre le BPRP et le ou les services concernés. Les accidents à analyser sont retenus conjointement avec le service.

En 2013, ce sont 57 accidents qui ont été analysés, sur 363, soit 15 %. Cette proportion se rapproche du niveau idéal, et l'augmentation devrait se poursuivre en 2014 avec la

formation d'agents de maîtrise au processus d'analyse des causes. Six agents du service de l'arbre et des bois et autant du service d'exploitation des jardins ont en effet été formés.

Les analyses sont ensuite restituées à toute la chaîne hiérarchique. Elles donnent ensuite lieu, le cas échéant, à la mise en place de groupes de travail pour avancer sur les points les plus délicats à traiter, notamment ceux qui relèvent de l'organisation du travail. L'analyse des causes est relayée par l'encadrement de proximité auprès des agents pour asseoir les mesures de prévention, qui sont également illustrées sur des affiches, placées visiblement sur les panneaux d'affichage des ateliers comme supports pédagogiques.

Parmi les accidents du travail qui touchent la DEVE, une partie peut sembler délicate à traiter au plan prévention. Les chutes de plain-pied dans les jardins dues à des sols glissants, en légère pente ou à des objets qui favorisent la chute comme les pommes de pin, par exemple, rentrent dans cette catégorie. D'autres accidents se prêtent mieux au travail de prévention développé par la DEVE. C'est notamment le cas de blessures aux yeux dues à des branches ou à des projections d'éclats ou de poussières. Le port de lunettes, de visières ou de masques peut le plus souvent permettre de traiter ces facteurs de risque.

Le BPRP de la DEVE tire ses données de l'infocentre AT-MP. Il les valide avec les chiffres enregistrés par les gestionnaires des agents. Pour construire le bilan social, la DEVE est interrogée par la DRH fin janvier. Elle fournit les informations fin mars à la DRH. Les représentants du BPRP de la DEVE estiment que les données du bilan social sont fiables pour ce qui est des accidents de service et de trajet. Ce n'est pas le cas pour les maladies professionnelles pour lesquelles la DEVE, pour une même période, en comptabilise 23 et la DRH 43. Selon la DEVE cet écart peut s'expliquer par le fait que, pendant de nombreuses années, des maladies professionnelles ont été reconnues avec des dossiers incomplets. Dans le cadre de la remise à jour des procédures médico-administratives, le service de médecine préventive régularise ces dossiers qui peuvent dater d'avant 2004.

2.2.3.3. La direction de la prévention et de la protection (DPP)

La DPP regroupe environ 1 050 agents (1 450 en incluant 90 contrats aidés et 310 vacataires point école). La direction est composée à 93 % d'effectifs opérationnels. Elle compte en 2014 603 inspecteurs de sécurité (soit près des deux tiers de son effectif), 175 agents d'accueil et de surveillance et 118 correspondants de nuit.

Les accidents du travail concernent très majoritairement les agents de catégorie C des filières opérationnelles de la direction.

En 2012 ont été recensés au total 123 accidents :

- 13 accidents de service chez les correspondants de nuit dont trois agressions importantes en maraude (six mois d'arrêt de travail en 2012 pour deux agents) et un accident de trajet ;
- huit accidents chez les agents d'accueil et de surveillance (six accidents de service et deux accidents de trajet) ;
- 101 accidents chez les inspecteurs de service (dont dix chutes de moto, soit 10 % des accidents) : cinq agressions, 44 accidents de service, 37 accidents de sport et 15 accidents de trajet.

En 2013 la DPP a relevé 136 accidents :

- 18 chez les correspondants de nuit : neuf agressions, huit accidents de service, un accident de sport, cinq accidents de trajet) ;
- neuf accidents chez les agents d'accueil et de surveillance : cinq accidents de service et quatre accidents de trajet ;

- 109 accidents chez les inspecteurs de sécurité (dont cinq chutes de moto) : quatre agressions, 46 accidents de service, 50 accidents de sport et neuf accidents de trajet.

Plus de 100 agents ont des conditions de travail aménagées. « Beaucoup » d'agents seraient à reclasser.

En nombre de jours, les chutes de scooter sont surreprésentées dans les accidents du travail. Elles sont occasionnées par les accidents dont sont victimes les chefs de mission accompagnement protection (MAP) qui se déplacent en deux roues dans leur circonscription pour s'assurer du bon contrôle des points école.

Les accidents du travail pèsent sur l'absentéisme à la DPP. Celui-ci se concentre chez les inspecteurs de sécurité, les correspondants de nuit et les agents de sécurité.

L'effectif des correspondants de nuit regroupe 125 agents répartis sur neuf territoires. Ils totalisent 13 accidents du travail dont six de service, trois agressions, un accident de sport et trois accidents de trajet. Les agressions entraînent des arrêts de travail très longs (un cas actuellement d'un an et demi). Ces agents travaillent de 16 h à 24 h. Cette période de travail expose davantage les agents aux accidents du travail que celle de la journée.

Les inspecteurs de sécurité représentent 63 % des effectifs mais 76 % des absences. Plus de la moitié des accidents de cette catégorie d'agents surviennent lors des entraînements de sport. A raison de six heures par semaine, les inspecteurs s'entraînent aux gestes techniques professionnels d'intervention (GTPI) et à l'entraînement physique professionnel (EPP). « Antérieurement » il régnait un certain laxisme quant au respect de l'obligation de cet entraînement, situation à laquelle la DPP a mis fin. Depuis, les séances d'entraînement ont occasionné une forte augmentation du nombre des accidents de service (98 accidents dont 46 liés à la pratique du sport pour la même période entre 2012 et 2013). La moyenne d'âge des inspecteurs de sécurité est actuellement de 47 ans. Ce corps ne fait plus l'objet de recrutements. La DPP indique que l'allongement de la durée des arrêts de travail pour cette population d'agents est un indicateur très net. Ce corps monodirectionnel étant constitué d'agents bénéficiant de primes élevées, le reclassement des agents qui ne sont plus en mesure d'assurer les tâches qui leur sont confiées est très difficile. En résumé, les inspecteurs de sécurité représentent plus de la moitié des effectifs de la DPP (650 agents de sécurité sur un total de 1039). Cette catégorie d'agents pèse plus lourd que les autres dans le nombre des accidents du travail de la direction.

Jusqu'à la fin 2013 le bureau de prévention des risques professionnels était une mission de deux agents, un animateur de prévention et un inspecteur de sécurité. La DPP regrettait de n'avoir pu bénéficier de l'un des dix postes créés par l'accord SST et de ne pouvoir étoffer ce bureau que par redéploiement.

C'est chose faite depuis le cote du CTP du 19 décembre 2013 qui a créé un BPRP avec à sa tête une « chargée de mission cadre supérieur ». Le bureau est par ailleurs composé d'un technicien supérieur en hygiène et sécurité (poste créé par transformation), d'un inspecteur de sécurité et d'un agent d'accueil et de surveillance.

Le nouveau bureau a d'ores et déjà engagé les actions suivantes :

- création d'un groupe paritaire de suivi des accidents du travail ;
- mise en place d'un réseau de prévention alcool ;
- renouvellement du réseau des relais de prévention, avec le recrutement en cours de 25 relais.

Le développement des brigades de correspondants de nuit alourdira à terme le nombre des accidents du travail. Aujourd'hui les agents de ces brigades ne représentent que quatre à cinq accidents par an (8 % des jours d'absence pour 5 % des effectifs) mais quelques agents sont particulièrement représentés dans le nombre et la durée des accidents du travail.

Concernant la politique de prévention, la direction reconnaît disposer d'une marge de progression certaine. Le renforcement du BPRP, en cours, est un élément d'amélioration.

2.2.3.4. La direction des familles et de la petite enfance (DFPE)

La DFPE gère environ 8 000 agents. Elle dispose d'un BPRP qui comprend actuellement deux préventeurs, agents de catégorie A, et dix techniciennes de prévention chargées d'un secteur géographique mais installées au siège de la direction. Les techniciennes devraient être encadrées prochainement par un cadre A spécialisé.

La mise en place des circonscriptions de l'action scolaire et de la petite enfance (CASPE) conduit la DFPE à une réflexion sur l'organisation du BPRP, notamment sur l'intérêt et la possibilité d'affecter une technicienne de prévention au sein de chaque CASPE.. Il y a actuellement six CASPE, deux autres devraient être constituées en 2014 et, au final, il devrait y en avoir dix.

La DFPE estime qu'elle dispose de données fiables sur le dénombrement des accidents de service et de trajet. Pour 2012, 492 accidents de travail et 203 accidents de trajet ont été recensés par la direction. Le seul problème évoqué réside dans la difficulté d'établir des statistiques fiables par arrondissement en raison d'incertitudes dans le libellé de l'adresse professionnelle des agents qui est saisie dans Prorisq. En revanche, sur la partie analyse, la DFPE admet que sa marge de progression est certaine. Actuellement, ce sont les UGD qui renseignent Prorisq pour la partie analyse sur la base des déclarations de l'agent et du certificat médical initial.

La DFPE a remis aux auditeurs une fiche de procédure qu'elle vient d'adresser, tout récemment, aux UGD pour améliorer la transmission des informations et l'utilisation de Prorisq. Cette procédure porte sur deux points.

Le premier stipule que les UGD doivent envoyer « rapidement » un ensemble d'informations au BPRP. Il s'agit du rapport hiérarchique établi en cas d'accident du travail ou d'accident de trajet. En cas d'absence d'informations détaillées sur l'accident, l'UGD est invitée à transmettre au BPRP sans attendre, la date de l'accident, l'identité de l'agent, le nom de l'établissement.

Le second point organise la saisie des éléments matériels et facteurs potentiels des accidents de travail en deux temps. Dans un premier temps, l'UGD doit saisir par défaut les rubriques « éléments matériels non précisés » et la rubrique « non analysé », laissant le soin aux techniciennes de prévention de modifier ultérieurement ces rubriques dans Prorisq après avoir réalisé l'analyse de l'accident. En d'autres termes, il s'agit de confier aux techniciennes de prévention l'enregistrement des données qualitatives dans Prorisq.

A compter de 2014, un préventeur (agent de catégorie A) assure un suivi global des accidents de service. Son rôle est d'assister les techniciennes de prévention de leur secteur et de faire une analyse globale pour identifier les problématiques récurrentes. Cela va permettre à la direction de définir des actions prioritaires à mettre en place pour prévenir les accidents.

Par ailleurs, le BPRP de la DFPE a élaboré courant 2012 une « proposition de méthode de travail » pour la réalisation des enquêtes post accident associant les membres du CHS de la direction. Ce document établi « en attendant les précisions de la ligne directrice » propose que le BPRP informe l'ensemble des organisations syndicales de la survenue d'un accident grave ou présentant un caractère répétitif. Les enquêtes devraient être réalisées par une délégation comprenant un représentant d'une organisation syndicale siégeant au CHS de la DFPE et un membre du BPRP. Au vu des conclusions de l'enquête, une commission élargie à l'ensemble des organisations syndicales pourra être mise en place. Il s'agit donc d'un projet.

Pour autant, les techniciennes de prévention de la DFPE analysent déjà les conditions de survenue des accidents. La DFPE a remis aux auditeurs un document intitulé « analyse des accidents de travail » établi par le BPRP de la DFPE pour les événements de l'année 2011. Ce document analyse de façon succincte les circonstances de survenue des accidents par catégorie de personnel.

Les accidents de service sont principalement consécutifs à la manutention d'objets, aux gestes et postures, aux chutes, aux chocs. Les atteintes ostéoarticulaires et/ou musculaires sont prépondérantes. Le document établit un classement des circonstances de survenue des accidents. Ainsi, s'agissant des auxiliaires de puériculture, catégorie d'agents la plus concernée en volume par les accidents de service, cinq circonstances expliquent les chutes et pertes d'équilibre. Il s'agit par ordre décroissant d'importance des déplacements sur un sol encombré, des déplacements sur un sol mouillé ou sale, des chutes d'une assise (tabouret, chaise), des déplacements dans un escalier, de chutes lors d'activités avec des enfants.

A la DFPE, les personnels les plus concernés par les accidents du travail sont les auxiliaires de puériculture (53 % des accidents) et les agents techniques de la petite enfance (31 % des accidents). Si on ajoute les éducateurs de jeunes enfants (10 %), on atteint 94 % des accidents du travail.

La DFPE constate par ailleurs une augmentation du nombre de maladies professionnelles reconnues. Elle en comptabilise 52 en 2012 contre 36 en 2011.

Dans sa réponse au rapport contradictoire, la DFPE considère que cette évolution s'explique en partie par une amélioration de la surveillance médicale réalisée par la médecine préventive.

2.2.4. Les domaines prioritaires inscrits dans l'accord SST en matière de prévention

Cinq thèmes prioritaires ont été inscrits dans l'accord cadre SST de février 2012 visant à prévenir les risques chimiques, les troubles musculo-squelettiques (TMS), les risques liés aux situations de travail sur la voie publique, les risques psycho-sociaux, les addictions. Le comité de pilotage de chacun de ces cinq thèmes est assuré par le secrétariat général.

Une consultation d'addictologie ouverte aux agents a été créée à la DRH au sein du service d'accompagnement psychologique et de prévention des addictions.

Le suivi des troubles psycho-sociaux est complexe mais il existe des marchés de formation.

Le thème des troubles musculo-squelettiques est également un sujet complexe en raison des spécificités des affections propres au personnel de chacune des directions. Il a pour référent le service de médecine préventive et permet aux directions les plus concernées d'échanger leurs expériences.

Le thème pour lequel les travaux sont les plus avancés est celui des risques chimiques. Il concerne 10 000 agents municipaux qui sont exposés à des polluants divers comme l'amiante, les poussières de bois, le chlore, les produits de nettoyage.... Le recours à un consultant a permis d'établir, sous l'égide de la DVD, l'inventaire des produits utilisés (ou non) dans les services municipaux. Beaucoup de produits dangereux ont été éliminés. Une politique d'achat de produits de substitution se met progressivement en place. Reste que, à l'instar de ce qui a été dit précédemment pour les accidents de service, les instruments de suivi permettant un pilotage centralisé font défaut. Le format adopté par les directions pour établir les inventaires n'est pas normalisé et rend la synthèse des résultats compliquée. Si un outil de gestion des fiches de données sécurité est disponible, il reste à former les utilisateurs.

Enfin, s'agissant du thème consacré aux conditions matérielles de travail, le comité de pilotage le concernant ne s'est jamais réuni. Cependant, ses préoccupations ont été reprises par les autres comités de pilotages, notamment en matière de locaux.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

- Recommandation 1 :** Elaboration et mise à disposition d'un guide du vacataire à destination des personnels vacataires..... 16
- Recommandation 2 :** Méthodologie de gestion des personnels non titulaires à destination des gestionnaires RH..... 16
- Recommandation 3 :** Saisir les éléments AT-MP concernant les vacataires dans Prorisq. 17
- Recommandation 4 :** Expertise juridique des modalités de prise en charge des personnels non titulaires de la collectivité parisienne au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles..... 20
- Recommandation 5 :** Concernant la prise en charge des honoraires et frais médicaux, mettre la pratique et les documents contractuels en conformité avec les dispositions législatives. 21
- Recommandation 6 :** Proposer au Conseil de Paris un projet de délibération concernant les règles de maintien des primes et indemnités en cas d'arrêt maladie ou d'arrêt de travail pour accident de service, de trajet et maladies professionnelles..... 22
- Recommandation 7 :** La Ville de Paris devrait prendre contact avec la DGCL et la DGAFP pour l'élaboration d'un triptyque CERFA pour le régime fonctionnaire..... 28
- Recommandation 8 :** Pour les accidents de trajet, renoncer à l'exigence de témoignage direct et infléchir les règles en tenant compte de la présomption d'imputabilité telle que la consacre la jurisprudence du Conseil d'Etat. 32
- Recommandation 9 :** Mettre en place une procédure rapide pour les rechutes d'accident du travail afin de ne pas pénaliser les agents victimes..... 34
- Recommandation 10 :** Opérer le transfert de la gestion des allocations temporaires d'invalidité du Bureau des retraites et de l'indemnisation au BPMA et initier la refonte du processus. 37
- Recommandation 11 :** « Revisiter » la doctrine de contestation systématique des accidents sans témoin direct et de ceux liés à une pathologie préexistante et mettre fin à la rétroactivité des décisions..... 41
- Recommandation 12 :** Mener une réflexion sur le délai des 11 jours. 41
- Recommandation 13 :** Renforcer l'effectif de médecins du Service de la médecine statutaire. Mener une réflexion sur leur statut. 44
- Recommandation 14 :** Instaurer un véritable management au Service de la médecine statutaire : réunions régulières de service, écriture du cadre juridique de la

collectivité parisienne et des procédures AT-MP dans lesquels prend place l'activité des médecins, formation continue.	44
Recommandation 15 : Intégrer l'examen sur dossier parmi les méthodes du Service de la médecine statutaire de façon à résorber le retard et statuer dans un délai raisonnable	44
Recommandation 16 : Rédiger les lettres de convocation dans un style plus urbain.	46
Recommandation 17 : Améliorer l'assiduité des agents aux convocations par l'instauration d'un délai raisonnable.....	46
Recommandation 18 : Faire respecter par les UGD un délai de 15 jours après l'accident pour renseigner Prorisq à l'aide des documents fournis par le supérieur hiérarchique de l'agent concerné (certificat médical initial, rapport hiérarchique, données administratives).	53
Recommandation 19 : Confier aux bureaux de prévention la saisie des données relatives à l'analyse des accidents dans Prorisq.	56
Recommandation 20 : Respecter les dispositions du décret 85-603 du 10 juin 1985 en matière d'enquête post-accident.....	56
Recommandation 21 : Rendre obligatoire la formation des assistants de prévention à l'utilisation de Prorisq.....	60
Recommandation 22 : Organiser la saisie dans Prorisq des données concernant l'ensemble des agents de la collectivité parisienne, quel que soit leur statut.	60

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

Dans le cadre de la procédure contradictoire en vigueur à l'Inspection Générale, le rapport provisoire d'audit du processus de traitement des accidents du travail a été transmis le 28 mars 2014 à [.....], Directeur des ressources humaines.

Des extraits de ce rapport ont également été adressés le 28 mars 2014 à :

- [.....], Directeur du développement économique, de l'emploi et de l'enseignement supérieur ;
- [.....], Directeur de la prévention et de la protection ;
- [.....], Directrice des espaces verts et de l'environnement ;
- [.....], Directeur de la propreté et de l'eau ;
- [.....], Directrice des familles et de la petite enfance.

Les réponses au rapport provisoire ont été adressées selon le calendrier suivant :

- DDEES, courrier du 3 avril 2014 ;
- DEVE, courrier du 14 avril 2014 ;
- DPP, courrier du 16 avril 2014 ;
- DPE, courrier du 30 avril 2014 ;
- DRH, courrier du 14 mai 2014 ;
- DFPE, mail du 27 mai 2014.

REPONSE DU DIRECTEUR DU DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE, DE L'EMPLOI ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

DÉPARTEMENT DE PARIS



Direction du Développement Economique, de
l'Emploi et de l'Enseignement Supérieur

Sous-Direction de l'Emploi

Service de l'apprentissage,
des stages et des contrats aidés

N/Réf :

Paris, Le 3 avril 2014

NOTE à l'attention de :



l'Inspection Générale

Objet : Mes observations relatives au rapport provisoire sur
l'audit du processus de traitement des accidents de
travail

Par note du 28 mars dernier, vous m'avez demandé mon avis sur le rapport cité en objet, dans sa partie concernant les contrats aidés, apprentis et stagiaires gérés par la DDEES (paragraphe 1.1.3.2.)

Voici mes remarques :

3^{ème} alinéa : la dénomination juridique commune des contrats aidés (tant du secteur marchand que non-marchand) est « contrat unique d'insertion ».

7^{ème} alinéa : suite à une baisse des recrutements (de 450 en 2012 à 400 en 2013), les effectifs d'apprentis sont en baisse également. Ce chiffre se situe actuellement autour de 600 apprentis en poste.

Directeur du Développement Economique,
de l'Emploi et de l'Enseignement Supérieur

TOUTE L'INFO
au 3975* et
sur PARIS.FR

* Prix d'un appel local à partir d'un poste
fixe sauf tarif propre à votre opérateur



REPONSE DE LA DIRECTRICE DES ESPACES VERTS ET DE L'ENVIRONNEMENT

MAIRIE DE PARIS



Direction des Espaces Verts et de l'Environnement

Paris, le

14 AVR. 2014

NOTE à l'attention de :

Directrice de l'Inspection Générale



Objet :

Extrait du rapport provisoire sur l'audit du processus de traitement des accidents du travail (n° 13-01)

Réf :

votre note du 28 mars 2014

Par courrier cité en référence, vous m'avez demandé de vous faire part des observations qu'appellerait de ma part l'extrait du rapport sur les accidents du travail que vous m'avez transmis. Je vous prie de les trouver ci-après.

2.2.3.2. La direction des espaces verts et de l'environnement

Ajouter en introduction : *La DEVE est une direction technique, comportant 3 800 agents, dont 82 % de catégorie C. Plus de 69 % des agents appartiennent à la filière ouvrière et technique. L'adjointe au Maire chargée des ressources humaines a fixé à la DEVE un objectif de baisse des accidents du travail de 20% sur la précédente mandature. Entre 2009 et 2012, le nombre d'accidents du travail de la direction est passé de 458 à 387, soit une baisse de 16%. La prévention des risques est affichée comme l'une des préoccupations majeures de la DEVE.*

1^{ER} paragraphe : la DEVE recense 387 accidents de service (et non 377), 54 (et non 51) accidents de trajet et 22 (et non 43) maladies professionnelles reconnues. Ce dernier chiffre peut s'expliquer par le fait que, pendant de nombreuses années, des maladies professionnelles ont été reconnues mais avec des dossiers incomplets. Dans le cadre de la remise à jour des procédures médico-administratives, le service de médecine préventive régularise ces dossiers qui peuvent dater d'avant 2004.

2^{ème} paragraphe : au lieu de « de nombreuses catégories d'agents de la DEVE sont exposées à des TMS », écrire *du fait des métiers exercés à la DEVE, certaines catégories d'agents (fossoyeurs, jardiniers, adjoints techniques d'entretien d'espace, bûcherons) sont exposés à des TMS,*

Au lieu de « la DEVE indique qu'il y a toujours des distorsions entre les chiffres communiqués par la DEVE et ceux communiqués trimestriellement à la SG par le BPRP de la DRH », écrire : *la DEVE indique qu'il y a des distorsions dont l'origine n'est pas éclaircie entre les chiffres des BPRP de la DEVE et de la DRH, qui sont fondés sur des requêtes identiques et donnent les mêmes résultats, et ceux qui sont intégrés dans le tableau de bord de la SG, qui diffèrent des précédents. Cet écart a été signalé à la DRH comme au Secrétariat général, sans avoir à ce jour pu être clairement expliqué.*

3^{ème} paragraphe : au lieu de « s'agissant du processus de traitement des accidents de service, la DEVE distingue ce qui relève de la partie SRH de ce qui relève de la partie aval », écrire : *la DEVE souligne que 2 temps sont à distinguer : la saisie de l'événement dans PRORISQ et dans RH21 et l'analyse de l'accident proprement dite. La saisie intervient à mesure que les déclarations d'accident parviennent aux UGD regroupées en central au sein du SRH. Ce processus est rapide au niveau de RH 21 (impact direct sur la paie), et la saisie dans PRORISQ intervient le plus souvent peu de temps après.*

103 avenue de France - 75639 Paris cedex 13



Pour ce qui concerne le suivi des accidents, le rapport indique qu'il est quasi quotidien, et que sur 387 accidents (et non 386), 283 (et non 277) ont donné lieu à arrêt de travail mais qu'une dizaine au plus (11 exactement) ont fait l'objet d'une analyse. Il me paraît nécessaire de préciser à cet égard, que les analyses interviennent sur une sélection d'accidents répondant à plusieurs critères : leur gravité, réelle ou potentielle, et leur caractère pédagogique, à savoir l'éclairage qu'ils apportent sur un dysfonctionnement, permettant ainsi de trouver des réponses sur le plan du management (rappel de consignes), technique (mise à disposition de matériel mieux adapté) ou d'organisation du travail (modification de l'organisation du travail). Tous les mois, un point sur les accidents du travail est mis à l'ordre du jour d'une réunion entre le BPRP et le ou les services concernés. Les accidents à analyser sont retenus conjointement avec le service.

J'ajoute qu'en 2013, ce sont 57 accidents qui ont été analysés, sur 363, soit 15%. Cette proportion d'accidents analysés se rapproche du niveau idéal, et l'augmentation du nombre d'analyses devrait se poursuivre en 2014 avec la formation d'agents de maîtrise au processus d'analyse des causes. 6 agents du service de l'arbre et des bois et autant du service d'exploitation des jardins ont en effet été formés à l'analyse d'accident. Chaque fois que possible, l'analyse est portée conjointement par le service et le BPRP pour aboutir à des préconisations plus facilement mobilisables sur le terrain.

Les analyses sont ensuite restituées à toute la chaîne hiérarchique. Elles donnent ensuite lieu, le cas échéant, à la mise en place de groupes de travail pour avancer sur les points les plus délicats à traiter, notamment ceux qui relèvent de l'organisation du travail. L'analyse des causes est relayée par l'encadrement de proximité auprès des agents pour asseoir les mesures de prévention, qui sont également illustrées sur des affiches, placées visiblement sur les panneaux d'affichage des ateliers comme supports pédagogiques.

Parmi les accidents du travail qui touchent la DEVE, une partie peut sembler délicate à traiter au plan prévention. Les chutes de plain-pied dans les jardins dues à des sols glissants, en légère pente ou à des objets qui favorisent la chute comme les pommes de pin, par exemple, rentrent dans cette catégorie (cette formulation reflète mieux la perception du BPRP de la DEVE que la rédaction selon laquelle « il y a une multitude d'accidents sur lesquels il n'y a aucune prise »). D'autres accidents se prêtent mieux au travail de prévention développé par la DEVE. C'est, notamment, le cas de blessures aux yeux dues à des branches ou à des projections d'éclats ou de poussières. En effet, le port de lunettes, de visières ou de masques peut le plus souvent permettre de traiter ces facteurs de risque.

Ces éléments sont de nature, je l'espère, à préciser et reformuler la rédaction de certaines parties des paragraphes 3, 4 et 5 afin de les rendre plus clairs et plus précis.

Le dernier paragraphe de l'extrait indique que

Malgré une relecture attentive de ce PV (et des 2 autres PV de CHS de l'année 2013), il n'a pas été possible de retrouver trace de ces propos. Je vous serais donc obligée de bien vouloir retirer ce paragraphe.

Telles sont les observations qu'appelle de ma part le document que vous m'avez transmis. Je vous saurais gré des modifications que vous voudrez bien faire apporter à sa rédaction pour que celle-ci reflète plus justement la réalité du traitement des accidents du travail à la DEVE, et les actions de prévention qui y sont menées.

Bien à Aoi,

La Directrice des espaces verts et de l'environnement

REPONSE DU DIRECTEUR DE LA PREVENTION ET DE LA PROTECTION

MAIRIE DE PARIS



Direction de la Prévention et de la Protection
Le directeur

N/Réf :

Affaire suivie par :

Paris, le 16 AVR. 2014

NOTE à l'attention de :

Directrice Générale de l'Inspection Générale

Objet : **Audit du processus de traitement des accidents du travail à la DPP.**



Pour faire suite à votre transmission en date du 28 mars 2014, j'ai l'honneur de vous communiquer des éléments d'information complémentaires aux premières conclusions formulées par la mission d'audit du processus de traitement des accidents du travail.

1. Sur les effectifs :

Composée à 93 % d'effectifs opérationnels, la direction compte en 2014, 603 inspecteurs de sécurité (soit près de 2/3 de ses effectifs), 175 agents d'accueil et de surveillance dans la spécialité accueil et surveillance et 118 correspondants de nuit, soit 1/3 de ses effectifs dans la filière sécurité accueil et médiation, les accidents du travail concernant très majoritairement les agents de catégorie C des filières opérationnelles de la direction.

2. Sur les accidents du travail :

2.1 Recensés en 2012 :

- 13 AT chez les correspondants de nuit dont trois agressions importantes en maraude (6 mois d'arrêt en 2012 pour deux agents) et 1 accident de trajet.
- 8 AT chez les agents d'accueil et de surveillance (6 accidents de service et 2 de trajet),
- 101 AT chez les inspecteurs de sécurité (dont 10 chutes de moto soit 10% des AT) :
 - o 5 agressions,
 - o 44 accidents de service,
 - o 37 accidents de sport,
 - o 15 accidents de trajet.

2.2 Recensés en 2013 :

- 18 AT chez les correspondants de nuit :
 - o 9 agressions,
 - o 9 accidents de service,
 - o 1 accident de sport,
 - o 5 accidents de trajet.

DPP - 1, place Baudoyer - 75004 PARIS

- 9 AT chez les agents d'accueil et de surveillance :
 - o 5 accidents de service,
 - o 4 accidents de trajet,

- 109 AT chez les inspecteurs de sécurité (dont 5 chutes de moto soit 5% des AT) :
 - o 4 agressions
 - o 46 accidents de service,
 - o 50 accidents de sport,
 - o 9 accidents de trajet.

3. Sur la prévention des risques professionnels au sein de la direction :

Suite au vote du CTP du 19 décembre 2013, le bureau de prévention des risques professionnels a été créé avec à sa tête [] chargée de mission cadre supérieur. Le bureau est par ailleurs composé d'un technicien supérieur dans la spécialité hygiène et sécurité (créé par transformation), d'un inspecteur de sécurité et d'un agent d'accueil et de surveillance.

Ont d'ores et déjà été engagées par le nouveau bureau les actions de prévention et d'accompagnement suivantes :

- La création d'un groupe paritaire de suivi des accidents du travail composé de 12 représentants de l'administration et du personnel et dont la première réunion se tiendra le 20 mai 2014,
- La mise en place d'un réseau de prévention alcool animé par 12 agents affectés dans les services opérationnels,
- Le renouvellement du réseau des relais de prévention, le recrutement de 25 relais étant en cours de réalisation.

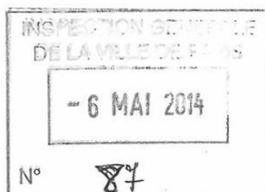
REPONSE DU DIRECTEUR DE LA PROPRETÉ ET DE L'EAU

MAIRIE DE PARIS



Direction de la Propreté et de l'Eau
Service des Ressources Humaines

Bureau de prévention des risques professionnels



Affaire suivie par :

Paris, le 30 avril 2014

NOTE à l'attention de :

Directrice de l'Inspection Générale

Objet : **Audit du processus de traitement des accidents du travail**

Observations de la DPE sur l'extrait du rapport provisoire sur l'audit du processus de traitement des accidents du travail.

Par note du 28 mars 2014, vous avez souhaité recueillir mon avis sur les constats présentés dans l'extrait du rapport provisoire de l'audit du processus de traitement des accidents du travail. Fin octobre 2013, vos rapporteurs ont effectivement rencontré des représentants de la direction de la propreté et de l'eau dans le cadre de cet audit. A cette occasion, l'ensemble des actions engagées par la DPE en matière de prévention des risques professionnels et de traitement des accidents du travail a été présenté.

Comme vous le soulignez dans vos constats, la direction de la propreté et de l'eau est très engagée en matière de lutte contre les accidents et en matière de prévention des risques professionnels. Pour faire face à ses obligations en matière d'hygiène et sécurité, à la diversité et la technicité de ses activités et à l'intensification de son périmètre d'intervention, la DPE s'est organisée au fil des années avec un véritable réseau d'acteurs de prévention. Cette organisation répond aux principes édictés par l'instruction du Secrétariat Général du 1^{er} mars 2004 et aux engagements de la collectivité parisienne rappelés dans l'Accord Cadre Santé Sécurité au Travail signé en février 2012.

Au niveau central, la direction dispose en effet d'une entité ressource intitulée Bureau de prévention des risques professionnels (BPRP), rattachée au Service des ressources humaines. Dans votre rapport provisoire, vous qualifiez cette structure de « gros » bureau de prévention des risques professionnels regroupant en central six agents de catégorie A particulièrement qualifiés en matière de prévention des risques professionnels. Je tiens à préciser que le BPRP compte effectivement plusieurs conseillers en prévention des risques professionnels dans les spécialités liées à l'hygiène, la sécurité ou l'ergonomie, mais seulement cinq agents de catégorie A et un agent de catégorie B avec un profil de technicien supérieur. Le dimensionnement de cette entité est à mettre en rapport avec les effectifs en présence que vous rappelez avec près de 7500 agents dont 5000 éboueurs et chefs d'équipe du nettoyage et 230 égoutiers et chefs égoutiers, la diversité et la dangerosité des activités exercées par ces agents sur l'espace public ou dans le réseau des égouts et la dispersion géographique des implantations de la direction (près de 200 sites).

Cette structure assiste et conseille la direction étant donné les enjeux multiples et l'ensemble des obligations liées aux questions d'hygiène, de sécurité et de santé au travail dans l'espace public parisien. Comme vous l'exposez, le BPRP anime également un réseau de prévention constitué du bureau santé sécurité et bien-être au travail du STEA et d'assistants de prévention au niveau des entités déconcentrées du STPP (divisions territoriales, section des moyens mécaniques, circonscription fonctionnelle, centre d'action pour la propreté de Paris,...). Ce sont des agents issus du terrain qui connaissent bien les métiers de la direction et qui se sont formés à la prévention. Cette fonction de proximité est indispensable car elle permet d'alerter, de remonter les préoccupations des agents et de décliner les actions au plus près de la réalité de terrain.

PARIS
info Le 3975
Paris.fr



Je tiens également à souligner que le BPRP joue un rôle important en matière de dialogue social, car les questions d'hygiène, de santé et de sécurité au travail font l'objet d'une attention particulière au sein de la direction. La DPE organise régulièrement des Comités Hygiène et Sécurité (CHS) dédiés pour les services techniques de la propreté et de l'eau et de l'assainissement, ainsi que des commissions thématiques (habillement et équipements de protection individuelle, registres santé et sécurité au travail, troubles musculo squelettiques, ...) issues de ces instances paritaires afin de prolonger le travail au-delà des temps formels que constituent les réunions plénières. Ces échanges constructifs et partagés avec les partenaires sociaux permettent d'agir sur le quotidien des agents et d'améliorer concrètement leurs conditions de travail.

Le rapport montre également que depuis deux ans, le BPRP et le réseau de prévention se sont engagés dans une démarche de fond pour fiabiliser les données en matière d'accidents du travail et harmoniser les pratiques au sein des services de la direction. Le volet analyse de l'accident est à présent renseigné par les assistants de prévention et les données d'accidentologie présentées en CHS sont exclusivement extraites avec le logiciel Prorisq et l'infocentre AT/MP. A présent, ce travail doit être poursuivi avec les services de la DRH pour fiabiliser les données concernant les maladies professionnelles.

Toutes les mesures de prévention mises en œuvre depuis quelques années et celles engagées actuellement conformément aux priorités de l'Accord Cadre Santé Sécurité au Travail ont permis d'infléchir la tendance à la hausse des accidents du travail que l'on observait depuis plusieurs années, et montrent l'intérêt de poursuivre dans cette voie. Le bilan présenté lors du dernier CHS Propreté du 27 novembre 2013, auquel il est fait référence dans votre rapport provisoire, a permis de montrer la baisse significative de 25 % des accidents de travail entre 2009 et 2012 répondant ainsi à l'objectif de réduction de 20 % fixés en 2009 par le Secrétariat Général.

Tels sont les éléments que je voulais porter à votre connaissance sur cet extrait du rapport provisoire.

Directeur de la Propreté et de l'Eau

REPONSE DU DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES

MAIRIE DE PARIS



Direction des Ressources Humaines

Sous-Direction de la Prévention et des Actions Sociales et de Santé

Pôle Médecine Statutaire et
Procédures administratives

N/ Réf :
Affaire suivie par

Paris, le 14/05/2014

NOTE à l'attention de :

Directrice de l'inspection générale

Objet : Réponse au rapport provisoire sur l'audit du processus de traitement des accidents du travail

P.J. : 5



Je vous remercie de m'avoir adressé le rapport provisoire établi par l'Inspection générale sur l'audit du processus des accidents du travail.

Après une lecture attentive de ce rapport, je tiens à vous faire part des observations générales suivantes, complétées de remarques plus précises sur un certain nombre de points que vous voudrez bien trouver en pièces jointes.

Je tiens tout d'abord à rappeler que ce rapport intervient alors qu'un mouvement de restructuration de la médecine statutaire a été mis en œuvre par la Direction des ressources humaines. En effet, le nouveau pôle de médecine statutaire et des procédures médico-administratives a été créé en novembre 2013 pour notamment améliorer le processus de traitement des accidents de service et de trajet.

Cette réforme, issue du rapport réalisé par [redacted] lorsqu'il était chargé de mission auprès du Sous-Directeur de la prévention, des actions sociales et de santé, atteste d'une part de la conscience de la DRH des marges de progrès existantes sur ce sujet et d'autre part de sa volonté de remettre à plat l'ensemble des procédures de traitement des situations médico administratives complexes au sein de la DRH et des directions. L'objectif étant d'améliorer les délais et la qualité des prestations rendues aux agents et aux directions.

L'engagement récent du pôle de médecine statutaire dans un projet de labellisation Qualiparis pour améliorer l'accueil des agents et leur information vient renforcer et structurer cette démarche. L'échéance prévue est programmée au plus tôt pour la fin du premier semestre 2015.

La thématique spécifique des AT/MP avait quant à elle fait l'objet d'un rapport conduit par le chef de la Mission d'inspection hygiène et sécurité (MIHS) et le chef du Bureau de la prévention des risques professionnels (BPRP) de la DRH en 2011.

Les enjeux de cette réforme sont nombreux et importants tant en termes quantitatifs (absentéisme, coût) que qualitatifs (accompagnement des agents, fonctionnement des services).

Un rapport de l'Inspection générale de novembre 2008 sur l'absentéisme mentionnait déjà une augmentation de 19% des absences pour accident de 2002 à 2007. Cette évolution est confirmée par le rapport de mission [redacted] qui faisait état d'une évolution du nombre de saisies d'absences pour accident passées de 7880 en 2008 à 10451 en 2012 (+32%). Le rapport de l'Inspection de 2008 chiffrait à 160M€ (soit 3% du budget de fonctionnement de la Ville) le manque de 4294 ETP en 2007 pour l'ensemble des motifs de santé. Le rapport fait état d'un total de 4911 ETP en 2011 dont plus de 10% (497 ETP) sont imputables aux seuls accidents pour un total de 109.334 jours d'absences.

100 rue Réaumur - 75002 PARIS

paris
info Le 3975
Paris.fr

Par ailleurs le remboursement des frais de santé liés aux AT/MP s'élève à 2 M€ annuels.

Sur le plan qualitatif, l'amélioration de la prise en charge humaine et sociale des agents engagés dans ces processus est un objectif majeur qui doit être atteint au travers de l'amélioration des délais de traitement, de la clarté des informations apportées, et de l'accompagnement des agents.

Il me semble aussi important de souligner que l'action du pôle médico administratif ne peut s'exercer dans le même esprit que l'action du pôle Santé Sécurité au Travail orientée vers la prévention. Le pôle médico administratif a une fonction de contrôle au nom de l'employeur tant dans son volet administratif que dans son volet médical. Il doit veiller au respect de la réglementation et assurer un traitement équitable des agents au regard de cette dernière. Ce pôle doit donc concilier deux impératifs parfois contradictoires : l'application de la règle de droit et le meilleur accompagnement possible des agents.

J'ai bien noté que les recommandations du rapport concernaient quatre grandes thématiques : la question des non titulaires (recommandations 1 à 4), les aspects économiques du processus (recommandations 5 et 6), l'amélioration des procédures et de l'organisation (recommandations 7 à 17) et le recueil statistique des informations (recommandations 18 à 22).

Concernant les recommandations relatives aux non titulaires, la DRH ne peut qu'approuver les recommandations qui visent à mieux informer les personnels non titulaires et leurs gestionnaires. Cette préoccupation dépasse d'ailleurs les seules procédures médico-administratives même si le récent guide de l'encadrant éclaire les cadres sur certains aspects. La DRH est plus réservée sur certaines autres évolutions qui si elles peuvent apparaître pertinentes et ont pu être proposées par l'IGAS et la Cour des Comptes, n'ont à ce jour pas été transposées dans le dispositif réglementaire en vigueur. Par ailleurs certaines règles mises en œuvre par la Ville relèvent de règles de gestion, qui peuvent être revisitées avec l'aval de l'Exécutif municipal, mais qui ne sont pas pour autant sans fondement juridique.

S'agissant des aspects économiques, la situation actuelle relève là aussi de choix de gestion qui peuvent être réexaminés mais à l'aune du contexte budgétaire de la collectivité.

Concernant l'amélioration des processus, la DRH ne peut que souscrire à l'essentiel de vos préconisations qui sont déjà pour la plupart en cours de mise en œuvre dans le cadre de la réforme précitée. Toutefois, si des assouplissements de doctrine apparaissent envisageables sur le fond et si des progrès dans les formulations et le style sont souhaitables, la DRH ne peut pas abandonner son rôle de contrôle. Elle doit trouver un juste équilibre entre la réglementation en vigueur, l'évolution de la jurisprudence, la doctrine de la Commission de Réforme et les positions de la CNRACL.

Enfin, au sujet du recueil statistiques des informations dans Prorisq et leur traitement par le réseau de prévention, la DRH note que l'Inspection fait largement siennes les constats et propositions du rapport. Celui-ci sera largement diffusé à l'occasion de la publication en 2014 de la ligne directrice AT/MP.

Chaque recommandation est commentée de manière plus précise dans le tableau joint. J'ai souhaité en outre ajouter une note de commentaires détaillés sur certaines parties du rapport afin de compléter l'information des rapporteurs, d'éclaircir certains points et de proposer certains amendements qui me semblent nécessaires.

Telles sont les informations que je souhaitais porter à votre connaissance.

Directeur des Ressources Humaines

Observations de la Direction des ressources humaines sur le rapport provisoire établi par l'inspection générale sur l'audit du processus des accidents du travail.

05/05/2014

1/ « Les délais importants de reconnaissance de l'imputabilité pour la DRH influent par exemple sur le nombre d'accidents comptabilisés chaque année puisque bon nombre d'accidents déclarés durant l'année N ne seront reconnus que l'année N+1 » **(p5)**

Les processus médico-administratifs de traitement des accidents impliquent des délais de consolidation durant lesquels les données sont peu stables et sont amenées à évoluer dans une proportion significative. C'est pourquoi, à l'instar des pratiques observées pour le secteur privé par la CNAMTS, un délai d'une année est requis pour pouvoir publier un état statistique fiable en matière d'AT/MP. Cette règle est connue des directions et figurera dans la future ligne directrice AT/MP. Pour autant, il est possible de travailler sur des données plus récentes, dès lors que l'on assume de manipuler des déclarations d'accidents, et non pas des accidents reconnus.

Concernant les rechutes, même si elles sont régularisées avec retard sur Prorisq, et contrairement à ce qui est écrit page 48, elles sont bien rattachées à l'accident initial. Il convient donc d'amender le commentaire de la page 48 sur la comptabilisation des rechutes dans Prorisq.

2/ « Le processus de reconnaissance des accidents de service et de trajets n'est pas traité dans l'accord SST » **(p 6)** :

L'accord SST définit la politique de prévention de la collectivité parisienne. Il aborde la question des AT/MP sous cet aspect préventif, au travers des statistiques et de l'analyse des causes des accidents. L'ensemble de ces données devant permettre d'aider à la décision dans la définition des outils et actions de prévention. Le processus de reconnaissance est une procédure administrative post accident qui n'influe en rien sur la prévention des risques professionnels. Elle est donc hors champ de l'accord. La procédure a néanmoins été intégrée en annexe 6 de l'accord à titre pédagogique, mais n'a bien évidemment pas été objet de négociations.

3/ « une grande partie des dysfonctionnements constatés provient en dernière analyse du délai exagérément long d'examen des victimes d'accidents par le service de médecine statutaire... » **(p 6)**

La DRH ne méconnaît pas le fait que les délais du service de médecine statutaire sont effectivement trop longs mais elle a souligné à plusieurs reprises lors des entretiens avec les rapporteurs que les dysfonctionnements résultaient aussi d'autres délais anormalement longs liés à la constitution des dossiers d'accidents de la part des agents (absence de certificat médical initial ou de déclaration d'accident par exemple), des UGD (traitement non prioritaire des dossiers notamment en période de paie), des supérieurs hiérarchiques (absence de rapport hiérarchique). L'amélioration nécessaire des délais par le service de médecine statutaire ne suffira pas à elle seule à réduire les délais de traitement.

C'est pourquoi, le pôle de médecine statutaire s'est engagé dans un projet de service permettant de clarifier le rôle de tous les acteurs du processus AS/AT et les délais qui doivent être respectés à tous les niveaux d'instruction de ces dossiers.

On voit bien d'ailleurs dans les exemples cités par les rapporteurs (p24) que si la procédure semble mieux fonctionner à la préfecture de police par exemple, cela résulte aussi du fait que « la déclaration d'accident » fait sur le champ l'objet d'un rapport hiérarchique qui établit l'imputabilité.

4/ "La situation est bien différente pour les agents publics où rien ne garantit l'uniformité, au bénéfice des agents, d'un traitement conforme aux règles applicables" en comparaison avec le régime des CPAM **(p 11)**.

La DRH nuance cette affirmation. En effet, cet argument est soulevé dans le rapport conjoint IGAS-CGEFI pour proposer la délégation aux CPAM de l'instruction des dossiers de reconnaissance en raison de la spécialisation de leurs équipes dédiées à cette fonction et des coûts de traitement moindres en résultant.

On peut considérer que la récente réforme de la DRH mettant en place un nouveau pôle dédié aux procédures médico-administratives s'inscrit dans cette démarche de professionnalisation, de spécialisation et de réduction des coûts. La centralisation du traitement des accidents tend également à garantir l'uniformité du traitement pour les accidents ayant entraîné un arrêt supérieur à 11 jours. Ainsi, une commission hebdomadaire est réunie au BPMA pour harmoniser le traitement de la reconnaissance des accidents en lien avec la doctrine de la commission de réforme et la jurisprudence du Conseil d'Etat. Enfin, la Commission de réforme joue un rôle essentiel d'harmonisation puisqu'en pratique la totalité de ses avis est suivie par l'administration et bien que son rôle soit consultatif, il conduit en réalité à une véritable uniformisation du traitement des dossiers des agents.

5/ Les rapporteurs reprennent les termes du rapport de la cour des Comptes de 2005 qui soulignent la complexité et la longueur excessive des procédures et les problèmes de fonctionnement des commissions de réforme **(p12)**

Ce constat de la Cour des Comptes repris par les rapporteurs montre bien que les difficultés rencontrées par la Ville dans ce domaine ne lui sont pas spécifiques et résultent aussi de la réglementation et des procédures en vigueur.

6/ La mission de l'IGAS recommande en premier lieu « d'inscrire dans le statut général une définition de l'accident...identique à celle du code de la sécurité sociale...Il est conforme à la logique que dans une relation statutaire où le dernier mot revient à l'Etat, l'employé ait l'avantage de la présomption... » **(p13)**

La Ville de Paris ne peut appliquer les recommandations de ce rapport qui, pour intéressantes qu'elles soient, n'ont pas encore été traduites dans des textes juridiques. Par ailleurs, ce même rapport rappelle que si la Cour des comptes recommandait déjà dans son rapport annuel de 2006 « d'unifier les réglementations applicables aux 3 fonctions publiques en matière de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident et de les rapprocher « dans toute la mesure du possible » de celles qui régissent le régime général ».

Elle précisait également que ces recommandations n'ont pu être mises en œuvre pour deux raisons principales non rappelées dans ce présent rapport. D'une part, le fait que la reconnaissance ne peut être déconnectée des réflexions plus générales sur la réparation intégrale, d'autre part l'existence d'enjeux financiers « non quantifiés mais d'autant plus inquiétants que le champ de ces réformes serait plus étendu ».

7/ « Les auditeurs ont relevé au moins quatre points sur lesquels le parti pris par la collectivité parisienne est approximatif : la ligne de partage entre les agents relevant du régime fonctionnaire et les agents relevant du régime général, les modalités de remboursement des dépenses en nature, les prestations en espèce et le placement d'emblée de l'agent ayant déclaré un accident en régime accident du travail avant reconnaissance de l'imputabilité » **(p18)**

La DRH réfute le terme « approximatif ».

La ligne de partage entre agents relevant du régime fonctionnaire et ceux relevant du régime général n'est pas approximative. Par contre elle est insuffisamment expliquée aux agents et aux gestionnaires. La DRH souscrit d'ailleurs pleinement aux recommandations du rapport de l'IG qui vont dans le sens d'une meilleure information des acteurs concernés. Par ailleurs, la DRH mettra en œuvre la recommandation 4 du rapport visant à actualiser l'expertise juridique du régime propre aux agents non titulaires.

Il convient de préciser que la DRH s'appuie sur les textes suivants :

- Le décret n°56-511 du 24 mai 1956 fixant les modalités particulières du service des prestations d'accidents du travail par les départements, les communes et leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial en ce qui concerne leurs agents bénéficiaires de la loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 modifiée, autorise les communes de plus de 50 000 habitants à assurer directement la réparation des AT/MP.
- Un arrêté du 09 mai 1957 qui a autorisé la Préfecture de la Seine à assumer la charge de la réparation pour ses agents bénéficiaires du livre IV du code de la Sécurité sociale, arrêté pris en application du décret n°56-511 du 24 mai 1956. La distinction faite entre contractuels de droit public et contractuels de droit privé par la Ville de Paris repose en effet sur le fait qu'elle intervient à la fois comme employeur et comme centre de sécurité sociale pour les premiers (comme pour ses fonctionnaires) alors que les seconds relèvent de la Sécurité sociale.

Dès lors, il semble plus exact d'écrire que les agents non titulaires pourraient relever du régime général et non qu'ils devraient en relever.

Concernant les modalités de remboursement des frais liés aux AT, la Ville applique une règle de gestion claire. La DRH s'engage à réaliser une expertise juridique et financière sur cette question précise.

Le placement par anticipation des agents en accident de travail résulte d'une règle de gestion édictée dans l'intérêt des agents afin de pallier la longueur de la procédure de reconnaissance. Cela ne relève pas d'un « parti pris approximatif ». Cette règle a l'inconvénient en cas de non reconnaissance de se retourner dans certains cas contre l'agent qui devra rembourser le trop perçu. L'objectif de la réforme mise en place est de raccourcir suffisamment les délais et donc de rendre caduque l'utilité de cette règle de gestion. Une

telle remise à plat du dispositif actuel supposerait bien sûr un dialogue préalable avec les organisations syndicales.

8/ « La DRH a effectivement admis ...

(p.27)

La DRH demande le retrait de ce propos qui relève plus d'un jugement de valeur que d'une démonstration objective et qui plus est ne correspond à aucune réalité.

Le triptyque » est en fait une attestation de prise en charge prévue par la circulaire de 2006. Celle dernière précise que l'administration n'est pas liée dans sa décision finale d'imputabilité par la délivrance de ce document : « Le certificat de prise en charge est délivré sans préjudice de la décision définitive d'imputabilité au service qui sera prise par l'autorité territoriale ...»

Le sentiment ressenti par les agents et les syndicats évoqué p27 selon lequel il y aurait eu un durcissement dans la diffusion des triptyques lors de la mise en place d'un nouveau marché n'est absolument pas étayé. Il n'y a pas de lien entre le mode de diffusion de ces triptyques et la relation de la Ville avec son prestataire

Contrairement à ce qu'indique le rapport, la DRH n'a pas reconnu dans la délivrance des triptyques mais tout au plus une certaine maladresse dans les toutes premières distributions qu'elle a très rapidement cherché à compenser. Ainsi la répartition de ces documents entre les directions ne se fait pas seulement sur la base du nombre d'accidents antérieurs (seul critère évoqué par le rapport) mais aussi sur le nombre de sites (Unités Organisationnelles dans Suite 7) de chaque direction pour tenir compte de la multitude des locaux de travail. Les documents sont livrés 3 à 4 fois par an aux correspondants désignés par les SRH, à charge pour eux de les répartir au mieux au sein de leurs directions. Depuis janvier 2011, ce sont ainsi au total 43 270 « triptyques » qui ont été distribués aux services de la Ville dont 7450 pour la DPE, 4500 pour la DFPE, 2600 pour la DEVE et 1105 pour la DPP pour ne citer que les 4 directions consultées par l'IG dont 3 ont estimé avoir les triptyques en nombre suffisant.

Le terme a une connotation péjorative qui laisse à penser qu'il existe une volonté de diminuer volontairement le nombre d'accidents pris en charge. Si la DRH mène bien une politique volontaire pour diminuer les accidents de travail c'est au titre de la prévention dans le cadre de l'accord santé sécurité au travail.

En revanche, bien qu'il n'y ait pas de recommandation sur ce point, la DRH s'engage à revoir ses modalités de distribution des triptyques complémentaires délivrés par le service de médecine statutaire (p28).

9/ « La collectivité parisienne a adopté et met en œuvre une interprétation très restrictive de ces textes » (relatifs aux accidents de trajet) **(p 30)**

Le rapport conjoint IGAS-CGEFI précise dans sa page 18 pour ce qui concerne les salariés du privé soumis au livre IV du code de la SS qu'en matière d'accident de trajet, « la preuve attendue du salarié par l'article L411-2 (qui définit l'AT) consiste uniquement à démontrer qu'il s'agit bien d'un trajet de travail ». C'est exactement la même logique qui prévaut quand

la DRH demande aux agents d'apporter la preuve que leur accident s'est bien déroulé sur le trajet dit « protégé ». C'est aussi le sens des courriers de réserves cités dans le rapport de l'IG qui outre le témoignage direct, réclame un certain nombre d'autres pièces (rapports, attestations, itinéraire...) susceptibles d'apporter cette preuve.

Ces courriers ont effectivement évolué dernièrement pour bien préciser que les agents doivent fournir toute pièce permettant de constituer un faisceau d'indices concordants pour apporter la preuve de l'imputabilité de l'accident de trajet. Le témoignage direct n'est qu'un des éléments possibles du faisceau d'indice.

On peut regretter que le rapport s'appuie pour les généraliser sur quelques exemples qui ne reflètent pas l'activité générale du service instructeur (BPOT puis BPMA). De la même manière les rapporteurs écrivent : « Cette intransigeance commence cependant d'être battue en brèche par la jurisprudence ... » pour compléter aussitôt par « bien que le nombre de contentieux soit faible », relativisant ainsi une affirmation qui donne une vision négative d'un service dont il faut rappeler qu'il a une fonction de contrôle.

La DRH regrette que les rapporteurs n'aient pas pris en compte les éléments qui leur ont été transmis dans la fiche spécifique aux accidents de trajets et qui leur ont été commentés pour leur expliquer les évolutions de doctrine qui vont dans le sens d'un certain assouplissement et les efforts continus d'information des agents.

La DRH ne fait pas une interprétation très restrictive des textes. Elle applique les textes en vigueur et demande en conséquence aux agents d'apporter des indices sérieux et concordants, dont les témoignages directs font partie. En cas d'absence de témoignages directs, la DRH applique la même règle que l'APHP citée p 31 qui exige « un faisceau de présomptions lourd et concordant ».

La DRH assume le rôle de contrôle qui est le sien, mais il lui appartient probablement d'évoluer sur la forme de ce contrôle et sur ses modalités de communication avec les agents. Les statistiques ne démontrent pas une sévérité particulière et la question du témoignage direct qui concentre l'essentiel des critiques doit être relativisée (50 dossiers de contestation par an sur environ 1700 dossiers).

Si les accidents de trajet sans témoin représentent plus de la moitié des dossiers examinés en commission au sein du BPMA, leur examen se justifie pour vérifier l'existence du faisceau d'indices nécessaire à la reconnaissance. Ce n'est donc pas l'exigence du témoignage direct qui occupe cette commission mais la nécessité de constater l'existence d'un faisceau d'indices suffisant.

10/ « Les agents ont le sentiment d'être tenus pour des menteurs ou des tricheurs et déplorent cette suspicion que fait peser sur eux la DRH » **(p.32)**

La DRH souhaite que ce commentaire soit retiré ou nuancé dans la mesure où la DRH ne porte pas de jugement sur les agents. Elle ne peut en aucune manière les considérer comme des « tricheurs » ou des « menteurs ». Elle exerce ses responsabilités conformément aux textes en vigueur.

Le rapport de l'IG indique bien que l'accident de trajet doit être établi à partir des éléments produits par l'intéressé. Or, le BPMA doit souvent relancer à de multiples reprises les agents pour qu'ils fournissent les pièces relatives à la reconnaissance de leur accident. A titre

d'illustration, on décompte une centaine de dossiers depuis le 01/06/09 qui n'ont été complétés qu'après la mise en route de la procédure de contestation, voire lors du passage en commission de réforme alors que les pièces nécessaires à la reconnaissance auraient pu être fournies d'emblée. Il s'agit des pièces de base d'un dossier : certificat médical initial et déclaration d'accident de l'agent.

Il convient par ailleurs de ne pas négliger la vérification du caractère professionnel qui sera exercée in fine par la CNRACL dans le cadre de la procédure d'attribution éventuelle d'allocation temporaire pour invalidité. La DRH doit aussi veiller à la qualité des dossiers transmis à la CNRACL conformément à ses obligations réglementaires.

11/ « De tous ces chiffres, il convient de retenir que l'exigence de témoignages directs occupe plus de la moitié des réunions internes de service et 87% des ordres du jour de la commission » **(p32)**

Ce chiffre de 87% correspond au pourcentage des dossiers transmis à la CDR relatifs aux accidents de trajet. Mais ces dossiers ne sont pas soumis à la CDR sur le seul motif qu'il n'y a pas de témoignages directs. Ces dossiers sont transmis parce que le faisceau d'indices relatif à l'imputabilité n'est pas suffisant, parce qu'il manque également d'autres pièces que le témoignage direct ou parce qu'il convient de recueillir l'avis de la CDR sur certaines périodes d'homologation.

87% des ordres du jour de la CDR ne portent donc pas sur la seule absence de témoignages directs. Il en va de même pour les réunions de service internes.

12/ « La DRH conteste donc systématiquement les accidents liés aux malaises » **(p.33)**

La DRH souhaite que cette assertion soit amendée. En effet, le service de la médecine statutaire ne conteste pas systématiquement les accidents liés à des malaises. Chaque dossier est étudié au cas par cas.

Le service de médecine statutaire, comme la CDR quand elle est saisie, distingue ce qui relève d'un état antérieur ayant pu provoquer le malaise et ce qui relève des conséquences du malaise notamment si celui-ci a occasionné une chute avec des séquelles (arrêts de travail, soins) :

- ce qui relève de l'état antérieur n'est pas reconnu en accident de service ou de trajet.
- ce qui relève des conséquences du malaise à proprement dit peut-être reconnu en accident de service ou de trajet.

13/ « On a vu toutefois...qu'une règle de gestion instaurée par le BPOT prohibe la saisie des accidents des agents de droit privé dans Prorisq » **(p60)**

La DRH réfute cette affirmation d'autant qu'il n'est pas de la compétence du BPOT d'ériger une règle de gestion proscrivant la saisie des accidents dans Prorisq pour les vacataires.

La possibilité de saisie des accidents des vacataires dans Prorisq est indiquée lors des formations à l'outil.

Tableau des recommandations de l'Inspection générale sur le rapport provisoire relatif à l'audit du processus de traitement des accidents du travail

Avril 2014

LISTE DES RECOMMANDATIONS		OBSERVATIONS
Recommandation 1	Elaboration et mise à disposition d'un guide du vacataire à destination des personnels vacataires	Il convient de mettre à jour l'ensemble des procédures RH relatives à la gestion des personnels vacataires afin qu'ils disposent d'un livret d'accueil. Un tel projet concerne l'ensemble des services de la DRH et ne pourra être mené qu'à moyen terme.
Recommandation 2	Méthodologie de gestion des personnels non titulaires à destination des gestionnaires RH	Une formation spécifique est prévue pour les UGD (GRH 2) et devra être renforcée, notamment sur les procédures médico-administratives.
Recommandation 3	Saisir les éléments AT-MP concernant les vacataires dans Prorisq	Cette recommandation pourra être rappelée aux UGD puisque Prorisq permet cette saisie.
Recommandation 4	Expertise juridique des modalités de prise en charge des personnels non titulaires de la collectivité parisienne au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles	la DRH mettra en œuvre la recommandation 4 du rapport visant à actualiser l'expertise juridique du régime propre aux agents non titulaires.
Recommandation 5	Concernant la prise en charge des honoraires et frais médicaux, mettre la pratique et les documents contractuels en conformité avec les dispositions législatives	La loi du 26 janvier 1984 prévoit effectivement que l'agent a droit au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident. Le circulaire DGCL du 13 mars 2006 précise aussi qu' aucune limite de principe à cette prise en charge n'est opposable. Faute de cadre législatif précis posé par la loi, elle ajoute une annexe 2 intitulée Liste indicative des frais susceptibles d'être pris en charge par l'autorité territoriale à la suite d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle. La Ville applique ces dispositions et s'engage à réaliser un expertise juridique et financière sur le point précis du montant des honoraires et frais médicaux pris en charge.
Recommandation 6	Proposer au Conseil de Paris un projet de délibération concernant les règles de maintien des primes et indemnités en cas d'arrêt maladie ou d'arrêt de travail pour accident de service, de trajet et maladies professionnelles	Le décret de 2010 qui a harmonisé les règles d'abattement dans la FPE a été rendu possible à la suite d'une simplification des régimes indemnitaires. A la ville une délibération fixant des règles d'abattement n'est envisageable qu'après mise en œuvre de la PFR ou d'un dispositif équivalent non seulement dans la filière administrative mais aussi dans la filière technique et ouvrière ce qui est une opération bien plus complexe qu'à l'État du fait de la plus grande diversité des métiers en catégorie C et du fait de l'alignement des statuts des corps de la ville soit sur la FPE, la FPT ou la FPH. Ce travail est donc un préalable indispensable à toute délibération sur ce sujet.
Recommandation 7	La Ville de Paris devrait prendre contact avec la DGCL et la DGAFP pour l'élaboration d'un triptyque CERFA pour le régime fonctionnaire	Cette préconisation peut être mise en œuvre par l'envoi d'une demande à la DGAFP et à la DGCL. Cependant, les attestations de prise en charge émises par la Ville sont acceptées par les professionnels de santé. Seule une pharmacie parisienne l'a refusé ces dernières années. La problématique n'est donc pas urgente.
Recommandation 8	Pour les accidents de trajet, renoncer à l'exigence de témoignage direct et infléchir les règles en tenant compte de la présomption d'imputabilité telle que la consacre la jurisprudence du Conseil d'Etat	La collectivité applique déjà un faisceau d'indices sérieux et concordants. L'absence de témoignage direct ne conduit pas à contester l'accident de trajet si l'agent apporte d'autres éléments.

DRH/PMSPMA



Avril 2014

Tableau des recommandations de l'Inspection générale sur le rapport provisoire relatif à l'audit du processus de traitement des accidents du travail

LISTE DES RECOMMANDATIONS		OBSERVATIONS
Recommandation 9	Mettre en place une procédure rapide pour les rechutes d'accident du travail afin de ne pas pénaliser les agents victimes	Un traitement rapide pourra être examiné en favorisant les examens sur pièces à condition que l'agent fournisse les éléments médicaux nécessaires. Dans le cas contraire, l'agent devra être obligatoirement reçu par un médecin du service.
Recommandation 10	Opérer le transfert de la gestion des allocations temporaires d'invalidité du Bureau des retraites et de l'indemnisation au BPMA et initier la refonte du processus	Ce transfert est réalisé depuis le 04/11/13. La refonte du système ne concerne pas que la seule Ville de Paris mais toutes les fonctions publiques et leurs partenaires (la CNRACL pour ce qui nous concerne). Le pôle a d'ores et déjà entamé une discussion avec le comité médical pour anticiper, quand cel est possible, l'instruction des retraites pour invalidité afin de réduire les délais pour les agents.
Recommandation 11	"Revisiter" la doctrine de contestation systématique des accidents sans témoin direct et de ceux liés à une pathologie préexistante et mettre fin à la rétroactivité des décisions	Cette doctrine a déjà été revisitée. Les accidents de trajet ne sont pas systématiquement contestés s'il existe un faisceau d'indices suffisant. Il en va de même pour les accidents relatifs à une pathologie préexistante ; les dossiers sont étudiés au cas par cas. La réduction attendue à moyen terme des délais de traitement devrait mettre fin à la rétroactivité des décisions.
Recommandation 12	Mener une réflexion sur le délai des 11 jours	La réflexion pourrait être effectivement menée mais dans le cadre des tranches d'arrêt de Prorisoq (de 11 à 30 jours). En effet, le délai préconisé de 28 jours (au lieu des 11) préconisé par l'IG n'est pas applicable. Il correspond dans le régime général à un seuil pour le mode de calcul des indemnités journalières. Cette réflexion devra se mener en parallèle à celle relative à la fonction RH car une augmentation du seuil entrainera une déconcentration de la gestion en direction. Cela suppose au préalable une formation des UGD et des référents, et une information bien établie pour garantir l'harmonisation des pratiques et un traitement équitable des agents.
Recommandation 13	Renforcer l'effectif de médecins du Service de la médecine statutaire. Mener une réflexion sur leur statut.	La DRH a d'ores et déjà recruté 3 médecins contractuels supplémentaires au sein du service de médecine statutaire (deux ETP). Mais ces médecins étaient auparavant vacataires. Les effectifs sont en effet sous-dimensionnés par rapport à l'APHP et la préfecture de police et il conviendrait d'augmenter le nombre de médecins sur plusieurs années dans un contexte budgétaire contraint. Cette politique de recrutement devrait s'accompagner d'une nouvelle implantation des services médicaux, le nombre de cabinets actuels étant limité. Ce renforcement est d'ailleurs une des conditions d'amélioration de la qualité du service rendu, le traitement des dossiers sur pièces nécessitant aussi des effectifs médicaux.

DRH/PMSMA

Tableau des recommandations de l'inspection générale sur le rapport provisoire relatif à l'audit du processus de traitement des accidents du travail

Avril 2014

LISTE DES RECOMMANDATIONS		OBSERVATIONS
Recommandation 14	Instaurer un véritable management au Service de la médecine statutaire : réunions régulières de service, écriture du cadre juridique de la collectivité parisienne et des procédures AT-MP dans lesquels prend l'activité des médecins, formation continue	Le pôle est désormais doté d'un encadrement administratif jusqu'alors absent. Il a d'ores et déjà mis en oeuvre des réunions de service et de réseaux. L'ensemble des processus est en cours de réécriture avec des supports de communication adaptés aux agents et aux gestionnaires. L'ensemble des personnels, y compris les médecins, suivent ou vont suivre des formations au management, à l'accueil, à la qualité et à l'évaluation des pratiques professionnelles. Le pôle s'est engagé dans un processus de labellisation Qualiparis.
Recommandation 15	Intégrer l'examen sur dossier parmi les méthodes du Service de la médecine statutaire de façon à résorber le retard et statuer dans un délai raisonnable	Le service de médecine statutaire a déjà intégré la méthode d'examen des dossiers sur pièces et le développera dans la mesure du possible. En effet, le contrôle sur pièce peut être favorisé mais ne saurait se substituer à toutes les visites médicales quand les durées d'arrêts pour un accident ou une maladie professionnelle durent plusieurs années.
Recommandation 16	Rédiger les lettres de convocation dans un style plus urbain	Deux groupes de travail sont engagés pour revoir l'ensemble des documents émis par le BPMA et le service de médecine statutaire.
Recommandation 17	Améliorer l'assiduité des agents aux convocations par l'instauration d'un délai raisonnable	C'est un des axes d'amélioration défini par le pôle dans le cadre de son projet de service. Cette recommandation fera l'objet d'une étude particulière dans le cadre de Qualiparis.
Recommandation 18	Faire respecter par les UGD un délai de 15 jours après l'accident pour renseigner Prorisoq à l'aide des documents fournis par le supérieur hiérarchique de l'agent concerné (certificat médical initial, rapport hiérarchique, données administratives)	Ce délai doit être étudié avec les directions de la Ville pour examiner la faisabilité de cette préconisation avec l'organisation des SRH.
Recommandation 19	Confier aux bureaux de prévention la saisie des données relatives à l'analyse des accidents dans Prorisoq	La DRH souscrit au principe général, consistant à impliquer les acteurs de prévention dans la saisie des données permettant de qualifier les circonstances d'un AT. Néanmoins, si l'objectif poursuivi doit être atteint dans toutes les directions, il ne faut pas, pour autant, négliger la diversité des organisations de la prévention dans les directions. En effet, toutes ne disposent pas de BPRP ni même de ressources dédiées. Il faut donc adapter cet objectif aux organisations des directions.
Recommandation 20	Respecter les dispositions du décret 85-603 du 10 juin 1985 en matière d'enquête post-accident	La DRH ne peut que souscrire à cette recommandation dont l'application relève des directions. L'accord cadre santé sécurité au travail rappelle d'ailleurs cet objectif et prévoit même une approche simplifiée pour les accidents les moins graves.
Recommandation 21	Rendre obligatoire la formation des assistants de prévention à l'utilisation de Prorisoq	La DRH souscrit à cette recommandation tout en adaptant la formation aux fonctions propres aux préventeurs. Elle préconise également de rendre obligatoire la formation GRH4 (accidents, maladies...) pour les UGD afin de parfaire leurs connaissances de Prorisoq, de la réglementation et des enjeux sur les délais.
Recommandation 22	Organiser la saisie dans Prorisoq des données concernant l'ensemble des agents de la collectivité parisienne, quel que soit leur statut	La DRH s'engage effectivement dans la professionnalisation des référents médico-administratifs des directions afin d'améliorer notamment la saisie des données dans Prorisoq quel que soit le statut des agents. DRH/PMSP/MA

REPONSE DE LA DIRECTRICE DES FAMILLES ET DE LA PETITE ENFANCE

De :

Envoyé : mardi 27 mai 2014 09:27

À :

Cc :

Objet : TR: rapport de l'IG sur les accidents du travail

Page 1 point 2.2.3.4 :

1^{er} paragraphe : **10** techniciennes au lieu de huit

2^{ème} paragraphe :

L'organisation du BPRP de la DFPE devrait évoluer au rythme de la constitution des circonscriptions des affaires scolaires et de la petite enfance.....

A la place de cette phrase suggestion : **La mise en place des circonscriptions des affaires scolaires et de la petite enfance conduit la DFPE à une réflexion sur l'organisation du BPRP, notamment sur l'intérêt et la possibilité d'affecter une technicienne de prévention au sein de chaque CASPE.**

Fin du 6^{ème} paragraphe : suggestion d'ajout d'une phrase : **A compter de 2014, un préventeur (agent de catégorie A) assure un suivi global des accidents de service. Son rôle est d'assister les techniciennes de prévention dans le suivi des AT de leur secteur et de faire une analyse globale pour identifier les problématiques récurrentes. Cela va permettre à la direction de définir des actions prioritaires à mettre en place afin de prévenir les accidents.**

Page 2 fin du dernier paragraphe : suggestion d'ajout d'une phrase : **Cette évolution s'explique en partie par une amélioration de la surveillance médicale réalisée par la médecine préventive.**

De :

Envoyé : lundi 19 mai 2014 12:45

À :

Objet : TR: rapport de l'IG sur les accidents du travail

Merci en réponse en TTU.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 3 : Les onze recommandations du rapport IGAS-CGEFI « rapport d'évaluation sur les accidents et les maladies professionnelles dans la fonction publique »

Annexe 4 : Document de présentation de la DRH de la nouvelle organisation en matière d'accidents du travail (2009)

Annexe 5 : Circulaire DGCL du 13 mars 2006 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps complet ou à temps non complets contre les risques maladie et accidents de service (extraits)

Annexe 6 : Note de la DRH du 26 mars 2003 « Mise à jour du fichier du personnel en cas d'absences consécutives à un accident du travail »

Annexe 7 : Le « triptyque » de la collectivité parisienne

Annexe 8 : Formulaire de déclaration d'accident de service ou d'accident de trajet

Annexe 9 : Le « triptyque » de l'AP-HP

Annexe 10 : Le « triptyque » de la Préfecture de police

Annexe 11 : Le « triptyque » du Centre d'action sociale de la Ville de Paris

Annexe 12 : Lettre de contestation DRH

Annexe 13 : Convocations du Service de la médecine statutaire

Annexe 14 : La médecine statutaire de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Annexe 15 : Brochure RH « Déclaration d'un accident de travail ».

Avis : La version publiée de ce rapport ne comprend pas les annexes. Sous réserve des dispositions de la loi du 17 juillet 1978 relative à la communication des documents administratifs, celles-ci sont consultables, sur demande écrite, au service de documentation de l'Inspection générale.