

# Evaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique Rapport de diagnostic

## RAPPORT TOME I

Établi par

Aurélien Ardillier,  
Marianne Bondaz

Anne Bruant-Bisson

Martine Marigeaud

Rémy Gicquel

Membres de  
l'Inspection  
générale de  
l'administration

Membre de  
l'Inspection  
générale des affaires  
sociales

Membre de l'Inspection  
générale des  
finances

Membre de l'Inspection  
générale de  
l'administration de  
l'éducation nationale et de  
la recherche



16088-R1



N°2016-128R



N°2016-M-084



N°2017-011



## SYNTHESE

Par lettre en date du 22 août 2016, le Premier ministre a demandé à la ministre des affaires sociales et de la santé de procéder à l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales de la fonction publique. Celle-ci a été confiée à une équipe composée des inspections générales de l'administration, des affaires sociales, des finances et de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.

### **Le dispositif des instances médicales de la fonction publique, complexe, apparaît générateur de lourdeurs et de délais.**

Les **instances nombreuses et fragmentées** sont organisées selon des critères qui ne recouvrent pas la distinction habituelle entre les trois versants de la fonction publique. Les instances de droit commun se tiennent ainsi en administration centrale par ministère et, pour l'essentiel de leur activité, en département où un même secrétariat traite des agents de l'Etat et de la fonction publique hospitalière (FPH). Depuis 2012, les agents de la fonction publique territoriale (FPT) sont pris en charge par les secrétariats créés dans les centres de gestion mais leurs dossiers peuvent aussi être suivis directement par leur collectivité. Des services déconcentrés franciliens sont aussi gérés « historiquement » par leur centrale ainsi que des agents d'établissements publics d'Etat, bien que ceux-ci puissent disposer également de leurs propres instances. C'est aussi le cas des agents de l'Assistance publique- Hôpitaux de Paris (AP-HP). Par ailleurs, certains corps d'Etat (policiers, magistrats ...) relèvent d'instances spécifiques eu égard aux particularités de leur métier et statut.

Du fait de cette diversité, le dispositif n'est pas suivi et **l'activité globale des instances n'est pas mesurée**. Il n'existe pas de donnée sur le nombre total de dossiers traités ou en attente. La mission a donc dû réaliser deux enquêtes auprès des directions départementales de la cohésion sociale (et de la protection des populations) et des centres de gestion (CDG), pour obtenir des éléments de volumétrie certes déclaratifs, ainsi que diverses données sur le fonctionnement et le financement de ces instances jusque-là peu documentés ou inédits.

S'ajoute à cela un **nombre important de procédures au formalisme excessif**. Le cadre réglementaire n'ayant que peu été rénové depuis 1986, de nombreux dossiers sont présentés devant les comités médicaux (CM) et certaines formalités redondantes allongent les délais devant les commissions de réforme (CR). A cet égard, l'ordonnance du 19 janvier 2017 apporte des modifications significatives.

### **La multiplicité des intervenants ainsi que le cloisonnement du dispositif entre les sujets couverts par le secret médical et les questions de gestion administrative et statutaire compliquent la prise en charge par chaque acteur qui suit son propre objectif sans tenir compte des autres :**

- Les **secrétariats des instances**, éléments pivots du dispositif, ne disposent pas de tous les leviers. La réforme de 2012 qui a confié aux CDG les dossiers de la fonction publique territoriale s'est néanmoins effectuée de façon satisfaisante et a permis d'aboutir à des délais de traitement plus raisonnables, grâce à des recrutements supplémentaires même si les effectifs, le fonctionnement et l'activité des secrétariats demeurent très variables selon les territoires.
- Les **services RH des employeurs appréhendent et maîtrisent différemment les contraintes procédurales** augmentant souvent les délais et fragilisant les procédures. Les médecins de prévention, inégalement présents selon les services, ne jouent pas toujours leur rôle, faute de temps et de disponibilité.

La **pénurie médicale** reste une des causes principales de difficultés. Le nombre de médecins dans les secrétariats est trop limité et leur recrutement de plus en plus difficile au sein des instances. Alors même que de nombreuses expertises sont quasi-systématiquement demandées, la ressource médicale se raréfie et les rémunérations, trop faibles, offertes tant aux médecins des instances qu'aux experts, accentuent cette tendance. Enfin, la méconnaissance des spécificités du statut de la fonction publique rend parfois inopérantes certaines préconisations pour les employeurs. La qualité des expertises apparaît aussi inégale.

**L'absence de pilotage national et de suivi d'activité** ne permet ni une gestion à long terme, ni l'équité du traitement des agents. Le comité médical supérieur, organe de recours des décisions des CM, ne peut mener à bien, faute de moyens suffisants, sa mission de coordination et de conseil aux pouvoirs publics. En l'absence d'un système d'information urbanisé, la gestion des instances médicales n'est pas reliée aux politiques de prévention et il n'est pas possible de chiffrer les différents coûts des dispositifs, particulièrement les mises à la retraite précoces.

Si, pour l'ensemble de ces raisons, **le ressenti des usagers** sur le traitement de leur situation par les instances et celui des organisations syndicales apparaissent nuancés, les acteurs rencontrés restent néanmoins attachés à ces structures jugées indépendantes, neutres et préservant le secret médical.

L'évolution du dispositif doit répondre à plusieurs objectifs et enjeux fondamentaux.

L'échelon départemental paraît le mieux adapté pour assurer un traitement de proximité. Dans ce cadre, il convient de **garantir aux agents une équité de traitement**. Cette dernière serait facilitée par la professionnalisation de la gestion de dossiers au sein des services RH des employeurs par mutualisation au niveau régional pour l'Etat, auprès de grands établissements pour la FPH et en lien avec les centres de gestion pour la FPT.

Il est également indispensable **de garantir le respect du secret médical** par les services des ressources humaines des agents comme par les secrétariats des instances médicales (IM), notamment en cas d'informatisation des processus.

**Intégrer le dispositif dans une démarche de bonne gestion des ressources humaines** est nécessaire : il doit mieux s'articuler avec les problématiques de prévention, de reclassement et, plus largement, avec les questions d'employabilité.

Quel que soit le scénario d'évolution retenu, plusieurs réformes préalables sont indispensables.

**La gouvernance du dispositif doit être assurée. Un pilotage national administratif et médical** est à mettre en place avec des relais au niveau local, comportant une doctrine médicale et une animation du réseau des médecins des IM. La construction à terme d'un système d'information pérenne apparaît indispensable.

**La ressource médicale doit être optimisée. Le rétablissement systématique d'une fonction de médecin-secrétaire, appelé « médecin-coordonnateur »** au sein des secrétariats des IM, apparaît nécessaire. Responsable de la régulation des dossiers et de l'intermédiation avec ses collègues mais aussi vis-à-vis des agents, il permettrait de limiter le recours aux experts et d'améliorer la qualité du questionnement adressé aux médecins experts. En tout état de cause, sans relèvement significatif des tarifs (vacations des médecins coordonnateurs et membres des instances, expertises), le système ne pourra pas fonctionner efficacement.

**L'ensemble des acteurs doit être formé.** En premier lieu, les médecins agréés doivent acquérir par des formations adaptées à leurs contraintes une connaissance élémentaire des régimes juridiques des agents de la fonction publique et des contraintes afférentes. Les gestionnaires RH, les agents des secrétariats des instances mais également les représentants du personnel ont besoin de remises à jour régulières de leurs connaissances.

Le **dispositif** porté en services déconcentrés uniquement par le ministère des affaires sociales et de la santé pour l'ensemble des agents de l'Etat et de la fonction publique hospitalière, **doit être financièrement sécurisé** via un partage interministériel de la charge financière.

Ce dispositif doit être **connecté aux politiques de réemploi des agents** pour faciliter des transitions professionnelles par l'adaptation des postes et les reconversions y compris inter fonctions publiques.

Enfin, il convient **de s'interroger sur certaines règles statutaires** portant notamment sur la notion d'aptitude et les distinctions entre différents types de congé-maladie.

Au terme de ce diagnostic, la mission propose **quatre scénarios**, dont le premier a été plus développé, car il constitue une base minimale de rénovation du cadre existant.

Ces quatre scénarios répondent à deux logiques différentes.

**Une première logique conserve la philosophie actuelle** du principe d'un avis médical préalable sur une série de situations.

- Le premier scénario procède à l'allègement significatif des cas de saisines et des procédures. Il assouplit et simplifie l'organisation des instances et sécurise le financement du dispositif.
- Le second scénario recentre les instances sur une approche purement médicale par la création d'une commission médicale unique et propose de confier à une instance différente le dialogue avec les organisations syndicales, notamment sur les situations d'invalidité et de reclassement professionnel. Il envisage par ailleurs la fusion des congés de longue maladie et longue durée dans un but de simplification et s'interroge sur l'opportunité de la création d'une invalidité de type I.

**Une seconde logique change la nature du dispositif pour le rapprocher du régime général.** Le contrôle *a posteriori* des arrêts maladie (hors maladies professionnelles) et des accidents devient la règle. Ses implications en matière organisationnelle, financière et statutaires seraient lourdes.

- Le troisième scénario propose ainsi le passage à un contrôle *a posteriori* propre à la fonction publique. Le cadre juridique et statutaire des congés maladie reste distinct du régime du privé avec le maintien d'une instance spécifique. Il implique la création d'une médecine de contrôle de la fonction publique et fait de la commission médicale du scénario deux une instance de recours ou d'examen des maladies professionnelles hors tableau.
- Le quatrième scénario envisage la mutation du système, en convergence avec le régime général. Il implique un transfert à l'assurance maladie et à son service médical du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires et l'instauration d'une cotisation des employeurs publics reliée à la sinistralité au travail.



## SOMMAIRE

SYNTHESE .....	3
RAPPORT .....	9
Introduction.....	9
1 Un dispositif complexe et inefficace malgré les efforts des acteurs.....	11
1.1 Une multitude d’instances traitant un grand nombre de dossiers d’importance inégale... .....	13
1.1.1 De nombreuses instances, source d’hétérogénéité des pratiques .....	13
1.1.2 Un dispositif mal connu et non évaluable faute de restitutions possibles .....	14
1.1.3 Une gestion de procédures d’inégale importance aux fortes exigences formelles .....	17
1.2 Un processus impliquant des acteurs nombreux et hétérogènes .....	17
1.2.1 Cœur du réacteur administratif, les secrétariats médicaux dans un rôle difficile de cooordination et d’information.....	19
1.2.2 L’intervention des acteurs privés dans le système .....	25
1.2.3 Le dispositif vu par les « usagers » agents et les syndicats.....	26
1.3 Une pratique consommatrice d’expertise dans un monde médical en pénurie et mal rémunéré .....	27
1.3.1 Une raréfaction des médecins qui préparent et siègent dans les instances .....	28
1.3.2 Un recours quasi systématique à des experts réticents et de plus en plus rares .....	29
1.3.3 Un lien quasi inexistant avec des médecins de prévention de plus en plus difficiles à trouver .....	34
1.4 Un système sans pilotage ni restitution d’information qui ne permet pas d’asseoir des politiques de prévention .....	34
1.4.1 Un pilotage administratif quasi inexistant.....	34
1.4.2 Un pilotage médical déficient notamment faute de moyens .....	35
1.4.3 De nombreux coûts « cachés » impossibles à chiffrer.....	36
2 Les enjeux et principes d’évolution du dispositif.....	39
2.1 Les principaux objectifs et enjeux.....	39
2.1.1 Garantir à l’agent un traitement rapide et équitable ainsi qu’une information complète.....	39
2.1.2 Préserver une gestion respectueuse du secret médical .....	41
2.1.3 Maintenir l’exigence d’un avis médical indépendant dans un contexte de pénurie de la ressource médicale .....	43
2.1.4 Intégrer le dispositif dans une démarche de bonne GRH .....	43

2.2	Les axes d'évolution communs à tous les scénarios.....	45
2.2.1	Piloter activement le dispositif au plan administratif et médical .....	45
2.2.2	Optimiser la ressource médicale.....	49
2.2.3	Former l'ensemble des acteurs.....	52
2.2.4	Sécuriser le financement du dispositif .....	55
2.2.5	Créer un lieu neutre et partagé pour développer des politiques de réemploi des agents en difficulté.....	56
2.2.6	Simplifier le dispositif et s'interroger sur la pérennité de certaines règles statutaires.....	56
3	Les pistes de scénarios .....	57
3.1	Scénario 1 : une rénovation du cadre existant.....	57
3.1.1	Les éléments centraux du scénario.....	58
3.1.2	Avantages et inconvénients du scénario .....	66
3.2	Scénario 2 : une révision du dispositif pour le recentrer sur une approche purement médicale .....	67
3.2.1	Les éléments centraux du scénario.....	68
3.2.2	Avantages et inconvénients .....	72
3.3	Scénario 3 : un passage à un contrôle <i>a posteriori</i> propre à la fonction publique .....	73
3.3.1	Les éléments centraux du scénario.....	74
3.3.2	Avantages et inconvénients .....	75
3.4	Scénario 4 : une mutation complète de système en convergence avec le régime général ..	76
3.4.1	Les éléments centraux du scénario.....	76
3.4.2	Avantages et inconvénients .....	79
	LETTRE DE MISSION .....	83
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....	87
	SIGLES UTILISES.....	103



# RAPPORT

## INTRODUCTION

Dans le cadre de la modernisation de l'action publique, le Premier ministre a demandé à la ministre des affaires sociales et de la santé par lettre en date du 22 août 2016 de procéder à l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales de la fonction publique (lettre de mission jointe). Celle-ci a été confiée à une équipe composée des inspections générales de l'administration (IGA), des affaires sociales (IGAS), des finances (IGF) et de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (IGAENR).

Dans un premier temps, la mission a établi et fait valider fin décembre 2016 le cahier des charges de l'évaluation par le comité de pilotage présidé par le ministère des affaires sociales et de la santé et incluant des représentants de l'Etat et de la fonction publique territoriale<sup>1</sup> (cf. annexe 1). Le champ de la mission recouvrait en effet les trois versants de la fonction publique, potentiellement 5,5 millions d'agents, fonctionnaires et contractuels. Les principales questions auxquelles devait répondre l'évaluation portaient notamment sur la pertinence du dispositif, l'aptitude de celui-ci à prendre en charge les spécificités de chaque fonction publique, sa lisibilité, son équité, son accessibilité ainsi que son efficience.

Une des principales difficultés portait sur la réalisation d'un diagnostic, compte tenu de l'opacité induite par l'éclatement du dispositif. L'absence d'éléments statistiques rendait difficile toute approche quantitative faute d'une coordination nationale, reflétant un des constats les plus évidents à savoir l'absence d'une responsabilité d'ensemble. C'est pourquoi la mission a lancé deux enquêtes détaillées :

- la première auprès des 101 directions départementales de la cohésion sociale (et de la protection des populations - DDCS/PP) avec un taux de retour de plus de 70 % : s'il s'agit évidemment de données à prendre avec précaution car elles sont déclaratives, parfois partielles avec des risques d'incompréhension de méthodologie de la part des répondants, elles ont permis de dessiner une vue d'ensemble indispensable du système (cf. synthèse en annexe 2) ;
- la seconde enquête a été élaborée en liaison avec la Fédération nationale des centres de gestion et administrée à 95 centres adhérents couvrant 99 départements avec un taux de réponse très satisfaisant couvrant 80 départements. Là aussi les données n'ont pas un caractère statistique pour les mêmes raisons : elles sont déclaratives, incomplètes dans certains cas. Par ailleurs comme les dossiers relatifs aux agents territoriaux sont souvent encore en cours de transfert entre les DDCS/PP et les centres de gestion, des doublons existent probablement (cf. synthèse en annexe 3).

Néanmoins, ces enquêtes complétées parfois par des explications orales, ont permis de constituer un matériau très riche pour effectuer enfin un constat chiffré. A cet égard, la mission remercie vivement l'ensemble des participants qui ont bien voulu se prêter à l'exercice.

Une troisième enquête de type qualitatif a pu être réalisée grâce à la DDCS de la Côte-d'Or auprès de 341 usagers récents des instances avec un taux de retour de 31 % complété par quelques audits, ces acteurs étant plus difficiles à consulter (cf. synthèse en annexe 6).

---

<sup>1</sup> La FPH étant représentée par l'intermédiaire de la Direction générale de l'offre de soin.

Par ailleurs, la mission a effectué plusieurs déplacements sur le terrain afin de rencontrer l'ensemble des acteurs : secrétariats d'instances, médecins, gestionnaires RH des trois fonctions publiques, organisations syndicales, élus locaux. Un panel de départements diversifiés a été ainsi vu : Seine-Maritime, Nord, Ardennes, Côte d'Or, Gard. La quasi-totalité des ministères ont été entendus en centrale ainsi que les associations d'élus locaux (cf. liste des personnes rencontrées).

Les quelque 300 personnes rencontrées ont permis de dégager un constat largement consensuel sur le système, plus nuancé que l'appréhension critique initiale, le dispositif souffrant d'abord d'une absence de pilotage mais surtout d'une crise de la démographie médicale qui le dépasse (ce qui sera vu en première partie du présent rapport de diagnostic). Dans un second temps, la mission a détaillé sur le fondement de ces constatations les conditions transversales indispensables à toute réforme. Enfin, quatre scénarios à explorer sont proposés au comité de pilotage dans la troisième partie, dans une gradation progressive de réforme allant de l'adaptation du modèle à sa transformation.

## 1 UN DISPOSITIF COMPLEXE ET INEFFICIENT MALGRE LES EFFORTS DES ACTEURS

### COMPOSITION, ROLE ET FONCTIONNEMENT DES INSTANCES MEDICALES (IM) DE LA FONCTION PUBLIQUE

Dans le droit de la fonction publique, des garanties procédurales accompagnent la décision de l'administration en matière de congés pour raison de santé ou d'inaptitude. Ainsi, au sein des trois fonctions publiques, ces questions sont traitées par les comités médicaux et commissions de réforme.

#### Les comités médicaux<sup>2</sup>

Les comités médicaux sont des instances consultatives, composées uniquement de médecins agréés désignés par l'administration, qui donnent un avis sur l'état de santé du fonctionnaire, préalable à la décision administrative.

Ces instances se prononcent sur : la prolongation des congés de maladie ordinaire au-delà de 6 mois consécutifs, l'attribution et le renouvellement des congés de longue maladie (CLM), de grave maladie et de longue durée (CLD) ; la réintégration après 12 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire ou à l'issue d'un CLM, d'un congé de grave maladie ou d'un CLD ; l'aménagement des conditions de travail d'un fonctionnaire après congé de maladie ou disponibilité d'office, la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement, le reclassement d'un fonctionnaire dans un autre emploi à la suite d'une modification de son état physique, l'octroi d'une pension après reconnaissance de l'inaptitude dans le cas de la procédure dite « simplifiée »<sup>3</sup>.

En fonction de la situation statutaire et géographique du fonctionnaire, ce dernier dépend d'un comité départemental ou ministériel.

Un **comité médical départemental** est institué au sein de chaque département et composé de deux médecins généralistes et de deux médecins spécialistes (qui n'interviennent que pour les cas relevant de leur qualification) désignés par le préfet de département pour une durée de trois ans.

Un **comité médical ministériel** existe au sein de chaque département ministériel, sa composition est identique (les médecins sont désignés par le ministre).

De nombreux établissements publics administratifs ont leur propre comité médical ou commission de réforme. Certains dépendent des comités ministériels.

Le **secrétariat** des comités médicaux départementaux est assuré pour la fonction publique d'Etat (FPE) et la fonction publique hospitalière (FPH) par les DDCS/PP ; pour la fonction publique territoriale (FPT), il est exercé essentiellement par les centres de gestions (ou plus rarement de façon autonome pour certaines collectivités non affiliées et n'ayant pas conventionné avec un centre de gestion).

Les avis rendus par ces instances n'ont qu'un caractère consultatif sauf dans deux cas : la reprise des fonctions après 12 mois de congé maladie ordinaire, la reprise des fonctions après congé de longue maladie ou congé de longue durée<sup>4</sup>.

Le **comité médical supérieur**<sup>5</sup> est une instance consultative composée de médecins nommés par le ministre chargé de la santé qui peut être consulté en appel de l'avis donné par les comités médicaux, à la demande de l'administration ou du fonctionnaire. Il exerce également en théorie un rôle de coordination nationale des avis des comités médicaux. Son secrétariat est assuré par la direction générale de la santé.

<sup>2</sup> Articles 5, 6, 7, 14, 15,16 et 17 du décret du 14 mars 1986.

<sup>3</sup> Lorsque l'agent demande à partir en retraite, ne peut pas prétendre à une majoration pour l'assistance d'une tierce personne et a un nombre de trimestres d'activité suffisant pour que sa retraite s'élève à 50 % du traitement de base.

<sup>4</sup> Respectivement articles 27 et 41 du décret du 4 mars 1986. Le troisième cas (octroi d'un temps partiel thérapeutique) a été supprimé par l'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et à la sécurité au travail dans la fonction publique.

<sup>5</sup> Articles 8 et 9 du décret du 14 mars 1986.

**Les commissions de réforme<sup>6</sup>**

Les commissions de réforme sont des instances consultatives médicales et paritaires qui donnent un avis sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie et sur l'état de santé, les infirmités et le taux d'invalidité qui en découlent, avec éventuellement à la clé attribution d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI). Elles se prononcent également en cas de mise à la retraite pour invalidité, quelle que soit l'origine de la pathologie, en dehors des cas de procédures simplifiées qui ne peuvent être examinés qu'en CM.

Elles se prononcent sur : l'imputabilité au service de la maladie ou de l'accident à l'origine d'un congé de maladie sauf si l'administration reconnaît d'emblée cette imputabilité ; la situation du fonctionnaire à la fin de la dernière période d'un CLM ou d'un CLD lorsque le comité médical a présumé le fonctionnaire définitivement inapte lors du dernier renouvellement de son congé ; la reconnaissance et la détermination du taux de l'invalidité temporaire ouvrant droit au bénéfice de l'allocation temporaire d'invalidité, la réalité des infirmités suite à un accident de travail/une maladie professionnelle, leur imputabilité au service, le taux d'invalidité en vue de l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité, le dernier renouvellement d'une disponibilité d'office pour raison de santé.

En fonction de la situation statutaire et géographique du fonctionnaire, ce dernier dépend d'une commission de réforme départementale ou ministérielle.

La **commission de réforme départementale** est composée des médecins membres du comité médical départemental, de deux représentants de l'administration (le chef de service et le directeur départemental des finances publiques ou leur représentant), de deux représentants du personnel élus par les membres titulaires et suppléants de la commission administrative paritaire. Le président est le préfet ou son représentant ; pour la FPT, la présidence peut être confiée au centre de gestion (CDG).

La **commission de réforme ministérielle** est composée de la même manière (l'administration est représentée par le chef de service et le membre du corps du contrôle général économique et financier ou leur représentant). Le président est le chef de service ou son représentant.

Les commissions de réforme ont le même **secrétariat** que les comités médicaux et sont placées auprès des mêmes directions ou centres de gestion.

---

<sup>6</sup> Articles 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19 et 19-1 du décret du 14 mars 1896.  
Article L31 du code des pensions civiles et militaire de retraite (CPCMR).

## 1.1 Une multitude d'instances traitant un grand nombre de dossiers d'importance inégale

### 1.1.1 De nombreuses instances, source d'hétérogénéité des pratiques

Tableau 1 : Essai d'évaluation du périmètre des instances médicales des fonctions publiques

Instances <sup>7</sup>	Nombre approximatif de secrétariats d'IM	Nombre approximatif d'agents couverts	Nombre de dossiers estimé*
<b>IM centrales d'Etat (ministères)</b>	15	65 000	CM : inférieur à 10 000 CR : inférieur à 5 000
<b>IM gérées par les DDCS, communes à FPE/FPH</b>	101	2,3 millions FPE 1,1 million FPH	CM : 164 000* CR: 45 000*
<b>AP-HP</b>	1	80 000	CM : 6 276 CR : 645
<b>IM Etablissements publics Etat</b>	Inconnu : un certain nombre d'EP relèvent des IM ministérielles	481 000	Inconnu
<b>IM gérées par les centres de gestion (FPT)</b>	95	1,9 million	CM : 93 000* CR : 33 000*
<b>IM de collectivités ou SDIS non affiliés et n'ayant pas conventionné avec un centre de gestion (FPT)</b>	71*		<b>Inconnu</b>

Source : *Enquêtes de la mission, statistiques DGAFP au 31.12 2014, entretiens \* données par extrapolation*

Le paysage des instances médicales de la fonction publique, peu connu, se révèle d'une grande fragmentation d'autant plus qu'il ne se lit pas selon les lignes de partage verticales qui ordonnent chacune des trois fonctions publiques. Il se caractérise notamment par :

- des exceptions à la règle de droit commun avec des instances spécifiques pour certains corps de fonctionnaires (policiers, magistrats, médecins hospitaliers) et un régime particulier pour les militaires<sup>8</sup> ; ainsi dans un ministère comme l'Intérieur, les policiers sont suivis par la médecine statutaire<sup>9</sup>, les gendarmes par la médecine militaire et les autres agents rejoignent le dispositif de droit commun ;
- un dispositif général commun aux autres agents des trois fonctions publiques, mais géré par cinq types de secrétariats correspondant :
  - aux instances médicales dans les administrations centrales de l'Etat, qui peuvent au gré des hasards historiques intégrer aussi quelques services déconcentrés et des établissements publics ;
  - aux instances des opérateurs de l'Etat qui peuvent disposer là aussi selon leur histoire de leur propre comité ; c'est aussi le cas dans la fonction publique hospitalière (FPH) avec l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP qui est autonome) ;

<sup>7</sup> Hors instances médicales spécifiques (police, magistrats, médecins hospitaliers).

<sup>8</sup> Soit environ 657 000 personnes dont 115 000 médecins hospitaliers, 303 000 militaires, 120 000 policiers actifs, 8 800 magistrats – données 31/12/2014, sources diverses dont rapport sur l'état de la fonction publique Edition 2016 – ministère de la fonction publique – hors contractuels qui relèvent des comités médicaux pour le congé de grave maladie.

<sup>9</sup> Cf. dispositif décrit en annexe 4.

- aux instances médicales départementales qui, historiquement, constituent le dispositif de droit commun pour les services déconcentrés de l'Etat, pour les établissements publics hospitaliers et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- aux instances médicales de la fonction publique territoriale (FPT) où deux choix restent possibles depuis le transfert : soit les collectivités constituent leurs propres secrétariats, soit les centres de gestion gèrent dans le cadre de l'affiliation obligatoire ou par convention cette compétence.

Cette dispersion conjuguée à l'absence de coordination crée des risques de différences de traitement et rend impossible toute approche statistique ou historique.

Ainsi il n'est pas possible de mesurer le rythme d'évolution du nombre de dossiers déposés devant l'ensemble des instances qui très approximativement tourne en 2015 autour de 275 000 pour les comités médicaux et de 85 000 pour les CR. La volumétrie des dossiers en CM est très supérieure à celle en CR (de l'ordre de trois à quatre fois plus) avec des différences de proportion d'un département à l'autre difficilement explicables (cf. annexes 2 et 3).

La charge de traitement de ces dossiers se double d'une charge d'archivage sur une longue durée puisque la santé d'un agent devra être suivie tout au long de sa carrière.

La répartition des causes de maladies est commune à tous les constats, les dossiers se partageant grossièrement entre psychiatrie (de 30 à 50 %), oncologie (20 à 25 %), rhumatologie (20 à 25 %), les autres spécialités étant indifférenciées (cardiologie...). Les affections psychiatriques sont en nette augmentation.

### 1.1.2 Un dispositif mal connu et non évaluable faute de restitutions possibles

Ne sont étudiées ci-après que les données relatives aux instances départementales issues des deux enquêtes. Le nombre des dossiers gérés par les administrations centrales est en effet de faible portée : en dessous du millier pour les passages en comité médical (600 à la Justice, 998 aux Finances, 150 aux Affaires étrangères, 971 à la Culture en 2015) comme en commission de réforme (300 à l'Agriculture, moins d'une centaine aux Affaires étrangères et à la Justice en 2015). Les instances ministérielles représentent ainsi moins de 4 % de l'activité des instances médicales. Les éléments recueillis par la mission concernant les administrations centrales sont synthétisés en annexe 4.

#### 1.1.2.1 Le volume de dossiers varie logiquement d'un département à l'autre

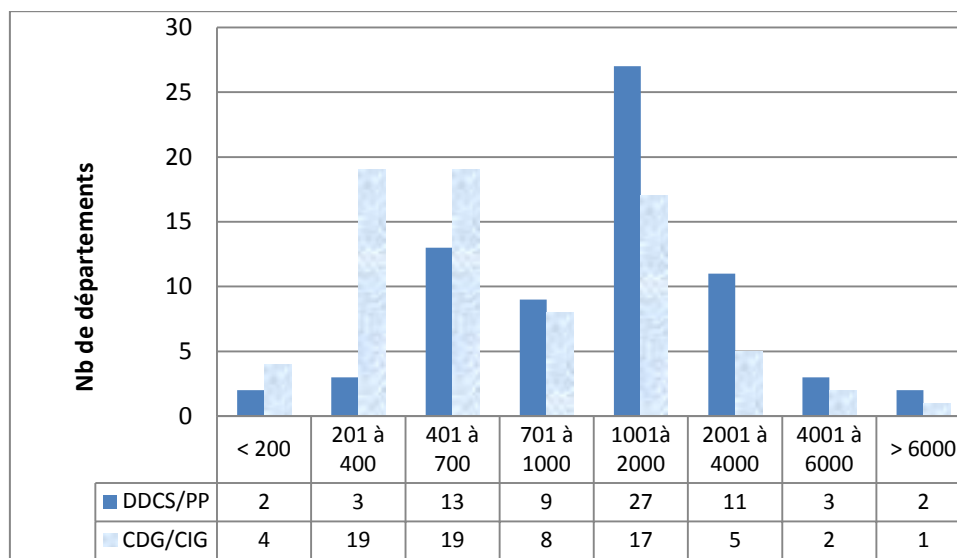
##### ► Pour les comités médicaux

Le volume de dossiers étudiés pour l'année 2015 par les 70 DDCS/PP ayant renseigné cet item est de 113 280 en CM, pour une moyenne annuelle de 1 595 dossiers, avec un volume annuel compris entre 75 pour le plus petit (Mayotte suivi de la Lozère avec 184 dossiers) et 7 157 pour le plus gros (Nord). Cette donnée comprend encore dans certains départements des dossiers FPT gérés par la DDCS jusqu'au transfert au CDG quand il est intervenu courant 2015 ou à compter du 1er janvier 2016. Elle est donc amenée à encore diminuer au profit des centres de gestion.

Le volume de dossiers par an en DDCS/PP témoigne d'une relative dispersion : 7 % des directions ayant répondu (cinq réponses) ont traité au plus 400 dossiers en 2015, plus de 38 % (48 réponses) jusqu'à 2 000 dossiers, et près de 23 % plus de 2 000 dossiers dont deux DDCS ayant traité plus de 6 000 dossiers.

Pour les 75 centres de gestion ayant répondu (79 départements représentés), il est de 74 554 dossiers en 2015<sup>10</sup>. 31 centres ont géré moins de 500 dossiers dans l'année, 25 centres en ont géré plus de 1 000. Le centre interdépartemental de gestion (CIG) de Versailles et celui de la petite couronne ont géré respectivement 5 693 et 6 959 dossiers.

Graphique 1 : Distribution du nombre de dossiers CM par département



Source : *Enquête Mission - enquête DDCS/PP et centre de gestion - Décembre 2016 - Sur la base de 70 réponses en DDCS/PP et de 75 réponses exploitables pour les CDG*

### ► Pour les commissions de réforme

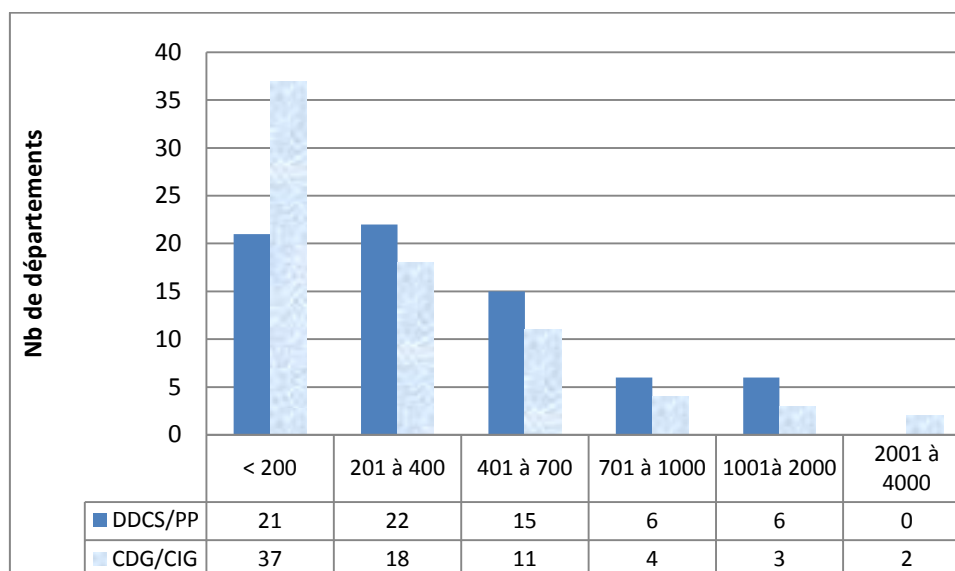
Sur 70 réponses exploitables des DDCS/PP, le nombre de dossiers pour 2015 est de 30 938. L'écart va de 40 dossiers par an pour le plus petit (Aveyron) à 1 988 pour le plus important (Bouches-du-Rhône) pour un nombre moyen de 442 dossiers par département en 2015. Les dossiers du ministère de l'Education nationale représentent 42,5 % des dossiers de la FPE.

Les centres de gestion ont géré en 2015 26 604 dossiers en CR. Le nombre va de 18 en Lozère à 2 664 au CIG de petite couronne, soit une proportion de dossiers en CR par rapport aux dossiers CM supérieure pour la FPT<sup>11</sup>. En 2015, 37 centres ont géré moins de 200 dossiers en CR et 59 moins de 500, soit 80 % des réponses reçues. Seulement cinq centres ont géré plus de 1 000 dossiers dans l'année (Alpes-Maritimes, Nord, Rhône, CIG petite couronne et CIG grande couronne).

<sup>10</sup> Les deux centres interdépartementaux, pour la petite et la grande couronne, mutualisent cette fonction pour trois départements. Paris qui gère ses propres dossiers n'est pas comptabilisé.

<sup>11</sup> Ceci peut aussi être en partie dû au fait que le transfert des dossiers des DDCS/PP vers les centres de gestion s'est prioritairement fait pour la CR.

Graphique 2 : Distribution du nombre de dossiers CR par département



Source : *Enquête Mission - enquête DDCS/PP et centre de gestion - Décembre 2016 - Sur la base de 70 réponses en DDCS/PP et de 75 réponses exploitables pour les CDG*

#### 1.1.2.2 Le contentieux est réduit

En première instance, devant les 42 tribunaux administratifs, le contentieux des décisions administratives ayant impliqué un avis des instances médicales peut être estimé<sup>12</sup>, pour la période d'activité juridictionnelle 2016-2017 à :

- 1 076 décisions où est mentionné un avis de la commission de réforme (ou contestée son absence) ;
- 728 décisions où est mentionné un avis du comité médical (ou contestée son absence).

Ces décisions de justice peuvent être soit des jugements au fond soit des ordonnances de référé suspension. Elles représentent environ 1 % des affaires jugées devant les tribunaux administratifs et 10 % des affaires relatives à la fonction publique<sup>13</sup>.

Plusieurs témoignages ont fait état d'une augmentation de ce contentieux mais la mission n'a aucun élément pour infirmer ou confirmer cette tendance.

<sup>12</sup> Ces chiffres peuvent être minorés par rapport à l'activité contentieuse réelle afférente à ces décisions, dans la mesure où les critères de recherche utilisés sur la base de données Ariane du Conseil d'Etat (qui ne permet pas une sélection fine), ont conduit à isoler chacune des instances médicales impliquées par exclusion de toute mention de l'autre (or, une même décision de justice peut mentionner les deux instances).

<sup>13</sup> Il y a eu en 2015 192 000 affaires enregistrées et 189 000 affaires jugées devant les TA, toutes matières confondues. Les contentieux des fonctions publiques représentent 11 % des entrées annuelles, soit 21 600 affaires nouvelles (quatrième contentieux en volume après celui des étrangers 30 %, le social 16 % et le fiscal 12 %). En 2015, 18 000 contentieux de fonctions publiques ont été jugés.



### 1.1.3 Une gestion de procédures d'inégale importance aux fortes exigences formelles

L'efficacité du travail des comités est entravée à la fois par le trop grand nombre de procédures qui leur sont soumises et par le formalisme imposé à leur activité.

Trop de dossiers passent devant le CM, en dépit de leur simplicité, faute d'avoir toiletté les procédures. La mission a constaté un consensus pour recentrer cette instance sur l'essentiel.

En CR, on observe des redondances manifestes avec l'instruction de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) ou du service de retraite de l'Etat (SRE) entraînant l'allongement de la procédure et sa fragilisation par un formalisme inutile.

Dans cet esprit, la récente ordonnance du 19 janvier 2017<sup>14</sup> allège la procédure relative au temps partiel thérapeutique qui ne passera plus devant le comité médical en cas d'avis concordants des médecins traitants et agréés<sup>15</sup>. Dorénavant, le principe de l'imputation au service par présomption des accidents de service et maladies professionnelles inscrites aux tableaux du code de la sécurité sociale vient renforcer les effets du décret de 2008 qui ne rendait plus obligatoire la saisine de la CR lorsque l'imputabilité au service était reconnue par l'employeur<sup>16</sup>, pas toujours appliqué en pratique, et devrait également alléger les saisines de la CR qui se sont poursuivies.

S'agissant d'instances chronophages, les exigences de quorum et de représentativité sont trop lourdes ou inadaptées (présences de spécialistes, réquisition d'élus pour représenter l'employeur et convocation exclusive de membres issus des commissions paritaires pour les organisations syndicales).

Enfin, la nature mixte de la composition de la CR où se mélangent questions médicales et questions administratives suscite des interrogations.

## 1.2 Un processus impliquant des acteurs nombreux et hétérogènes

Le traitement des dossiers devant les instances médicales conjugue la complexité des circuits avec un nombre d'acteurs élevé. En outre, le cloisonnement entre questions couvertes par le secret médical et questions de gestion administrative et statutaire alourdit la prise en charge de chaque acteur qui suit son propre objectif sans tenir compte des autres. Les gestionnaires RH préparent et suivent les dossiers de manière différente selon les services

La première étape du passage devant les instances médicales relève des services de ressources humaines gestionnaires des agents. Cette étape est cruciale, notamment dans la qualité de la relation que l'agent a avec ce service, qui peut d'ailleurs dans les grandes structures, comme les ministères, s'articuler en deux parties : le service de proximité où travaille l'agent, souvent le premier contact de celui-ci<sup>17</sup> et le service RH qui sera l'interlocuteur du secrétariat médical et gèrera l'impact des décisions sur la paye. Les modes de relations varient considérablement selon les structures et leur culture : des différences de traitement notables existent dans la prise en charge, le suivi du dossier et l'information de l'agent. Les observations qui suivent résultent de constats convergents de la mission sur le terrain mais ne sauraient être systématisées.

---

<sup>14</sup> Ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et sécurité au travail dans la fonction publique.

<sup>15</sup> La question des délais n'a pas été réglée pour autant puisque le temps partiel thérapeutique est accordé après expertise d'un médecin agréé. L'intervention du médecin de prévention en liaison avec le médecin traitant aurait pu suffire.

<sup>16</sup> Décret n° 2008-1191 du 17 novembre 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.

<sup>17</sup> Il connaît souvent d'ailleurs les problèmes médicaux de l'agent, ce qui complique la gestion du secret médical.

Pour l'Etat, en administration centrale où des moyens sont consacrés à ces procédures (de l'ordre de un à trois ETP selon les ministères), les agents sont bien suivis et informés avec éventuellement l'appui d'assistantes sociales et de médecins de prévention toujours présents.

Comme en outre, les ministères disposent chacun de leurs propres instances médicales, la coordination est plus aisée et le suivi des dossiers facilité. La situation est nettement plus hétérogène dans les services déconcentrés dont les ressources RH sont limitées, notamment dans l'Education nationale compte tenu de la multiplicité des établissements et des organisations (procédures traitées au niveau du rectorat ou des inspections, variabilité de la qualité des fonctions RH en établissement).

Pour les collectivités territoriales, la gestion des dossiers apparaît plus contrastée : la qualité varie avec leurs moyens. Les petites communes par exemple sont très démunies pour préparer et suivre des procédures requérant une connaissance pointue de la réglementation. Certains CDG assistent aujourd'hui les petites collectivités dans la préparation des dossiers et le suivi des avis des instances. La protection du secret médical est plus difficile, quelle que soit la taille de la collectivité, lorsque celle-ci ne relève pas du centre de gestion et assure son propre secrétariat des instances médicales, ce qui peut engendrer des situations délicates pour l'agent comme pour le(s) gestionnaire(s) de l'instance. Cette question se pose moins dans les ministères qui, sensibles à ce sujet, veillent à garder un cloisonnement strict entre le secrétariat médical et les services RH. D'une manière générale, le secret médical n'est pas appréhendé avec l'attention qui doit lui être portée compte tenu de son importance pour les agents concernés et des risques pénaux encourus.

Pour les établissements hospitaliers, la situation est également contrastée, au-delà de certains régimes spécifiques détaillés dans l'annexe 4 tels que celui de l'AP-HP qui donne satisfaction ; se retrouvent les mêmes difficultés liées à la taille et à la proximité. Les problèmes apparaissent particulièrement prégnants dans les petites unités, notamment dans les EHPAD ou petits centres hospitaliers où les responsables administratifs peu nombreux et polyvalents ne maîtrisent pas bien ces processus. Les dossiers, mal traités, entraînent des délais supplémentaires et dans certains cas une aggravation des situations. Certains s'appuient sur les services plus étoffés d'autres établissements, entre conseils et quasi-délégation de traitement (Ardennes, Nord). Des réseaux de collaboration informelle ont ainsi pu se développer dont l'importance n'est pas mesurable.

La conséquence principale de ces divergences est une mauvaise préparation des dossiers, source majeure de retard de traitement.

Les DDCS/PP rencontrées ont signalé la qualité parfois médiocre des dossiers transmis qui les obligent soit à renvoyer les dossiers soit à les compléter elles-mêmes dans l'espoir de gagner du temps (d'où le grief qui peut leur être fait injustement de délais incompréhensibles). 51 des centres de gestion interrogés ont indiqué un problème de préparation des dossiers par l'employeur. Selon un centre de gestion (cf. annexe 3), « 7 dossiers sur 10 arrivent incomplets au Centre de Gestion (défaut d'expertise médicale, de rapport hiérarchique, d'imprimés types tels que le rapport médical d'ATI ou le document AF3 complété). L'instruction des dossiers nécessite plusieurs relances des collectivités pour obtenir les pièces justificatives ».

Partout, la rotation de plus en plus rapide des équipes, conjuguée à la complexité des emboîtements CMO/CLM/CLD insuffisamment anticipés, entraîne allers-retours et retards préjudiciables au collectif comme à l'agent. La procédure la plus problématique est la retraite anticipée qui exige une très bonne connaissance des rouages en lien avec les instances médicales et les services de retraite : or dans certains services, ce type de cas peut intervenir avec une récurrence faible, ce qui ne permet pas de capitaliser un savoir-faire.

Si les processus sont relativement bien suivis par les services RH, l'anticipation fait défaut même si tous ont des processus d'alerte pour les seuils de passage à demi-traitement pour le service paye (sans que l'agent n'en soit toujours prévenu). Rien n'est mis en place en prévision de la réintégration : ceci s'explique par la dichotomie entre le parcours médical, ignoré du service RH, et la situation statutaire et professionnelle de l'agent. Il manque un point de liaison, notamment dans les cas de problèmes psychologiques qui occupent une place croissante dans les causes d'arrêt médical long. Cette liaison devrait être assurée en lien avec le médecin de prévention qui doit retrouver une place plus active dans le traitement des dossiers<sup>18</sup>.

Enfin, une fois l'avis des instances médicales recueilli, dans les trois fonctions publiques, il est pratiquement toujours suivi même s'il n'est pas jugé satisfaisant ou applicable (cf. *infra* partie 1.2.4). S'agissant de questions médicales, les gestionnaires ne s'estiment pas légitimes pour le remettre en cause.

### 1.2.1 Cœur du réacteur administratif, les secrétariats médicaux dans un rôle difficile de coordination et d'information

Les DDCS/PP assurent le secrétariat des instances médicales pour les services déconcentrés de l'Etat et pour le secteur sanitaire et médico-social. Parallèlement, depuis la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012, les centres de gestion ont pris en charge l'essentiel des dossiers de la fonction publique territoriale selon des dates et des modalités variables<sup>19</sup> (cf. annexe 2 et 3). Dans la majorité des cas, la reprise a été postérieure à 2012 et s'est échelonnée sur plusieurs mois, voire plusieurs années, notamment pour les CM qui impliquent un important transfert d'archives. Le transfert des dossiers FPT aux centres de gestion est considéré comme largement positif de part et d'autre car il a permis d'éviter l'embolie du système qui avait accumulé de gros retards, en recrutant les effectifs nécessaires. 54 % des centres de gestion ayant répondu ont dû gérer un retard de traitement lors de la reprise de la compétence de secrétariat.

Les réponses à l'enquête DDCS/PP qui couvre 70 % de celles-ci ont permis de dénombrer 146,8 ETP, pour une moyenne de 2,1 par direction, dont 5,2 ETP en catégorie A, 35,8 ETP en catégorie B et 105, 8 ETP en catégorie C. Six DDCS/PP font état d'un effectif de plus de quatre ETP. Par extrapolation, l'effectif total France entière peut être estimé à environ 215 ETP.

Pour les 75 CDG ou CIG ayant répondu, les effectifs correspondant à la fonction de secrétariat s'élèvent à 215 ETP au total. 27 centres ont un effectif inférieur à deux ETP consacrés à cette fonction. Seulement huit disposent d'un effectif supérieur ou égal à cinq ETP<sup>20</sup>. Il s'agit essentiellement d'agents de catégorie C ; un quart des effectifs est de catégorie B (53) et quelques agents relèvent de catégorie A (19).

<sup>18</sup> Nonobstant l'absence criante de ceux-ci (cf. *infra*).

<sup>19</sup> Dans de nombreux cas, le transfert du secrétariat des instances médicales ou de l'une d'entre elles (CR en général) s'est fait antérieurement à 2012 : par exemple, en septembre 2010 dans les Alpes-Maritimes, en 2008 pour la CR et en 2010 pour le CM en Isère, en 2005 pour la CR et en 2010 pour le CM dans les Landes... En Ille-et-Vilaine, le secrétariat de la CR a été repris avant 2012 (en 2006) mais la reprise du CM n'a été finalisée qu'en 2014.

<sup>20</sup> Le CIG de petite couronne y consacre 26,5 ETP tandis que les CDG du Nord et du Rhône y consacrent respectivement huit et près de sept ETP, et le CIG de la grande couronne 14 ETP.

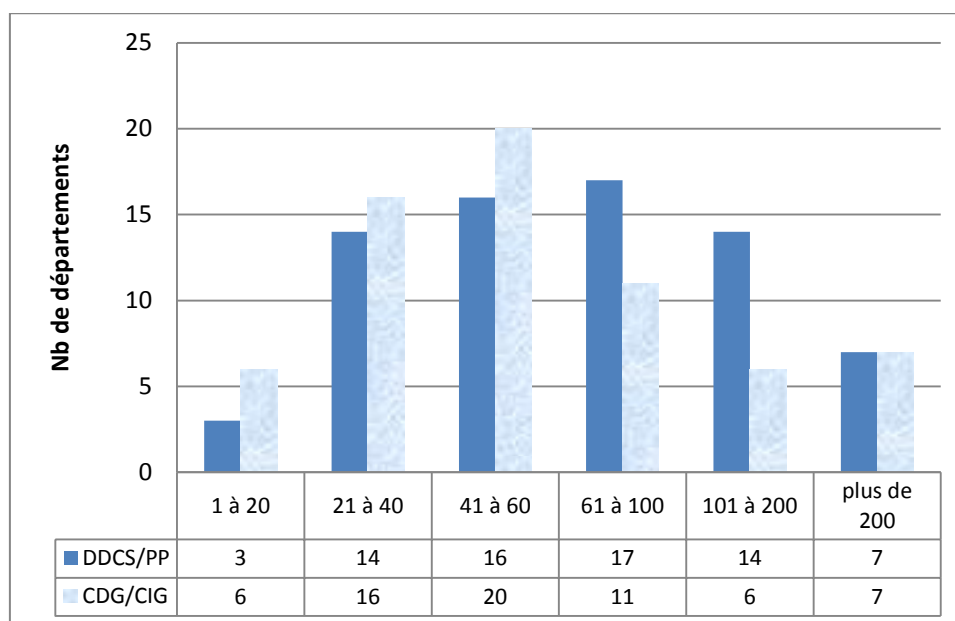
### 1.2.1.1 Le nombre de séances et la charge d'activité par séance diffèrent nettement d'un département à l'autre

#### ► Pour les comités médicaux

Une majorité de DDCS/PP (48 %) tient une réunion par mois sauf en août ; 37 % tiennent deux réunions par mois. De même, la majorité des centres de gestion déclarent 10 à 12 séances annuelles (45 réponses), de cinq (Haute-Corse et Loire) à 29 (CIG de petite couronne). Certains centres ont fait le choix d'avoir un nombre de séances élevé en dépit d'un nombre limité de dossiers comme la Guyane et la Charente-Maritime avec 24 séances par an.

Ceci renvoie à une assez forte dispersion dans le **nombre de dossiers par séance**. En DDCS/PP il va de 11 dossiers à Mayotte (17 en Lozère) à 412 dans le Rhône. En centre de gestion, le nombre moyen de dossiers examinés par CM va de moins de 15 (Cantal, Lozère, Nièvre, Vienne) à plus de 200 (Isère, Loire, Nord, Rhône, Seine-Maritime, CIG petite couronne et CIG grande couronne), le record revenant au Nord avec 438 dossiers par séance, les autres centres cités dans la fourchette haute en examinant moins de 300.

Graphique 3 : Distribution par département du nombre de dossiers CM par séance



Source : *Enquête Mission - enquête DDCS/PP et centre de gestion - Décembre 2016 - Sur la base de 71 réponses en DDCS/PP et 66 réponses exploitables pour les CDG.*

► **Pour les commissions de réforme**

Tableau 2 : Nombre de réunions CR annuelles

Séances par an	DDCS/PP		Centres de gestion	
	Nb séances	Part/total	Nb séances	Part/total
≤ 6	7	10 %	7	11 %
7 à 9	7	10 %	8	12 %
10 à 13	28	40 %	39	60 %
14 à 25	23	33 %	8	12 %
plus de 25	5	7 %	3	5 %

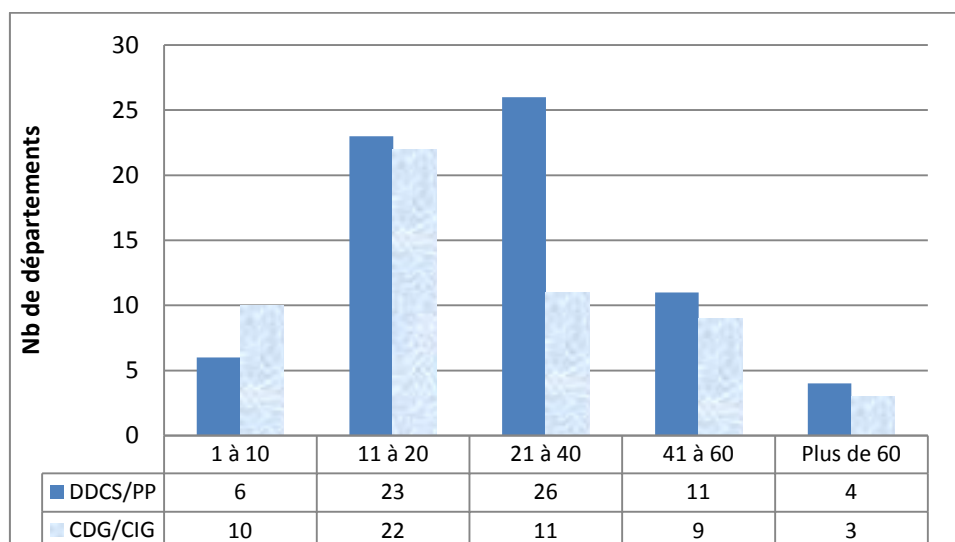
Source : *Enquête Mission - enquête DDCS/PP et centre de gestion - Décembre 2016 - Sur la base de 70 réponses en DDCS/PP et 65 réponses exploitables pour les CDG.*

En DDCSPP, le **nombre de réunions** varie de quatre (Lot) à 62 (Bouches-du-Rhône). Une part non négligeable (20 %) des départements tient moins d'une réunion par mois (dont 10 % jusqu'à une réunion tous les deux mois). 41 % des départements tiennent de l'ordre d'une réunion par mois, 33 % entre une et deux par mois.

Pour les centres de gestion, le nombre de CR par an va de cinq (Lozère, Guyane, Réunion) à 48 (Alpes-Maritimes) voire 73 (CIG petite couronne). **Le nombre de dossiers étudiés par séance**, bien moindre pour les dossiers CR que pour les dossiers CM, varie également de manière importante :

- en DDCS/PP, de 7 pour l'Aveyron à 88 pour la Seine-Saint-Denis ;
- en centre de gestion, ce nombre va de moins de dix (Cantal, Charente, Creuse, Jura, Lozère, Haute-Marne, Mayenne, Meuse, Nièvre) à 80 (Nord)<sup>21</sup>.

Graphique 4 : Distribution des départements par nombre de dossiers CR par séance



Source : *Enquête Mission - enquête DDCS/PP et centre de gestion - Décembre 2016 - Sur la base de 70 réponses en DDCS/PP et de 55 réponses exploitables pour les CDG.*

<sup>21</sup> Il convient de moduler ce résultat en fonction de la manière dont la question relative au nombre de CR a été interprétée (nombre de séances CR ou nombre de CR avec des compositions différentes même dans la même demi-journée).

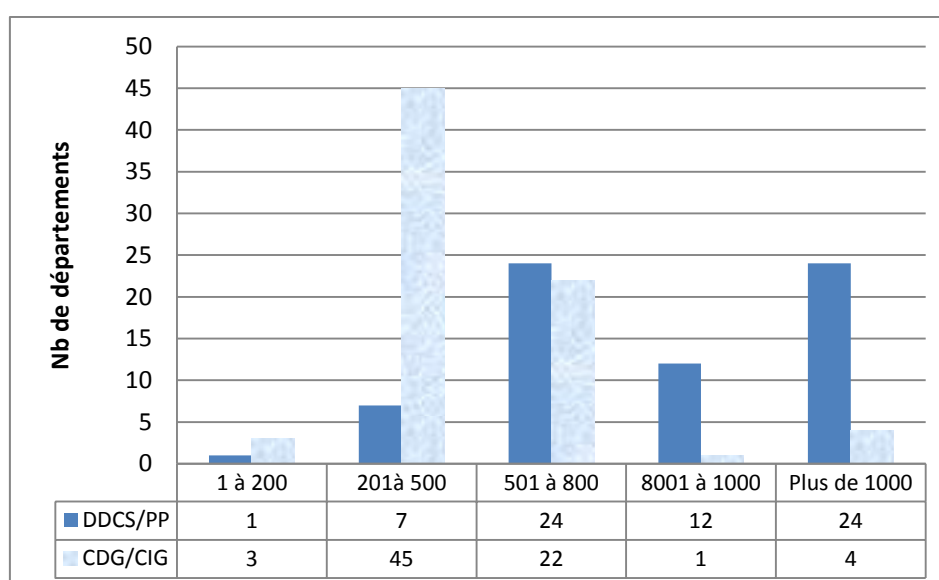
### 1.2.1.2 Le nombre de dossiers traités par ETP varie fortement

Il n'existe naturellement pas de données centralisées permettant de disposer de statistiques sur l'activité et les coûts d'un dispositif aussi éclaté. C'est pourquoi les chiffres résultant des enquêtes lancées par la mission sont à prendre avec précaution mais ils permettent au moins d'avoir des ordres de grandeur. Rapporté au nombre de dossiers, le ratio moyen annuel nombre de dossiers (dossiers CM et CR) par ETP en DDCCS/PP est de 934,5 avec une variabilité extrême selon les départements, de 75 dossiers/ETP à Mayotte<sup>22</sup> à 2 530 dossiers par ETP en Seine-Saint-Denis.

Ce ratio est plus faible en centre de gestion et se situe plutôt entre 200 et 800 dossiers par agent.

La productivité exceptionnelle de certaines DDCCS/PP peut aussi refléter une offre de service moins complète (pas de prise de RDV auprès des médecins experts par exemple) ou une part plus faible de dossiers en CR. Enfin, en cette période de transfert des dossiers, il est possible que certains dossiers aient été comptabilisés en doublon.

Graphique 5 : Distribution des départements par nombre de dossiers CM/CR par agent



Source : *Enquête Mission - enquête DDCCS/PP et centre de gestion - Décembre 2016 - Sur la base de 68 réponses exploitables pour les DDCCS/PP et de 75 réponses en CDG*

En DDCCS/PP, 35 % des départements traitent de 500 à 800 dossiers par ETP par an et une majorité (48 %) de 800 à 1500 dossiers. En centre de gestion, 29 % des centres gèrent entre 500 et 800 dossiers et 60 % entre 200 et 500 dossiers.

L'effet « taille critique » joue sans surprise pour les départements à faible volume de dossiers mais qui ne peuvent diminuer la ressource humaine affectée à cette mission au-delà d'un certain seuil. A l'inverse, les secrétariats de DDCCS/PP gérant plus de 2500 dossiers par an présentent des ratios dossiers/ETP plus importants.

<sup>22</sup> Hors commission de réforme non encore installée en 2015.

Le volume traité par ETP peut aussi traduire des différences d'organisation (prise ou non de RDV médicaux, information de l'agent quant à la possibilité de consulter le dossier et modalité de l'accueil pour cette consultation, etc.). Plus généralement, les centres de gestion se sont saisis de cette nouvelle fonction et ont pu y mettre les moyens nécessaires grâce à leur mode de financement, ce qui explique en partie les progrès de qualité indiqués à la mission.

### 1.2.1.3 Les délais moyens de traitement sont en général raisonnables compte tenu des exigences procédurales

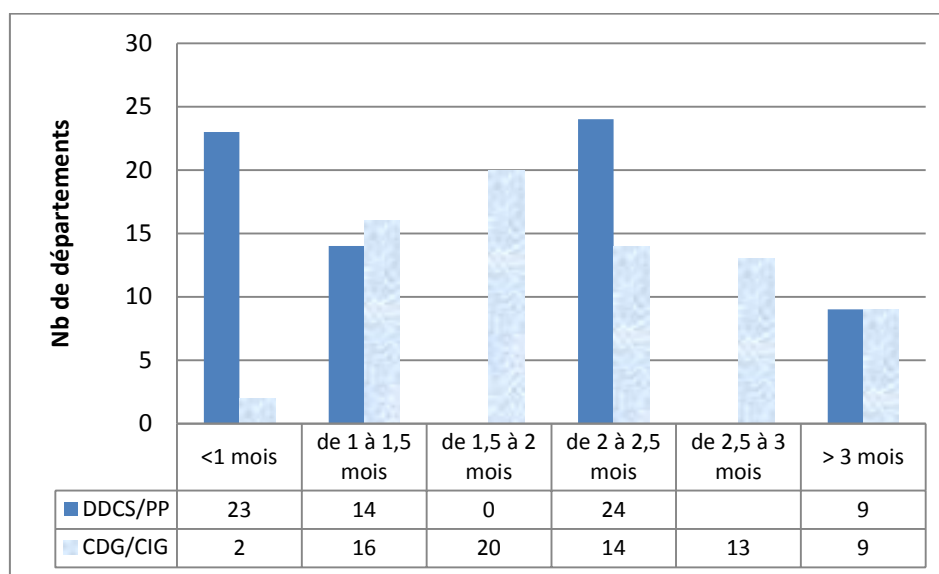
#### ► Pour les comités médicaux

En DDCCS/PP, le délai va de 8 à 92 jours entre le dépôt et le passage en comité, pour un délai moyen de 50 jours. **Une majorité de dossiers (53 % des réponses) sont instruits en un mois et demi**, 35 % entre deux mois et deux mois et demi et 14 % en trois mois.

**38 centres de gestion, soit plus de la moitié des réponses**, affichent un délai moyen de passage en comité médical **de moins de deux mois**. Seulement neuf centres ont un délai moyen supérieur à trois mois.

Les délais sont majoritairement attribués au temps d'expertise, qu'il s'agisse des délais de rendez-vous, liés à la rareté des experts, ou de transmission du rapport d'expertise (60 réponses explicites en ce sens).

Graphique 6 : Distribution par département des délais avant passage en CM



Source : *Enquête Mission - enquête DDCCS/PP et centre de gestion - Décembre 2016 - Sur la base de 70 réponses exploitables pour les DDCCS/PP et de 74 réponses en CDG*

Même s'il s'agit uniquement de données déclaratives, ce constat relativise la vision de délais excessifs, s'agissant d'une procédure administrative complexe sur laquelle le secrétariat de l'instance n'a pas tous les leviers, notamment le calendrier des experts qui représente la cause majeure des retards.



En DDCS/PP, on ne note pas vraiment de corrélation entre le délai et le nombre de dossiers ou le nombre de séances dans un département donné<sup>23</sup>. A l'exception du Rhône, les départements les plus importants en termes de volumétrie (Nord, départements d'Ile-de-France, Bouches-du-Rhône) déclarent tous des délais compris entre 45 et 90 jours, mais nombreux sont les départements avec de petits volumes de dossiers et un nombre de réunions de deux fois par mois ou plus qui déclarent des délais identiques.

Les différences renvoient à d'autres facteurs déterminants : démographie médicale et attractivité des comités pour les médecins, qualité des dossiers déposés par les services RH, organisation du comité, réactivité des agents.

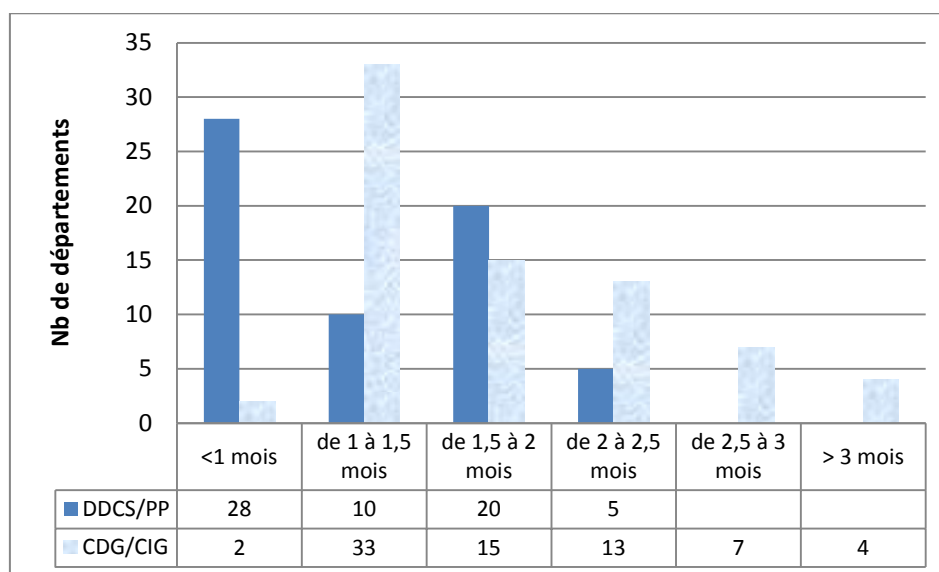
➤ **Pour les commissions de réforme : des délais moyens d'un mois et demi**

**En DDCS/PP**, le délai moyen déclaré de traitement entre le dépôt et le passage en commission va de 15 jours pour les plus courts à 90 jours pour les plus longs, pour un délai moyen de 45 jours. **La très grande majorité des dossiers (92 %) est traitée en deux mois, 45 % en un mois.**

50 centres de gestion, soit près de **70 % des centres ayant répondu, affichent un délai moyen de passage en commission de réforme de moins de deux mois.**

Hors délais d'expertise, les causes de délais souvent avancées sont les raisons liées au quorum, non atteint ou difficile à obtenir, d'où un espacement des réunions (13 réponses en ce sens) ou la non complétude des dossiers (24 réponses en ce sens).

Graphique 7 : Distribution par département des délais avant passage en CR



Source : Enquête Mission - enquête DDCS/PP et centre de gestion - Décembre 2016 -  
Sur la base de 63 réponses exploitables pour les DDCS/PP et de 74 réponses en CDG

Comme pour le comité médical, ces délais ne correspondent pas à la vision communément rapportée de délais très importants. Encore s'agit-il là de délai moyen, ce qui n'exclut nullement des temps d'instruction beaucoup plus longs sur certains dossiers complexes.

<sup>23</sup> Un nombre de dossiers assez important avec un nombre de séances relativement importants (plus de deux par mois en moyenne) peut certes expliquer un délai assez court (30 jours par exemple), mais dans d'autres cas, la même situation en termes de dossiers et de nombre de séances donne lieu à un délai plus important, de 45, 60 ou 90 jours.



Le processus de traitement peut expliquer ce délai un peu plus court devant la CR et la moindre dispersion que pour le CM. En effet, les expertises pour la CR sont diligentées par l'employeur et le délai constaté par le secrétariat n'inclut donc pas l'attente d'une expertise, qui est jointe au dossier reçu.

\*

En CM comme en CR, ce constat illustre l'écart entre le ressenti des agents ou des employeurs et la conception des secrétariats dépendants d'un dossier complet pour l'inscription à l'ordre du jour : pour l'agent notamment, le délai d'attente court dès le moment où il a saisi son employeur du certificat médical de son médecin traitant alors que de nombreuses étapes s'imposent derrière ce premier acte.

En dépit de moyens fort limités en effectifs (il suffit d'une absence ou d'une vacance de poste dans un petit secrétariat pour enrayer la machine), de moyens informatiques inadaptés obligeant à des saisines multiples ou l'utilisation de tableurs artisanaux, les secrétariats des DDCS/PP assurent le fonctionnement des instances avec une grande implication de leurs personnels pour ce que la mission a pu constater sur le terrain. Ils disposent de locaux dédiés et fermés afin de préserver le secret médical dont ils mesurent l'importance et s'efforcent de consacrer du temps à l'information d'agents parfois désemparés. De ce point de vue, le témoignage global des autres administrations est clair : malgré des perfectionnements toujours possibles, leur rôle est apprécié et jugé nécessaire pour objectiver les relations délicates entre employeurs et agents dans le domaine de la maladie, de la responsabilité et de l'invalidité.

Les secrétariats des IM en centre de gestion montent en puissance, les plus gros apparaissant déjà très professionnalisés. De nombreux centres de gestion ont conçu cette nouvelle compétence comme une composante d'un ensemble médico-social. Plusieurs centres mettent en avant l'intérêt de cette vision globale ainsi qu'une prestation de conseil transversal, de nature à accélérer le traitement des dossiers et à mieux les orienter.

## 1.2.2 L'intervention des acteurs privés dans le système

Les acteurs privés interviennent dans le système par l'intermédiaire des collectivités locales et des hôpitaux qui se sont tournés vers les assurances pour couvrir leurs risques en matière d'accidents du travail et maladie professionnelle mais aussi en paiement de frais divers comme le salaire de remplaçants. Ceci peut entraîner des répercussions sur les instances comme sur les agents. Ainsi, les acteurs publics qui n'ont pas eu la vigilance de le prévoir dans les contrats se retrouvent parfois face à des situations embarrassantes : alors qu'ils sont disposés à accepter leur responsabilité, l'assurance les oblige de toute manière à passer en CR pour avis. Dans certains cas, l'assureur a contesté l'avis du comité, diligentant lui-même une contre-expertise, voire a pu refuser de payer des frais d'hospitalisation ou certains soins : de telles situations sont inextricables et choquantes pour les agents obligés de se prêter à des redondances d'expertise. En outre la remise en concurrence à l'issue du contrat se traduit souvent par une perte des données faute de reprise en charge par le prestataire suivant.

Les acteurs privés interviennent parfois sur des segments de procédures en tant que prestataires : soit pour rechercher les experts adéquats, préparer et suivre les rendez-vous, régler les honoraires des médecins, ce qui décharge les services RH d'une activité consommatrice en temps et en énergie soit pour régler et contrôler les dépenses médicales des agents concernés, activité pour laquelle les gestionnaires n'ont pas la compétence nécessaire ni ne se sentent légitimes à l'exercer. Sur ce type d'intervention, l'intérêt opérationnel de recourir à leurs services est certain (là où un service

décroche un rendez-vous d'expert sur trois mois, un acteur spécialisé peut l'obtenir en 15 jours et surtout récupérer rapidement l'expertise<sup>24</sup>). Une autre forme de délégation utile consiste à confier à un spécialiste la récupération des dépenses sur les tiers en cause : un établissement hospitalier a ainsi doublé ses retours, amortissant largement le coût de la prestation parfois constitué uniquement d'un pourcentage des sommes recouvrées et donc sans mise budgétaire initiale.

### 1.2.3 Le dispositif vu par les « usagers » agents et les syndicats

La mission a diligenté une enquête qualitative avec le concours de la DDCS de Côte-d'Or (cf. annexe 5) auprès des agents, principaux usagers du système pour essayer malgré la difficulté d'une telle approche d'avoir leur ressenti. Elle a également rencontré des usagers lors de ses déplacements. Là encore, les réponses sont nettement plus positives que « l'image de marque » des instances ne le laissait craindre :

- 78 % des répondants indiquent n'avoir pas eu de difficulté particulière dans la préparation de leur dossier. Dans la grande majorité des cas (61 %), leurs services de ressources humaines les ont informés de la procédure. Dans 19 % des cas, sont cités les assistantes sociales, le médecin de prévention. Une minorité (13 %) indiquent avoir pris l'initiative de la demande de passage en CM/CR.
- Les difficultés viennent pour l'essentiel de délais ou explications jugées insuffisantes du service RH ou de l'obtention des pièces médicales. Dans plus de la moitié des cas, c'est le service RH qui est jugé peu réactif.
- La quasi-totalité (91 %) des agents ont bien été informés de la date de l'instance, 7 % indiquent néanmoins n'avoir pas reçu cette information. La majorité (67 %) a été informée de la possibilité de consulter le dossier. 30 % estiment toutefois n'avoir pas eu clairement cette information.
- 44 % (83 réponses) n'ont pas reçu les coordonnées des représentants du personnel. Ce résultat s'explique en partie par le fait que le secrétariat des instances ne dispose pas toujours de la liste à jour des représentants du personnel par CAP.
- 88 % ont bien eu connaissance de l'avis du CM ou de la CR même si 13 % des répondants indiquent ne pas en avoir eu communication. C'est le plus souvent (70 % des cas) le service RH de l'agent qui lui communique cet avis mais c'est également le secrétariat de l'instance (16 % des cas) : la mission a de fait constaté que si le service RH met trop de temps transmettre l'avis, les agents se retournent vers le secrétariat des instances. Une part importante des usagers s'estiment en revanche mal informés quant aux voies de recours.
- 62 % jugent le délai de traitement par les instances raisonnable. 32 % jugent toutefois ces délais trop longs et relèvent que ces délais ont eu dans trois-quarts des cas un impact sur leur situation administrative : impact financier, utilisation de congés maladie ou congés annuels dans l'attente.
- La décision administrative intervient dans le mois suivant l'instance dans trois quarts des réponses ; elle est formalisée dans 89 % des cas.

Dans certains cas, les agents se plaignent « d'être reçus à la va-vite » par les médecins experts quand la visite ne s'accompagne pas de commentaires désagréables sur la fonction publique.

---

<sup>24</sup> La spécialisation sur ces créneaux permet de disposer d'un vaste répertoire d'experts sur l'ensemble du territoire et de faire jouer la concurrence.

Les organisations syndicales (OS) rencontrées par la mission ont fourni des exemples de dysfonctionnements et ont pointé :

- une insuffisante information des agents parfois isolés sur les évolutions de leur salaire, les dates de passage de leurs dossiers devant les instances, les résultats du passage ;
- leurs propres difficultés à disposer de convocations suffisamment à l'avance pour être présentes et contacter les agents pour leur proposer leur aide. Cette situation est notamment liée au format choisi de représentation par corps et grades : seuls les élus de CAP peuvent être présents, ce qui est un facteur d'extrême lourdeur pour l'organisation des OS comme des secrétariats des instances ; un délégué peut être amené à faire des centaines de kilomètres pour un passage de dix minutes. En outre, ce type de représentation nécessite une technicité et une appétence que n'ont pas forcément tous les représentants en CAP ;
- un dialogue parfois difficile en commission de réforme avec les médecins qui n'ont pas l'habitude de voir discuter leurs conclusions voire peuvent présenter selon eux un parti-pris anti-fonctionnaires ;
- la concentration des fonctions entre les mains de quelques médecins avec parfois des conflits d'intérêt ;
- le dévoiement du dispositif pour gérer les agents qu'une structure ne sait plus employer par la mise à la retraite.

Dans l'ensemble, on peut estimer que les agents « usagers » sont correctement traités nonobstant les défauts du système. Ils viennent plus souvent qu'auparavant devant les instances, selon les secrétariats rencontrés par la mission, ce qui n'est pas toujours utile quand cela ne les dessert pas. Beaucoup ont du mal à comprendre la logique et les règles qui président au fonctionnement des instances, en particulier les conséquences de la consolidation en cas d'invalidité partielle comme les conclusions divergentes des instances et des caisses de retraite. Les recours aux avocats se font également plus fréquents, ce que tout le monde s'accorde à considérer comme inutile et chronophage. Un tout petit nombre multiplie les recours y compris devant les tribunaux administratifs, lesquels trouvent aisément des défauts de procédure pour annuler les décisions le cas échéant. D'une manière générale on peut dire que peu de contestations émanent des agents car les administrations s'efforcent de rattraper ou compenser les ruptures de traitements en cas de délais de procédure.

### 1.3 Une pratique consommatrice d'expertise dans un monde médical en pénurie et mal rémunéré

Outre d'inutiles sollicitations, le système est affecté de deux inconvénients structurels :

- il est fondé sur l'obligation de prononciation d'avis *a priori* sur chaque agent et pour chaque étape du dossier : il est consommateur effréné d'experts qui se raréfient partout et dans toutes les spécialités ;
- il paye fort mal le temps-médecin, pour les expertises comme la participation aux instances, entraînant un refus des candidats potentiels.

Les conclusions issues des cinq déplacements de la mission pour observer les instances en région ont été largement corroborées par les résultats des enquêtes auprès des DDCS/PP et des centres de gestion (cf. annexes 2 et 3).

### 1.3.1 Une raréfaction des médecins qui préparent et siègent dans les instances

Le fonctionnement des instances repose nécessairement sur du temps-médecin : idéalement pour assurer le secrétariat médical du comité dans l'étape préparatoire au passage des dossiers puis impérativement pour siéger en comité (présidence, siège et suppléance avec deux généralistes et au moins deux spécialistes dont un de maladies mentales).

Sur les 70 réponses à l'enquête DDCS/PP, le secrétariat est assuré par un médecin dans 55 % des cas ; encore ne l'est-il de manière systématique que dans un tiers des cas seulement (33 % toujours, 12 % parfois).

Les modalités d'exercice de ce secrétariat sont diverses. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un contractuel et très rarement d'un médecin inspecteur de santé publique (ce qui était la règle à l'origine du dispositif).

Sous réserve de l'exactitude des réponses en matière de budget annuel consacré à la fonction de médecin secrétaire, ce budget serait de 308,8 K€ pour 26 départements déclarants, soit un budget minimum d'environ 1,2 M€ pour l'ensemble des départements si l'on extrapolait (sur la base du nombre de départements).

La raréfaction des médecins secrétaires d'instance est d'autant plus regrettable qu'ils ont un rôle essentiel pour le bon fonctionnement du système : tri des dossiers, premier diagnostic, appels au médecin traitant de l'agent ainsi qu'aux collègues experts, explicitation à l'agent, vigilance sur le secret médical.

Par ailleurs, le fonctionnement des instances repose sur la présence de médecins de plus en plus difficiles à mobiliser.

Certes, dans les 70 départements de l'enquête DDCS/PP, la possibilité « théorique » de mobiliser les deux généralistes prévus par les textes existe dans tous les cas sauf un (Martinique). Mais dans 40 % des cas, le secrétariat n'a aucune marge de manœuvre puisque seulement deux généralistes sont mobilisables, dont des médecins sur le point de partir en retraite.

#### LA PENURIE DE MEDECINS CONCERNE DE NOMBREUSES SPECIALITES

13 DDCS/PP sur 70 estiment ne pas disposer de généralistes en nombre suffisant, et 31 (44 % des réponses) indiquent manquer d'un ou plusieurs spécialistes. Si 93 % mentionnent pouvoir mobiliser un spécialiste, dans 30 % des cas, seuls un ou deux spécialistes sont disponibles (le plus souvent un psychiatre et une ou deux autres spécialités). Dans plus de 70 % des cas, les instances ne peuvent faire appel qu'à un nombre restreint de spécialités (jusqu'à cinq) ; un département (Lot-et-Garonne) indique ne pouvoir faire appel qu'à un psychologue et 7 % des répondants ne peuvent faire appel à aucun spécialiste. Seul le département des Côtes d'Armor a indiqué pouvoir mobiliser toutes les spécialités dont il avait besoin.

Si l'on note sans surprise une plus grande présence de médecins spécialistes dans les départements les plus peuplés (Rhône ou Nord par exemple), avec une relative concentration des médecins dans les centres urbains et, à l'inverse, peu ou pas du tout dans certains départements peu peuplés où l'attractivité médicale est *a priori* moindre (Indre, Eure-et-Loir, Lot, Haute-Loire), on remarque en revanche un vivier important de spécialistes en Puy-de-Dôme par exemple, ou encore en Côtes-d'Armor. Certains gros départements ne déclarent qu'une ressource de spécialistes limitée (Hauts-de-Seine).

La psychiatrie est la spécialité la plus représentée, à mettre en regard du poids des dossiers "RPS-santé mentale" dans les cas transmis notamment au CM (un peu moins de 50 % dans les départements dans lesquels la mission s'est rendue). La part de la rhumatologie reflète également le nombre assez important des dossiers en CM comme en CR (environ un quart des cas - cf. tableau en annexe 2).

Deux réponses (Loiret et Meurthe-et-Moselle) précisent que ces spécialistes ne siègent qu'en CM, certains refusant de siéger en CR. Un département (Loiret) enfin précise que certains spécialistes ne siègent que pour la FPT car la rémunération assurée via le CDG est supérieure. De facto, la multiplication des instances dans un département si des collectivités constituent également la leur crée forcément une source de concurrence entre FP ou entre services comme c'est déjà le cas pour la médecine de prévention où l'on s'arrache les médecins.

Les témoignages sont identiques pour la FPT. Les difficultés de présence d'un généraliste en CM-CR sont citées dans 41 % des réponses, le frein lié à la présence nécessaire de spécialistes est en revanche souligné par près de 80 % des centres, notamment en CR. A noter l'intéressante pratique de visio-conférence pour les CR au CIG de grande couronne afin d'assurer la présence de spécialistes concernés par quelques dossiers.

Les deux enquêtes comme les constats de la mission avec les interlocuteurs rencontrés se rejoignent :

- il est de plus en plus difficile de recruter des médecins pour siéger en instance, particulièrement les spécialistes ; cette situation va s'aggraver car les générations encore intéressées ou suffisamment dévouées vont atteindre de toute manière la limite d'âge pour siéger à 73 ans ;
- les nouvelles générations ne veulent pas cumuler cette activité chronophage et insuffisamment rémunérée à leurs emplois du temps ;
- le contexte général de pénurie médicale croissante rajoute aux difficultés intrinsèques du dispositif ;
- des inconvénients de ce malthusianisme peuvent se manifester :
  - dans les petits départements, les médecins siégeant peuvent aussi être les médecins traitants ou avoir vu l'agent comme experts (mais ce dernier cas existe aussi en centrale), ce qui devrait être prohibé ;
  - des pratiques de cooptation entre pairs ou de cumul excessif de fonctions peuvent apparaître ;
  - les délais s'allongent en cas d'absence de quorum ou de report.

### 1.3.2 Un recours quasi systématique à des experts réticents et de plus en plus rares

Faute d'une bonne régulation à l'entrée et d'un recours plus systématique aux médecins traitants, le système « consomme » de l'expertise à différentes étapes. En pratique, le secrétariat du CM commande le plus souvent les expertises et les diligente ; pour la CR, ce sont les employeurs ; plus rarement, des expertises complémentaires peuvent être demandées en séance par le CM ou la CR pour pouvoir se prononcer.

De ce fait, les chiffres fournis par les répondants ne reflètent qu'une partie de l'activité d'expertises, à savoir celles du comité médical. Ainsi, en 2015 les DDCCS/PP ont déclenché 54 575 expertises, ce qui représente 67 % des dossiers examinés en CM. Elles concernent à 45 % la médecine générale et la psychiatrie-santé mentale dans 51 % des cas.

Toutefois, la mission a pu observer sur le terrain la tendance à une expertise quasi-systématique préalable au passage en CM.

Les réponses des DDCS/PP<sup>25</sup> montrent néanmoins des pratiques différentes :

- un recours quasi-systématique ou très fréquent à l'expertise dans la majorité des cas (30 réponses sur 53) ;
- un recours plus modéré dans 12 réponses avec des taux compris entre 20 et 50 % ;
- un recours dans moins de 20 % des dossiers pour onze réponses.

La mission estime que le caractère systématique des expertises nuit au fonctionnement correct du système : l'existence du médecin traitant, du médecin de prévention (quand il y en a), du médecin secrétaire (idem) et des médecins du comité médical devrait tout de même conduire à utiliser les experts de manière appropriée et en aucun cas systématiquement. Par ailleurs, l'effet pervers de la « cooptation » dans le petit monde des médecins des instances et de cumul membre d'instance/expert peut dans certains cas générer des auto prescriptions d'expertises inutiles.

### 1.3.2.1 Le niveau insuffisant de la rémunération des médecins conduit à des pratiques diverses pour tenter de maintenir l'attractivité de ces missions

La rémunération notoirement insuffisante est au cœur du problème. Elle concerne d'une part les médecins dans les instances d'autre part la rémunération des experts.

Dans les instances, hormis le cas du médecin en retraite, les temps de déplacement et de présence représentent une perte de revenus loin d'être compensée par les rémunérations versées, ce qui explique les « contournements » mis en œuvre un peu partout, en centrale comme en services déconcentrés et dans la FPT.

De ce fait, **l'arrêté du 3 juillet 2007 relatif à la rémunération des médecins membres des instances n'est appliqué que dans un tiers des cas d'après l'enquête de la mission auprès des DDCS/PP**. La proportion est vraisemblablement encore inférieure pour les centres de gestion qui financent cette charge.

Tableau 3 : Application des tarifs réglementaires pour la participation aux IM (DDCS/PP)

Type de pratiques	Nb de départements	%
<b>Application de l'arrêté 2007</b>	<b>24</b>	34,8
<b>Aménagement de l'arrêté</b>	<b>30</b>	43,5
- dont par plage de deux heures	24	
- dont par dossier	6	
<b>Arrêté non appliqué ou autre tarif par séance</b>	<b>16</b>	23,2

Source : *Enquête mission auprès des DDCSPP- Décembre 2016*

Dans les autres cas, les tarifs de l'arrêté servent de base à une rémunération dont la référence n'est plus le nombre de dossiers par séance, quelle qu'en soit la durée, mais soit une rémunération au dossier, soit le nombre de séances de deux heures en démultipliant les séances, comme la mission l'a d'ailleurs constaté lors de ses déplacements.

Parfois, l'arrêté n'est simplement pas appliqué.

<sup>25</sup> Question non posée aux centres de gestion.

Sur les 60 répondants sur ce point, **le budget annuel brut pour la participation aux instances se monte à 0,580 M€** (soit de l'ordre de 1M€ pour 101 départements, sachant que certains centres de gestion ont été priés de reprendre à leur charge cette rémunération, en région parisienne notamment).

Le texte serait mieux appliqué en matière d'expertises.

Pour la rémunération des expertises, l'arrêté serait respecté selon 63 % des réponses DDCS/PP. La rémunération peut être celle demandée par les professionnels au cas par cas, quand ceux-ci n'ont pas directement fixé leur « grille » (dans le Gard<sup>26</sup> par exemple). De même, les centres de gestion et les collectivités territoriales semblent être plus libres en la matière.

Les constats faits plus haut sur l'insuffisance de médecins illustrent que même si cette ressource médicale est disponible dans l'absolu (Gard, Hauts-de-Seine par exemple), cela ne signifie pas nécessairement que ce vivier soit mobilisable par les instances médicales.

Si la démographie médicale est clairement un des premiers problèmes, 88 % des centres de gestion signalent des difficultés avérées dans la mise en œuvre des expertises, elle n'est pas la seule explication. Dans la majorité des réponses des DDCS/PP, le niveau des rémunérations est cité comme facteur premier (57 % des réponses) ou second (49 %) de la difficulté à mobiliser les médecins, la démographie médicale venant en second : ces deux éléments apparaissent comme intimement liés.

La rémunération réglementaire des médecins experts est insuffisante et très inférieure aux tarifs d'autres organismes (CNAM, assurances...) qui peuvent déboursier jusqu'à 500 euros voire plus car ils font le calcul rationnel (et non administratif) qu'ils les regagneront largement en temps. Afin de pouvoir disposer d'expertises pour passer en IM, les dépassements d'honoraires acceptés sont fréquents (jusqu'à sept fois dans un département) avec, à la clé, une disparité de tarifs d'une administration à l'autre ou d'un médecin à l'autre comme le montre le tableau ci-après.

**Tableau 4 : Exemples de tarifs d'expertise pratiqués (Académie de Rouen)**

Spécialité	Coût expertise selon le médecin (en euros)						
	cas 1	cas 2	cas 3	cas 4	cas 5	cas 6	cas 7
<b>Généraliste</b>	166,6	149,7	148,6	120,8	97,5	95	39
<b>Stomatologue</b>	170	23					
<b>Psychiatre</b>	90	87,5					
<b>Chirurgien orthopédique</b>	336,5	132					
<b>Rhumatologue</b>	168	138					
<b>Dermatologue</b>	300	110					

Source : *Calculs de la mission à partir de saisie sur ANAGRAM (logiciel éducation nationale pour les frais liés à un accident du travail ou une maladie professionnelle)*

Dans ce contexte, des délais de plusieurs mois ne sont pas rares pour décrocher des rendez-vous. Dans une situation de forte demande, les services les plus « vertueux » qui appliquent l'arrêté se voient carrément pénalisés, certains médecins choisissant les plus offrants : dans un département visité, les experts ne voulaient plus recevoir les agents de l'Education nationale car le rectorat suivait les consignes de la DDFIP. Les délais peuvent aussi être particulièrement longs pour produire le rapport d'expertise sans lequel les secrétariats restent bloqués. Les gestionnaires

<sup>26</sup> Au demeurant avec des tarifs non déraisonnables et communs à l'ensemble des professionnels pratiquant des expertises.



consacrent donc beaucoup de temps en appels de relance pour obtenir ledit rapport parfois dans une ambiance tendue. Bref, l'administration « en a pour son argent... ».

Les gestionnaires qui passent outre l'arrêté, (ce qui est compréhensible car face au respect de la norme il y a des agents malades qui attendent), se retrouvent dans l'illégalité. Placés dans cette situation d'injonction contradictoire, ils définissent eux-mêmes des plafonds qui leur semblent raisonnables au regard du marché tout en s'efforçant de ne plus recourir aux experts aux tarifs manifestement excessifs car en général, ils ont acquis une bonne connaissance des ressources disponibles<sup>27</sup>.

A la rémunération jugée trop faible, s'ajoutent d'autres inconvénients bien réels pour les experts :

- les délais de paiements sont trop longs notamment à partir de l'automne où le jeu des fins de gestion aboutit à un règlement dans le premier trimestre de l'année suivante : outre cette attente, l'expert éprouve des difficultés à réconcilier son acte médical, sa facture et le règlement qui ne mentionne pas le nom du patient ;
- les exigences portant sur la rédaction de leurs rapports et le maniement de formulaires contraignants (type AF3 ou autres Cerfas) pour des médecins libéraux : les documents ne sont en général pas standardisés ; les centres de gestion ont rajouté leurs propres exigences rédactionnelles ; ces points sont particulièrement sensibles pour les médecins qui, selon leur ordre national, s'estiment déjà surchargés de formalités prenant sur leur temps de soin ;
- le risque pour un médecin faisant trop d'expertises de « basculer » sous un régime de TVA si le revenu tiré des expertises dépasse 32 500 €, ce qui, lorsqu'il est associé dans un cabinet, peut susciter des problèmes. Depuis le décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015, le médecin expert peut s'inscrire dans le statut de collaborateur du service public avec affiliation au régime général de la sécurité sociale ou rattachement des rémunérations de cette activité occasionnelle à celles tirées d'une activité effectuée en qualité de travailleur indépendant ;
- à noter la pratique intéressante du CIG de Grande couronne (CIG GC) qui a mis en place depuis 2016 une rémunération des séances et des expertises sous forme de vacations remboursées par les collectivités intéressées, et retracées dans des fiches de paye ; les tarifs appliqués se rapprochent du tarif réglementaire, considéré comme hors charges sociales, sauf pour les expertises visant à renseigner le formulaire AF3 où le tarif de la CNRACL est retenu. Ce système a permis de fidéliser les nombreux spécialistes (en moyenne 680 expertises par mois sont diligentées par le CIG GC) qui peuvent suivre plus aisément le règlement de leurs honoraires.

L'avis des instances ne correspond pas toujours aux attentes de l'employeur, ce que relèvent 67 % des réponses des DDCS/PP.

**Plus de la moitié des questionnaires DDCS/PP mentionnent le caractère laconique ou peu étayé des avis et près de 40 % le caractère peu opérationnel au regard des règles statutaires ou de la réalité des conditions de travail.** Le ressenti des DDCS/PP est conforme aux entretiens de la mission avec les employeurs et de nombreux centres de gestion ont souligné cette difficulté. Ce défaut récurrent pose problème lorsqu'il faut expliquer et motiver une décision après avis de l'instance, singulièrement en cas de rejet de la demande de l'agent.

---

<sup>27</sup> Ainsi, un service dans les Ardennes à la recherche d'un médecin agréé en neurologie n'en a trouvé que deux disponibles : un à Paris, l'autre à Tours. Il est évident que dans ces conditions le pragmatisme conduit à ne pas trop discuter les tarifs. L'absence de neurologue remplacé par des spécialités voisines peut être au demeurant un motif d'annulation par le tribunal administratif.



Ce constat de la difficulté de motivation renvoie à la question du secret médical, derrière lequel les médecins, avec raison par ailleurs, se retranchent pour ne pas détailler trop une situation qui donnerait à l'employeur des éléments qu'il n'a pas à connaître.

Il illustre également une mauvaise qualité de dialogue entre l'administration et les experts : à juste titre, ces derniers estiment qu'on ne leur pose pas les bonnes questions. Les instances médicales devraient servir de truchement mais d'évidence tiennent inégalement ce rôle, faute aussi d'une doctrine nationale établie. La mission y voit aussi un effet de la disparition des médecins secrétaires.

### 1.3.2.2 La question de la formation et de la liste des experts

La méconnaissance par la grande majorité des médecins, logiquement tournés vers la sécurité sociale, des statuts de la fonction publique et des règles particulières régissant les agents explique aussi certains dysfonctionnements. Les médecins siégeant dans les instances (généralement recrutés par leurs prédécesseurs ou ayant récupéré leur cabinet) font souvent leur apprentissage sur le siège. Le problème concerne tout particulièrement les experts agréés.

Pourtant il existe une appétence pour des formations en la matière sous réserve qu'elles ne soient pas trop lourdes ou, *a minima*, pour une bonne information. Quelques efforts ont été faits (une cinquantaine de médecins présents par exemple à une formation du CIG grande couronne en 2015, guide récent élaboré en Bretagne) mais ils restent sporadiques et laissés à la seule bonne volonté des praticiens.

La problématique de la formation rejoint ici celle de la liste des médecins agréés, souvent trop restreinte alors que cette qualité n'engendre aucune obligation en termes de formation<sup>28</sup>. Beaucoup d'interlocuteurs estiment que pour y figurer, une formation obligatoire devrait avoir été suivie. Plusieurs pistes ont été proposées : formations obligatoires sur le statut de la FPT pour les médecins agréés (par exemple, cinq jours obligatoires lors de la première année comme les membres des CHSCT), formation par les médecins agréés membres des IM, inclusion d'un module dans les formations universitaires, mise en place d'un diplôme de médecine statutaire. Plusieurs centres pointent l'importance d'un fonctionnement en réseau et d'un tutorat pour susciter des vocations.

Enfin, la mission a recueilli des suggestions pratiques permettant d'enrichir le vivier tel que le recours aux médecins hospitaliers<sup>29</sup>. La Meurthe-et-Moselle commence ses séances à 7h pour permettre aux médecins qui siègent de rejoindre leurs patients au CHU voisin. Il est également proposé de rechercher auprès des médecins pratiquant dans les centres hospitaliers ceux qui accepteraient cette mission et d'organiser des journées réservées pour la réalisation des expertises. Le centre de gestion du Nord a fait état auprès de la mission d'une convention en ce sens avec le CHU de Lille. Autre exemple : la mise à disposition de locaux pour les médecins retraités qui accepteraient de faire des expertises.

<sup>28</sup> Liste qui se raccourcit au fil du temps au vu des points évoqués supra à tel point que prendre le risque de la réviser pour la mettre à jour peut aboutir à une division par deux, les experts en profitant pour se faire rayer.

<sup>29</sup> Cette faculté est ouverte par l'article 1 du décret du 14 mars 1986, mais souvent méconnue.

### 1.3.3 Un lien quasi inexistant avec des médecins de prévention de plus en plus difficiles à trouver

L'insuffisante présence des médecins de prévention constitue un facteur d'inefficience du dispositif. En amont, ils pourraient déjà intervenir pour éviter la saisine des instances, avant qu'il ne soit trop tard, dans l'aménagement des postes<sup>30</sup> et la facilitation des conditions de travail, notamment pour les personnels d'exécution technique en FPT et FPH soumis à des sollicitations physiques importantes et particulièrement victimes d'invalidité partielle ou définitive. Leur rôle pourrait être déterminant en cas de mal-être psychologique dans un service pour faciliter le changement de poste (qui est conseillé par le comité médical et intervient *in fine* de toute manière) ou objectiver la situation de travail en liaison avec le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). La « médicalisation » des problèmes de relations RH paraît en effet un phénomène en croissance qui peut se traduire par de longs mois d'arrêt alors que les experts rencontrés ont souligné la nécessité d'une interruption d'activité la plus limitée possible.

Faute de vivier et de temps, le médecin de prévention ne vient plus ou peu devant les instances, faculté qui lui est ouverte, alors que sa connaissance du milieu professionnel enrichirait les avis du comité qui plongent parfois les gestionnaires dans la perplexité. En effet, les métiers de la fonction publique sont souvent mal connus des médecins agréés comme ses univers professionnels.

Le médecin de prévention pourrait également intervenir plus systématiquement s'agissant par exemple de la reprise de travail après un CLD en lien avec le médecin traitant sans repasser par le comité ou dans le suivi de l'agent durant le temps partiel thérapeutique accordé.

## 1.4 Un système sans pilotage ni restitution d'information qui ne permet pas d'asseoir des politiques de prévention

### 1.4.1 Un pilotage administratif quasi inexistant

Historiquement l'appréciation de la situation médico-statutaire des fonctionnaires avait été confiée au ministère de la santé parce qu'il disposait du corps des médecins inspecteurs de santé publique (MISP) présents dans les directions départementales. Or ce fondement a disparu avec les nombreuses réformes intervenues, dont la création des directions départementales interministérielles de la cohésion sociale parallèlement à la constitution des agences régionales de santé qui ont récupéré les effectifs restants de médecins.

Le ministère des affaires sociales et de la santé ne se sent plus comptable de ce service de nature transversale assuré sur ses effectifs et budget d'autant plus qu'il en est un tout petit usager par référence par exemple à l'éducation nationale. Il se contente de fournir un minimum de prestation informatique d'entretien. Sur le terrain, les DDCS/PP s'efforcent de gérer au mieux de leurs moyens réduits le dispositif.

La DGAFP aurait pu en tant que direction des ressources humaines de l'Etat reprendre cette compétence mais elle n'est pas construite pour exercer une gestion « au quotidien » de dossiers individuels et ne dispose pas d'un réseau. Elle a fait néanmoins élaborer un guide des procédures et de bonnes pratiques à l'attention des instances par un consultant<sup>31</sup> qui n'a pas eu d'effet déterminant et qui était plus orienté vers l'Etat que vers les autres fonctions publiques. La

<sup>30</sup> Exemple cité à la mission d'un agent manipulant les corps dans une morgue qui faute de rail coulissant adapté devait soulever les civières et malgré ses alertes à la hiérarchie, a eu un accident professionnel.

<sup>31</sup> Guide des bonnes pratiques Comités médicaux et Commissions de réforme, Klee Group, 2011.

constitution des PFRH dont certaines se sont intéressées au sujet des IM aurait pu servir de support à un pilotage plus actif cependant.

Lors des arbitrages ayant abouti aux différentes répartitions de compétences lors de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat (RéATE) entre les ministères, les services du Premier ministre en charge du pilotage transversal des DDI, il n'y a pas eu de reconfiguration du dispositif.

Force est de constater qu'un aspect important du traitement des ressources humaines dans l'ensemble de la fonction publique a fait l'objet d'un conflit de compétence négative. Personne ne s'en est saisi, laissant naître des tendances centrifuges face à un service peu satisfaisant, certains ministères estimant qu'ils seraient mieux à même de gérer la question même si ces velléités s'estompent lorsque la réalité de la tâche apparaît.

L'absence de pilotage administratif a laissé les agents à leurs propres initiatives : peu ou pas de standardisation des formulaires et des courriers, aucune réflexion commune sur les risques et sur les procédures qui n'ont pratiquement jamais été revisitées, un système d'information « maison » inopérant, désuet, conçu pour émettre des courriers sans vision globale ni lien avec les politiques de prévention.

Aucun projet d'ensemble n'a pu ainsi être mené sur l'utilisation des nouvelles technologies qui pourtant seraient susceptibles de gagner beaucoup de temps d'expert : signature numérique, visio-conférence dont quelques pratiques apparaissent informellement sur le territoire. Les travaux actuellement menés par le centre interministériel de services informatiques relatifs aux ressources humaines (CISIRH) concernent les administrations centrales qui ne sont qu'un sujet secondaire en volume.

#### 1.4.2 Un pilotage médical déficient notamment faute de moyens

Le comité médical supérieur (CMS) s'est vu confier en 2008<sup>32</sup> une mission de coordination des instances en plus de ses compétences d'appel des avis des comités pour les agents et les employeurs. Mais malheureusement, engorgé par les dossiers individuels, il n'a pas répondu à cet objectif.

En effet, compte tenu de l'absence criante de moyens humains et informatiques comme de pilotage, il a accumulé un retard considérable<sup>33</sup>. Au cours des deux dernières années, le nouvel encadrement s'est efforcé non sans courage de remettre cette structure sur les rails avec des moyens limités. Actuellement avec le renfort de deux médecins vacataires et après une réorganisation des process et le progressif comblement des retards<sup>34</sup>, la situation s'est relativement améliorée : les délais d'examen pour les dossiers médicaux s'établissent entre trois et quatre mois et pour les dossiers de maladie mentale à six mois.

Cette voie de recours n'est guère usitée compte tenu de l'intériorisation de ses délais et de sa relative méconnaissance, ce qui est heureux car l'appel n'est pas suspensif et sans clause de délai. Le recours au CMS ne concerne qu'un part minime des dossiers, de un seul dans quelques départements à 34 dossiers pour le Gard (y compris dossiers de la FPT). Pour les 57 départements

<sup>32</sup> Décret n° 2008-1191 du 17 novembre 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.

<sup>33</sup> Délai de traitement à plus d'un an, aucun enregistrement quotidien du courrier, impossibilité pour le médecin de retrouver un dossier, procès-verbaux rédigés avec plus de six mois de retard, plus de 300 dossiers restés incomplets sans demande de complément, aucun archivage...

Le CMS comporte un médecin secondé par deux agents (adjoints administratifs) et deux médecins missionnés (vacataires), l'un en psychiatrie et l'autre en médecine, un jour par semaine.

<sup>34</sup> Les médecins experts acceptent que leur soient soumis 12 dossiers en médecine et 10 dossiers en santé mentale à chaque commission mensuelle.

ayant renseigné cette donnée, **le taux de recours est très faible, entre 0 et 3,1 %, pour une moyenne de 0,5 %**. Les différences locales peuvent renvoyer à la fois à une plus grande appétence des agents pour le recours comme à une approche plus « rigoureuse » de certains comités dont les avis sont moins souvent favorables à l'agent.

En centrale, les recours émanant des agents sont quasi-inexistants, ils utilisent plutôt la voie du recours gracieux devant l'administration. Les recours de cette dernière sont également peu nombreux (deux ou trois par an pour le ministère de l'économie et des finances à titre d'exemple). Les ministères ne consultent pas non plus le comité sur des points juridiques, préférant utiliser leurs propres services, ce qui est heureux puisque le CMS ne comprend pas en son sein de juriste. En cas de contentieux « pointu », il leur arrive de se référer à la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP).

Comme dans l'écrasante majorité des cas, le CMS confirme l'avis initial des instances, il est évidemment permis de s'interroger sur l'utilité d'user de recours auprès de cette structure. En revanche, débordé par la gestion à faible valeur ajoutée de dossiers individuels, et aveugle aux problématiques du terrain faute d'instruments, le CMS n'assure pas son rôle essentiel de détermination de la doctrine médicale et d'appui-conseil aux médecins, ce qu'attendent les acteurs du terrain. Il n'y a pas eu de travaux de « doctrine » ni de recommandations médicales depuis la circulaire de 1999<sup>35</sup>. En particulier la réflexion sur les maladies entrant dans la liste des autorisations en matière de CLD n'a pas été entamée.

Il n'existe pas non plus de code de bonne conduite des expertises pour en réduire le nombre en s'appuyant davantage sur l'avis du médecin traitant ou de doctrine en termes de déontologie (conflit d'intérêts).

Faute de coordination, les interprétations des textes varient selon les comités, entraînant des iniquités dans la situation des agents. Par exemple, la maladie alcoolique peut être traitée comme une maladie ouvrant droit à un CLM dans un département, sans l'être dans le département voisin.

### 1.4.3 De nombreux coûts « cachés » impossibles à chiffrer

Les enquêtes DDCS/PP et centres de gestion ont pu mettre à jour quelques coûts de fonctionnement en personnel (soit environ 500 ETP dont la compétence couvre plusieurs millions de fonctionnaires) et paiement des médecins d'une ampleur limitée. Mais le système génère de nombreux coûts cachés, bien qu'impossibles à chiffrer, qui le rendent probablement beaucoup plus onéreux.

La plus importante cause de dépenses inutiles réside dans les délais de traitement des dossiers : un retard d'expertise ou de rendu d'expertise se solde par des semaines voire dans quelques cas des mois de salaire versé à l'agent. Comme les services et les secrétariats ne veulent pas léser celui-ci, les dates sont recalculées pour lui éviter de basculer dans le demi-traitement. A cet égard, pour rester dans la légalité, il conviendrait de faire partir les dates de déclenchement de demi-traitement au lendemain de la tenue des instances. Lorsqu'un agent rétabli souhaite reprendre le travail, pour peu que sa demande soit déposée avant l'été, son cas risque d'être vu en octobre, ce qui aboutit à le payer un trimestre à ne rien faire. Le problème est encore plus crucial pour l'Education nationale qui anticipe dès mars les mouvements pour la rentrée suivante : l'agent qui « manque » cette étape reprendra du coup en janvier.

---

<sup>35</sup> Circulaire n°DGS/CMS n°99/625 du 15 novembre 1999.

La multiplication des expertises dans un univers de rareté génère des « échelles de perroquet » invisibles mais réelles entre administrations pour décrocher du temps d'expert. Par ailleurs, il est impossible de chiffrer les frais de déplacements et séjours d'hôtels qui peuvent être réglés pour les malades auprès de l'expert « adéquat » soit en raison de son prix soit en raison de sa spécialité ou de son accessibilité. Pris sur les lignes de fonctionnement courant, ils ne peuvent être rapportés à un dossier médical de toute manière. Les déplacements intra-départementaux sont fréquents par construction. Des déplacements inter-départementaux ont lieu, vraisemblablement de plus en plus nombreux.

Mais il ressort des auditions que le gaspillage humain et financier le plus important résiderait dans une pratique peut-être excessive de la retraite anticipée notamment pour la FPH et la FPT où les métiers « physiques » (aides-soignants (es), gardes d'enfants, jardinier(e)s, agents de cuisine ou de lingerie) sont nombreux. Il devient en effet de plus en plus difficile de les reclasser y compris dans les grandes collectivités car les postes sont déjà occupés et les postes administratifs demandent de plus en plus de technicité. Le problème est insoluble pour les petites structures. Le coût social et le coût budgétaire caché de l'insuffisance des politiques de reclassement et de prévention sont sans doute très importants.

Les éléments rassemblés par la mission ne permettent pas de mettre en évidence un accroissement en valeur absolue du nombre de départs à la retraite sauf pour la FPT. Toutefois l'accroissement de l'âge moyen de départ à la retraite est plus important que celui du départ pour invalidité, laissant augurer une tendance haussière liée à l'allongement des durées de carrière (cf. annexe 7).

\*

\*            \*

En conclusion, deux caractéristiques sont à souligner à propos de ce dispositif :

- la première peut se résumer dans sa désarticulation globale, principale cause d'inefficience : **le parcours du dossier dépend du comportement autonome de chaque acteur**. La chaîne est trop complexe et personne ne détient la responsabilité globale du process qui se déroule de manière aléatoire entre les différents acteurs :
  - l'agent qui envoie (ou pas) un dossier correctement rempli (lui-même dépendant de l'obtention des informations de son médecin traitant le cas échéant) et répond (ou pas) aux convocations d'experts ;
  - le service gestionnaire RH compétent (ou non) dans la gestion, qui doit assurer l'information et l'orientation de l'agent ainsi que la transmission des bons éléments au secrétariat des IM ;
  - l'expert qui donne des rendez-vous et fournit des comptes-rendus comme il l'entend ;
  - le SRE et la CNRACL qui détiennent les clés de la décision finale pour certains actes (ATI et pension pour invalidité).

Le secrétariat médical, pivot impuissant, reste tributaire de ces aléas : il est logique que les délais se cumulent d'autant que les dossiers ne sont gérés que par sessions et non au « fil de l'eau ».

- la seconde caractéristique réside dans **l'attachement des acteurs à une structure indépendante, garante de l'objectivité des décisions et préservatrice du secret médical** :
  - pour eux, les secrétariats actuels sont certes perfectibles mais présentent l'atout essentiel de neutralité dans le traitement des dossiers. Les DDCS/PP assument un service correct et sur le terrain les administrations n'ont pas formulé de critiques majeures à leur égard, soulignant l'intérêt de la proximité physique. De même, les centres de gestion ont su investir dans cette nouvelle compétence, avec un tuilage globalement satisfaisant.

## 2 LES ENJEUX ET PRINCIPES D'EVOLUTION DU DISPOSITIF

### 2.1 Les principaux objectifs et enjeux

Le fonctionnement actuel du dispositif des instances médicales ne répond pas pleinement à ses objectifs fondamentaux :

- garantir à l'agent un traitement équitable, une information complète et la préservation du secret médical ;
- trouver des solutions aux agents ayant des problèmes de santé, dans le cadre d'une politique des ressources humaines globale, facilitant leur maintien dans un emploi ;
- faire reposer les décisions de l'administration sur des avis médicaux fiables et utiles à la prise de décision, dans un contexte de pénurie de médecins.

#### 2.1.1 Garantir à l'agent un traitement rapide et équitable ainsi qu'une information complète

Si une centralisation ou une régionalisation des instances médicales irait à l'encontre des objectifs d'équité et de bonne information des agents, une mutualisation de la fonction de constitution des dossiers en amont du secrétariat des instances médicales serait de nature à améliorer la situation.

##### 2.1.1.1 La proximité des IM garantit une information indépendante des agents et un accompagnement minimal des gestionnaires RH

- **La départementalisation des instances n'a pas d'impact négatif sur les délais et les cas de centralisation étudiés par la mission ne sont pas transposables.**

Même dans les départements où il y a peu de dossiers, l'espace éventuel de la tenue des instances n'est souvent pas un facteur déterminant de retard. La pénurie de médecins, la difficulté de réunir le quorum en CR et surtout les délais d'expertise apparaissent plus bloquants. Dans les départements réunissant un grand nombre de dossiers, un regroupement au niveau supra-départemental n'apporterait pas de plus-value en termes de délai ou de productivité du secrétariat des IM.

Les quelques cas de centralisation nationale étudiés par la mission (ministère des affaires étrangères - MAE, police nationale avec un traitement au niveau de la zone de défense, société Orange) correspondent à des situations spécifiques non transposables : postes à l'étranger pour le MAE, existence d'une médecine statutaire pour la police, plan de résorption des risques psychosociaux à Orange. Les instances du MAE ne couvrent qu'un faible nombre d'agents (moins de 10 000, soit l'équivalent des agents de la FPT d'un département comme le Cher). La police nationale est régie par des dispositions spécifiques avec une prise en charge plus favorable des congés maladie et une médecine statutaire pratiquant un contrôle strict des arrêts maladie (cf. annexe 4). La société Orange a mis en place un dispositif de prévention suite à une vague de suicide en 2010 avec d'importants moyens sur les questions de santé au travail et une très forte implication de la hiérarchie supérieure (nomination d'un conseiller DRH, directement rattaché au DRH Groupe et par ailleurs président de la commission de réforme).

Une centralisation, nationale ou régionale, éventuellement à la carte par ministère ou par fonction publique (FPE-FPH), aurait en outre pour effet de réduire le nombre de cas traités au plan départemental et de fragiliser le dispositif dans certains départements peu peuplés qui tomberaient en deçà d'une masse critique de dossiers à traiter.



Elle n'est envisageable pour la FPT que lorsque le nombre de collectivités est restreint, comme c'est le cas en Ile-de-France, et que le territoire est bien doté en transports en commun (cf. centres interdépartementaux de gestion de petite et grande couronne, ce dernier ne couvrant pas la Seine-et-Marne).

➤ **L'échelon départemental facilite la bonne information des agents, dans un lieu neutre où ils peuvent consulter leur dossier.**

L'apport des secrétariats des IM en matière d'information des agents est souligné par de nombreux acteurs. Ils garantissent une information équitable en cas de conflit entre l'agent et sa hiérarchie, voire dispensent un conseil juridique minimal aux agents concernés.

En l'absence de dispositif sécurisé de transfert numérisé des pièces médicales<sup>36</sup>, cette proximité facilite en outre la consultation de leur dossier par les intéressés. L'alternative d'un envoi courrier serait coûteuse en délai et en frais de gestion. Lorsqu'un médecin secrétaire est présent, la communication du dossier peut en outre s'accompagner d'explications médicales, ce qui est particulièrement utile en cas de maladie psychiatrique.

➤ **Un secrétariat départemental pallie en partie les possibles insuffisances des services RH de proximité.**

Le secrétariat des instances médicales apparaît comme un référent essentiel pour conseiller les gestionnaires RH de proximité. Certains centres de gestion ont ainsi accru leur fonction d'accompagnement des services RH, ce qui a amélioré significativement les délais et le suivi des dossiers. Les secrétariats des DDCS/PP exercent également cette fonction d'assistance, notamment à l'attention des gestionnaires RH peu expérimentés.

2.1.1.2 **La mutualisation de la préparation des dossiers avant transmission au secrétariat des IM serait une garantie de qualité pour les agents**

En revanche, la fonction de préparation des dossiers en amont des secrétariats des IM doit être professionnalisée éventuellement par mutualisation.

**Pour la FPE**, les directions régionales exercent souvent certaines fonctions de gestion RH complexes et une mutualisation pourrait donc être envisagée à leur niveau, sans nécessairement positionner cette nouvelle fonction au chef-lieu de région. Une telle mutualisation est déjà pratiquée par certains rectorats (le rectorat de Lille est ainsi compétent pour le Nord et le Pas-de-Calais, celui de Rouen pour l'Eure et la Seine-Maritime).

**Pour la FPH**, cette mutualisation pourrait être positionnée au sein de l'établissement de santé support du groupement hospitalier de territoire, avec un financement de la charge induite à mettre en place entre établissements.

**Pour la FPT**, les centres de gestion remplissent déjà une fonction de conseil, voire une prestation plus ou moins complète, au bénéfice notamment des petites collectivités territoriales, ce qui fluidifie le dispositif aussi bien en amont des IM (préparation du dossier et anticipation des prolongations de congé maladie) qu'en aval (conseil en matière de prise de décision). Cet accompagnement pourrait être accru, notamment auprès des collectivités affiliées. Cette action est jugée utile notamment par l'association des maires de France (AMF).

---

<sup>36</sup> La Commission nationale informatique et liberté rappelle que « la transmission par courrier électronique de données nominatives sur l'état de santé d'une personne comporte des risques importants de divulgation de ces données et d'intrusion dans les systèmes informatiques internes. ». L'usage d'une messagerie électronique doit obligatoirement intégrer un module de chiffrement des données. <https://www.cnil.fr/fr/donnees-de-sante-messagerie-electronique-et-fax>



Au-delà du gain en termes de qualité des dossiers et donc de délais, une telle mutualisation offrirait plus de garantie en matière d'équité de traitement, d'information pertinente des agents ainsi que de préservation du secret médical.

## 2.1.2 Préserver une gestion respectueuse du secret médical

### 2.1.2.1 Le secret médical constitue une exigence incontournable

L'article L. 1110-4 du code de la santé publique dispose que toute personne « *a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. (...) ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes* ».

En outre, « *les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le code pénal*<sup>37</sup> » (article 26 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983).

Les informations personnelles de santé ne peuvent être recueillies et détenues que par des services placés sous l'autorité d'un médecin qui en est responsable. Les rares exceptions à ce principe résultent pour ces instances de l'article L.31 du code des pensions civiles et militaires de retraite dans le cadre de la procédure de mise à la retraite pour invalidité soumise à l'avis de la commission de réforme<sup>38</sup>.

L'agent concerné, en revanche, a accès aux pièces médicales de son dossier, la Commission d'accès aux documents administratifs ayant donné de ceux-ci une acception large (qui inclut notamment les expertises) rappelée dans le livret 2 du guide du contrôle médical des fonctionnaires établi par le ministère de la fonction publique<sup>39</sup>.

Dans ce cadre certaines contraintes d'organisation s'imposent :

#### ► **Pour les services des ressources humaines de l'agent concerné**

Ne travaillant pas aux côtés d'un médecin, les agents des services de gestion du personnel ne peuvent en aucun cas avoir accès aux données médicales personnelles. Pour protéger le secret médical, les règles suivantes devraient être respectées :

- le nom et la spécialité des médecins experts commis par le secrétariat des instances ne devraient pas être connus des services des ressources humaines<sup>40</sup> ;
- dans les structures où le secrétariat des instances médicales est intégré (administration centrale, collectivité n'ayant pas conventionné avec le centre de gestion...), le service assurant le secrétariat des IM doit être consacré exclusivement à cette fonction et séparé du reste des services des ressources humaines.

---

<sup>37</sup> S'applique donc l'article 226-13 du code pénal qui interdit « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire* ».

<sup>38</sup> Article L31 alinéa 3 du CPCMR :

« *Nonobstant toutes dispositions contraires, et notamment celles relatives au secret professionnel, tous renseignements médicaux ou pièces médicales dont la production est indispensable pour l'examen des droits définis par le présent chapitre pourront être communiqués sur leur demande aux services administratifs placés sous l'autorité des ministres auxquels appartient le pouvoir de décision et dont les agents sont eux-mêmes tenus au secret professionnel.* »

<sup>39</sup> La rédaction de l'article 19 du décret du 14 mars 1986 pose à cet égard une difficulté d'interprétation.

<sup>40</sup> La mission a noté l'intéressante pratique de certains centres de gestion consistant à organiser la prise de rendez-vous pour les expertises et à en demander le remboursement aux collectivités concernées en ne précisant pas l'identité et la spécialité du praticien.

Si ces mesures de prévention sont aisées à mettre en œuvre au sein de services importants notamment ministériels, elles le sont beaucoup moins dans des petites structures comme, par exemple, la majorité des collectivités territoriales.

Confier systématiquement aux centres de gestion le secrétariat des instances pour toutes les collectivités et établissements du département garantirait une protection équivalente du secret médical à tous les agents de la FPT. Par ailleurs, un transfert de la compétence de secrétariat médical pour la FPH à un établissement hospitalier pour un territoire, comme cela est envisagé dans l'expérimentation avec le CHU de Lille dans le Nord, implique la création au sein du CHU d'une structure spécifique indépendante du reste de la DRH de l'établissement.

#### ➤ **Pour le secrétariat des instances médicales**

Dans la pratique, les fonctionnaires affectés au secrétariat des instances médicales consultent quotidiennement les dossiers médicaux des agents concernés. Lorsque ce secrétariat était assuré par un médecin inspecteur de santé publique (MISP), ce dernier s'assurait, selon les termes de l'article R.4127-72 du code de la santé publique « *que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment* ».

Lorsqu'il n'y a pas de médecin secrétaire, c'est souvent le président du comité médical qui s'assure du respect du secret médical, *en sensibilisant voire en contrôlant les secrétariats*.

Au cours du processus, plusieurs précautions s'imposent<sup>41</sup> :

- les renseignements médicaux qui accompagnent la demande de l'agent doivent être adressés au secrétariat de la commission, sous pli confidentiel, cacheté, à l'attention du médecin du comité ou de la commission (secrétaire ou président) ;
- les avis et décisions rendus ne doivent pas révéler la pathologie dont souffre le demandeur ;
- si la personne est invitée à se présenter devant la commission, elle doit être préalablement informée qu'elle n'a pas à dévoiler sa pathologie ni à y être incitée ;
- enfin, les documents médicaux communiqués doivent être conservés dans des conditions préservant leur confidentialité.

#### ➤ **En matière d'informatisation du processus**

Le secret médical impose également des conditions à l'informatisation du processus, le traitement de données médicales n'étant autorisé « *en matière de droit du travail (que) dans la mesure où il est autorisé par une législation nationale prévoyant des garanties adéquates* » ou bien « *lorsque le traitement des données est nécessaire aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements ou de la gestion de services de santé et que le traitement de ces données est effectué par un praticien de la santé soumis par le droit national ou par des réglementations arrêtées par les autorités nationales compétentes au secret professionnel, ou par une autre personne également soumise à une obligation de secret équivalente* »<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> Et sont en partie reprises dans la circulaire N°DHOS1RH3/2009/52 du 17 février 2009 relative au décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur. La consultation du médecin agréé « *doit s'effectuer dans le respect des dispositions relatives au secret médical en application desquelles l'administration ne pourra avoir accès qu'aux seules conclusions du médecin agréé relatives à la relation de cause à effet entre l'accident ou la maladie et le service. Quant au dossier d'expertise médicale, accompagné du double des conclusions, il devra être transmis par le médecin agréé au secrétariat du comité médical et de la commission de réforme, les informations personnelles de santé ne pouvant être recueillies et détenues que par des services placés sous l'autorité d'un médecin qui est responsable de ces données* ».

<sup>42</sup> Article 8 de la directive 95/46/CE du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

### 2.1.2.2 La composition même de la commission de réforme fragilise la protection du secret médical

Si les textes relatifs à la FPE ne mentionnent pas les exigences du secret médical, l'arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière pointe bien la difficulté en précisant que « *chaque dossier à examiner fait l'objet, au moment de la convocation à la réunion, d'une note de présentation, dans le respect du secret médical* ».

Chaque participant à la commission de réforme dispose d'une voix. Pourtant, lors de la séance, l'information des membres est hétérogène : si les médecins ont accès à la totalité du dossier, cela est beaucoup plus difficile pour les autres membres. Les représentants du personnel précisent fréquemment que la commission de réforme se résume souvent à une discussion technique entre spécialistes médecins devant des représentants forcément passifs car en déficit d'informations.

**Le principe même d'une instance paritaire se prononçant collégalement sur le dossier médical des agents est problématique.** Alors que le décret n°86-442 du 14 mars 1986 prévoit seulement que « *le fonctionnaire est invité à prendre connaissance, personnellement ou par l'intermédiaire de son représentant, de la partie administrative de son dossier* », certains secrétariats offrent aux représentants de l'administration et du personnel la possibilité de consulter les dossiers médicaux des agents passant en commission de réforme<sup>43</sup>.

Cette situation est du point de vue de la mission contraire au respect du secret médical. Hormis dans les cas prévus par l'article 31 du Code des pensions civiles et militaires, seules les personnes justifiant d'un mandat exprès de l'agent concerné ou d'un mandat légal peuvent bénéficier d'un droit d'accès<sup>44</sup> aux informations le concernant.

### 2.1.3 Maintenir l'exigence d'un avis médical indépendant dans un contexte de pénurie de la ressource médicale

Employeurs comme représentants du personnel sont très attachés au maintien d'un avis médical indépendant, les questions médico-statutaires venant interférer avec le management.

Il est indispensable de tenir compte d'une tendance lourde à la raréfaction des médecins (cf. point 1.2.3). La revalorisation des rémunérations ne saurait à elle seule assurer la pérennité du dispositif qui doit d'abord être plus économe en ressources médicales (cf. point 2.2.2 ci-après).

### 2.1.4 Intégrer le dispositif dans une démarche de bonne GRH

#### ► **Le dispositif des instances médicales correspond à une vision étroite de la politique de santé au travail.**

Le dispositif des instances médicales de la fonction publique aborde la question de la santé au travail sous l'angle d'une protection statutaire minimale, en garantissant au fonctionnaire « *le maintien de son statut de fonctionnaire et non de son emploi* » en évitant « *tout éventuel arbitraire dans le processus de réaffectation de l'agent sur de nouvelles attributions, au moyen d'une procédure*

<sup>43</sup> L'article L31 du CPCMR parfois invoqué par certains secrétariats pour justifier cette pratique ne suffit pas puisque cette exception ne concerne que les services administratifs concernés par l'examen des droits à prestation liée à l'invalidité.

<sup>44</sup> Deux avis n° 20053099 du 6 octobre 2005 et n° 20053352 du 6 octobre 2005 de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) précisent que « *Dans une décision n° 270234 du 26 septembre 2005, conseil national de l'ordre des médecins, le Conseil d'Etat a interprété ces dispositions (celles de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique) comme n'excluant pas la possibilité pour le patient de recourir à un mandataire pour accéder à ces informations dès lors que ce dernier peut justifier de son identité et dispose d'un mandat exprès, c'est-à-dire dûment justifié* ».

*mettant en jeu des instances médicales au maniement parfois lourd car chargées de délivrer des avis d'experts plutôt que des solutions opérationnelles.* »<sup>45</sup>.

Or les exigences croissantes en matière d'efficience des services entraînent des risques d'éviction des agents n'ayant plus leur pleine capacité de travail, par le biais de la position de disponibilité d'office ou de la retraite pour invalidité, ce qui contribue à leur désinsertion professionnelle et sociale.

En toute hypothèse il est indispensable de dépasser l'approche individuelle pour embrasser le sujet de la prévention et du reclassement, voire plus largement de l'employabilité.

➤ **La capitalisation des données issues des IM apporterait un éclairage intéressant sur la santé au travail des fonctionnaires.**

Actuellement il n'y a pas d'analyse du flux de dossiers passant en CM-CR notamment pour alimenter une réflexion sur les conditions de travail.

Ce type de constat est pourtant essentiel pour en tirer des conséquences en termes de prévention mais aussi de maîtrise du coût global de l'emploi public (coût des pensions compris) et plus globalement de protection professionnelle et sociale des fonctionnaires.

Une information objective et documentée est par ailleurs indispensable pour permettre aux employeurs qui ont recours à des assurances de maîtriser leurs coûts.

➤ **L'indépendance des IM ne doit pas conduire à une déresponsabilisation du management et des DRH.**

Il a été rapporté plusieurs fois à la mission que les IM étaient parfois utilisées pour pallier des déficiences de management ou éviter aux employeurs d'affronter des cas difficiles. Situation conflictuelle dans les services, défaut d'engagement de la hiérarchie pour encadrer et apporter des solutions de soutien voire disciplinaires dans les cas le requérant, refus de décision d'imputabilité pour des affaires relevant de l'analyse juridique et non de l'analyse médicale, sont autant de situations illustrant cette dérive.

Il serait d'autant plus aisé de recentrer le dispositif sur sa fonction médicale que la médecine de prévention serait suffisamment solide pour accompagner les agents connaissant une dégradation de leur aptitude. Malheureusement, cela n'est souvent pas le cas.

L'indépendance souhaitable des secrétariats des IM par rapport aux DRH, ne saurait exonérer ces dernières d'un nécessaire dialogue social sur ces questions et de l'intégration de politiques de prévention ou de reclassement dans leur politique RH. Le rapport IGA-IGAS de 2011 précité faisait ainsi un certain nombre de propositions visant à rendre possible la reconversion des agents employés sur des métiers à risque.

La création d'une période préparatoire au reclassement rémunérée par l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 offre de nouvelles ouvertures en la matière (cf. point 2.2.5 ci-après).

---

<sup>45</sup> Rapport IGA-IGAS « Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé » - décembre 2011 - <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000208.pdf>

## 2.2 Les axes d'évolution communs à tous les scénarios

Quel que soit le scénario d'évolution retenu, la mission considère que la mise en place d'un pilotage des instances médicales au plan administratif et médical est un préalable à toute évolution.

Par ailleurs la mission propose un certain nombre d'orientations dont la mise en œuvre serait nécessaire en toute hypothèse : optimiser le recours aux médecins, sécuriser le financement du dispositif, former l'ensemble des acteurs, développer des politiques de réemploi des agents en difficulté. Enfin, la mission s'interroge sur la pérennité de certaines règles statutaires.

### 2.2.1 Piloter activement le dispositif au plan administratif et médical

Quel que soit le choix final de scénario, les propositions de rénovation s'avèrent nombreuses et ont trait à de nombreux champs de compétences : gestion des ressources humaines, droit de la fonction publique, utilisation adaptée de la ressource médicale, révision des chaînes administratives notamment pour le dossier médical, politiques de formation, élaboration de systèmes d'information et de rendu statistique. Le besoin d'impulsion et de coordination pour l'ensemble de ces chantiers est considérable.

Or les administrations centrales n'ont pas dévolu de moyens ni de structures spécifiques pour le suivi de cette politique médicale qui a uniquement été appréhendée par la problématique, réelle mais réductrice, des arrêts courts de maladie des fonctionnaires. A cet égard, aucune disposition ne figure explicitement dans les textes d'organisation du ministère des affaires sociales ni dans le tout récent décret n° 2016-1804 du 22 décembre 2016 relatif à la direction générale de l'administration et de la fonction publique et à la politique de ressources humaines dans la fonction publique.

#### 2.2.1.1 Un pilotage stratégique doit être mis en place au plan central pour les trois fonctions publiques

La mission préconise l'examen de deux modalités d'organisation possibles pour remédier à ce défaut évident de gouvernance :

- **La création d'une commission ou d'un comité de pilotage des réformes** qui pourrait prendre la forme d'une structure légère de mission ou de projet, dotée d'un secrétaire général et de quelques responsables thématiques afin de mener à bien les chantiers de réforme. Une fois les réformes réalisées, les compétences redéfinies pourraient être réintégrées dans les administrations ou le comité aurait vocation à être pérennisé (option privilégiée par la mission). Il semble important que, compte tenu des multiples interfaces des chantiers, une personnalité de haut profil puisse accompagner les premiers mois de la structure pour la positionner à un bon niveau et faciliter le dialogue inter fonctions publiques.

Cette piste présente l'avantage de la rapidité et de la simplicité de création : un arrêté interministériel suffirait ; en revanche elle ne garantit pas totalement la pérennité du suivi coordonné des politiques médicales et de la gouvernance.

- **La création d'un opérateur, service à compétence nationale** de taille réduite, interlocuteur permanent des administrations des trois fonctions publiques. Il pourrait intégrer le comité médical supérieur pour faciliter la prise en compte des deux aspects médicaux et RH du pilotage.

Cette piste présente l'avantage de la cohérence et d'une véritable prise en charge d'une question importante et permanente de la GRH des trois fonctions publiques dont la contrepartie négative réside dans l'émergence d'un énième acteur dans le paysage déjà encombré des organisations publiques.

La création d'une telle instance est évidemment plus longue et complexe juridiquement d'autant plus qu'elle n'absorberait qu'une poignée d'agents. Une sous-option pourrait consister à transférer également à cette structure l'ensemble des quelque 250 ETP animant les secrétariats médicaux en provenance du réseau déconcentré du ministère chargé des affaires sociales. Cette sous-option apparaît délicate vis-à-vis des personnels très attachés aux DDCS/PP. Par ailleurs, la logique d'un tel service à compétence nationale (SCN) pourrait aller jusqu'à englober les personnels des secrétariats médicaux de centrale, les ministères étant probablement réticents à ce type de construction.

Quel que soit le choix d'organisation adopté, il faudra trancher la question de son positionnement. Deux possibilités sont offertes :

- **Un double rattachement auprès du secrétaire général des affaires sociales** (du fait de la triple problématique RH des DDCS, de la tutelle de la fonction publique hospitalière et des questions de santé) **et du directeur de la DGAFP** confirmé dans un rôle de DRH Etat par le décret du 22 décembre 2016.

Cette solution présente l'intérêt d'associer deux ministères qui occupent chacun un rôle déterminant dans les politiques en cause tout en rappelant qu'une double tutelle n'est jamais efficace, précisément dans ce secteur qui fait l'objet depuis longtemps d'une forme de déclinaison mutuelle de compétences de la part des services en question. Ce double rattachement peut toutefois paraître pertinent tant que la mission demeure portée localement par les DDCS /PP pour la FPE et la FPH.

- **Un rattachement direct et unique à la DGAFP** d'autant plus que cette dernière vient d'être renforcée dans son positionnement pour « *assurer les missions de direction des ressources humaines de l'Etat* ». L'ensemble de l'article 2 du décret liste des compétences qui devraient en toute logique la mener à prendre en charge directement cette tutelle<sup>46</sup>. En outre, les instances de coordination définies dans le décret (conseil d'orientation, conseil scientifique, comité de pilotage des ressources humaines de l'Etat) verraient sans difficulté l'intégration dans leurs ordres du jour des projets de rénovation des instances médicales.

Cette option offre l'avantage d'un pilotage unique donc responsabilisé et d'un interlocuteur clair pour tous les acteurs d'un système qui restera complexe. Toutefois il convient de noter que le décret n'évoque pas les instances médicales, ce qui ne semble pas témoigner d'une appétence à la reprise de ces fonctions. Par ailleurs la DGAFP connaît peu les aspects concrets de gestion notamment dans la FPT et la FPH, le référent des grandes associations d'élus étant plutôt la direction générale des collectivités locales (DGCL) et celui des établissements de santé la direction générale de l'offre de soin (DGOS).

En toute hypothèse, la question du bon fonctionnement des instances médicales et, lorsqu'elles seront en état de les produire, des informations statistiques afférentes devrait être régulièrement abordée au moins une fois par an au Conseil commun de la fonction publique.

---

<sup>46</sup> Selon l'article 2 4° du décret, la DGAFP « *Définit les orientations en matière de promotion de la qualité de vie au travail et de protection de la santé et de sécurité au travail des agents des ministères et des établissements publics de l'Etat et anime le réseau des acteurs dans ce domaine ; elle propose toute action de prévention et met en œuvre, en accord avec les ministères, certaines des actions de mutualisation des ressources disponibles dans ce domaine* ».



### 2.2.1.2 Ce pilotage doit comporter un volet « système d'information »

L'urbanisation du système d'information doit être pensée en fonction des besoins du pilotage national comme des différents gestionnaires.

S'agissant des CM/CR départementaux et du CMS, l'application CM/CR est défaillante, dispose de peu de fonctionnalités, ne permet pas de requêtes, et n'est au demeurant pas utilisée par tous. Le CMS travaille quant à lui sur des tableaux Excel et des modèles de PV en fichier Word.

Le ministère des affaires sociales a engagé un chantier de refonte de ce SI (projet VADIM) dont la première phase doit équiper le CMS. La mission n'a pas pu discuter de ce projet avec la DSI mais les éléments concernant ce projet lui font craindre une conception centrée sur le seul secrétariat et les besoins du MAS et une insuffisante prise en compte des besoins de l'ensemble des utilisateurs.

Or il convient de prévoir dès à présent un système non fermé et interopérable avec les saisies de données opérées par d'autres acteurs que les DDCS/PP. La DISIC aurait vocation à superviser un projet d'une telle ampleur.

### 2.2.1.3 Ce pilotage stratégique central doit comporter un important volet médical

Le décret du 17 novembre 2008 dispose que le comité médical supérieur, outre son caractère d'instance de recours des avis des comités médicaux départementaux et ministériels, « assure sur le plan national la coordination des avis des comités médicaux et formule des recommandations à caractère médical relatives à l'application du statut général ».

Ce dernier rôle n'est pas assuré : l'animation du réseau des différents CM est inexistante, favorisant le développement de positions parfois divergentes, et aucune recommandation n'est faite aux pouvoirs publics alors même que le CMS et son secrétariat ont totalement conscience de certaines difficultés dans l'application des textes (par exemple l'inadéquation à l'évolution des pathologies et des traitements de la liste des maladies ouvrant droit à CLD).

Pourtant le besoin d'une doctrine et d'une animation du réseau est exprimé par l'ensemble des acteurs sur de nombreuses questions portant notamment sur :

- les modalités de recrutement et de formation des médecins agréés et animation du réseau en lien avec la Fédération nationale des associations de médecins agréés (FNAMA) ;
- les bonnes pratiques en matière de recours aux expertises (notamment pour en réduire le nombre) ;
- les précautions à prendre en matière de secret médical ou de conduite à tenir en cas de conflit d'intérêt d'un membre d'instance médicale ;
- des formulaires harmonisés à transmettre au médecin traitant ou aux médecins experts ; une telle harmonisation est également une demande de l'ordre national des médecins ;
- l'utilisation des tableaux de maladie professionnelle de la sécurité sociale ainsi que des recommandations concernant les maladies hors tableau ;
- l'harmonisation des pratiques en termes d'octroi de congé de longue maladie au titre de l'article 3 de l'arrêté du 14 mars 1986<sup>47</sup> ;

---

<sup>47</sup> Cet article permet d'attribuer un CLM en dehors des listes figurant dans les précédents articles « à titre exceptionnel, pour une maladie non énumérée aux articles 1er et 2 du présent arrêté, après proposition du Comité médical compétent à l'égard de l'agent et avis du Comité médical supérieur. Dans ce cas, il doit être constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaire un traitement et des soins prolongés et qu'elle présente un caractère invalidant et de gravité confirmée ».

- la diffusion d'un référentiel de durée de congés selon les pathologies, en se référant à la doctrine de la Haute Autorité de santé, ou en matière de protocoles de soin justifiant des congés fractionnés...

Ce pilotage supposerait que le CMS soit renforcé en intégrant outre les compétences médicales indispensables (au moins deux médecins à plein temps), des compétences statutaires et de gestion RH de bon niveau pour être pertinent dans sa doctrine par rapport à la réalité des situations de travail. Il pourrait s'appuyer et animer un réseau comportant outre des médecins (conseil de l'ordre, médecins agréés, médecins de prévention) des personnels de direction et gestionnaires RH des trois fonctions publiques.

Référent médico-légal des CM/CR, il proposerait enfin les modernisations de textes nécessaires en fonction des évolutions médicales (en s'appuyant sur les recommandations et compétences notamment de la HAS et des sociétés savantes).

Le CMS est actuellement rattaché à la direction générale de la santé. Ce positionnement a du sens dans l'organisation actuelle. Ce rattachement pourra toutefois être revu, en fonction du choix d'organisation du pilotage administratif des instances médicales, avec le risque d'avoir un positionnement moins attractif pour du personnel médical.

#### 2.2.1.4 Le pilotage central doit être relayé au niveau local par une animation de réseau inter fonctions publiques

- **Les plateformes régionales de ressources RH (PFRH) pourraient jouer un rôle en termes d'animation du réseau des secrétariats médicaux.**

Les plateformes régionales de ressources humaines constituent d'ores et déjà un réseau RH à vocation interministérielle, apte à travailler sur les instances médicales<sup>48</sup> : par exemple en 2016, des travaux inter-fonctions publiques portant sur la pénurie des médecins de prévention et étendus à la médecine agréée ont été pilotés par la PFRH, sous l'égide du secrétariat général des affaires régionales de Bretagne. Dans ce cadre, le centre de gestion d'Ille-et-Vilaine a été chargé de rédiger un guide à l'attention des médecins agréés chargés de réaliser des expertises médicales.

La compétence des PFRH en matière de gestion des ressources humaines en général et de formation et de mobilité en particulier les qualifie tout à fait pour exercer ce type d'action d'animation.

- **La création de « comités de pairs » animés par les PFRH pourrait contribuer à professionnaliser les secrétariats d'IM.**

Les secrétariats des IM gèrent par définition du médical mais ne se soucient pas toujours suffisamment des contraintes statutaires. Les services RH, par manque de temps mais surtout de formation, ne maîtrisent pas complètement les très nombreuses règles médico-statutaires. Il convient donc d'établir des passerelles, tout au long du dispositif, entre ces deux univers.

Sous l'égide des PFRH, des travaux pourraient ainsi être menés pour créer sous une forme souple et adaptée aux différents contextes départementaux des « comités de pairs » ou « comités-conseils » rassemblant au niveau local des personnes « ressources », par exemple DRH expérimentés issus de différents horizons, assistantes sociales, médecins de prévention, secrétariats d'instances médicales... (cf. point 2.2.5 ci-après).

---

<sup>48</sup> La mission a écarté la solution visant à confier aux préfets la gestion directe des instances médicales, considérant qu'une telle option ne faciliterait pas la rénovation desdites instances et qu'au surplus le pilotage central ne serait pas résolu pour autant. Les PHRH sont en toute hypothèse placées auprès du SGAR ce qui permet d'impliquer le préfet de région en tant que de besoin et leur donne une légitimité interministérielle suffisante, notamment vis-à-vis des ARS.



## 2.2.2 Optimiser la ressource médicale

La pénurie de médecins conduit à devoir ménager cette ressource rare : d'une part en diminuant drastiquement le nombre d'expertises, d'autre part en réduisant le temps passé par les médecins en instance médicale. Cela passe par le rétablissement d'un secrétariat animé par un médecin.

### 2.2.2.1 Un rétablissement de la fonction de médecin-secrétaire

La mission a constaté combien une présence, même minimale, d'un médecin secrétaire rendait plus pertinent le dispositif : meilleure instruction des dossiers, tri entre dossiers simples et complexes, sélection des cas nécessitant l'expertise d'un spécialiste, orientation vers le bon spécialiste, dialogue éventuel avec le médecin traitant ou expert...

La ressource en MISP étant désormais très faible, il est indispensable de pouvoir mobiliser du temps de médecin pour remplir ces fonctions, ce qui permettrait à la fois de mieux utiliser l'expertise, de mieux garantir le secret médical et de suivre plus efficacement les dossiers qui le nécessitent.

### 2.2.2.2 Un recours pertinent aux expertises

Comme indiqué au point 1, le recours systématique à des expertises n'est pas justifié. Devant le CM, ce taux peut être limité à 30 % des dossiers comme la mission l'a constaté dans certains départements. Cela permettrait de réduire les délais et d'économiser des frais d'expertise pour la plupart des dossiers qui sont simples et les cas de saisine récurrents.

Un des objectifs du pilotage médical évoqué plus haut serait d'élaborer une doctrine du bon recours aux expertises, afin de minimiser leur nombre, notamment auprès des spécialistes. Ceci contribuerait en outre à réduire les cas potentiels de conflit d'intérêts. Cet objectif de réduction du nombre d'expertises suppose toutefois un minimum de temps médecin au secrétariat des IM<sup>49</sup>.

### 2.2.2.3 Une réduction de la sollicitation des médecins pour participer aux instances

Au-delà de la diminution du nombre de cas devant passer en IM, plusieurs mesures simples seraient de nature à réduire la sollicitation des médecins et notamment des spécialistes.

#### ➤ **Mettre un frein à la dissémination des instances médicales dans un même département**

Afin de ne pas trop peser sur les médecins acceptant d'être membres d'instances médicales, le comité médical est resté commun aux trois fonctions publiques dans certains départements. Ceci ne pose pas de problème particulier aux centres de gestion concernés qui assurent sans difficulté une part du secrétariat de cette instance mutualisée.

La centralisation du secrétariat des IM au centre de gestion pour tous les établissements et collectivités du département est également de nature à réduire le risque de multiplication des réunions des instances à des dates et dans des lieux différents, ce qui constitue une source de charge supplémentaire pour les médecins<sup>50</sup>.

<sup>49</sup> Dans les Ardennes, il a été indiqué à la mission que le recours systématique à une expertise médicale visait à mettre en ordre le dossier au plan médical, le secrétariat administratif n'étant pas en mesure de le faire, plus qu'à donner un avis d'expert médical.

<sup>50</sup> Voire parfois une source de concurrence tarifaire pour les médecins siégeant en IM.

Une loi serait nécessaire pour rendre le recours au centre de gestion pour cette prestation obligatoire pour toutes les collectivités territoriales, ce que proposait déjà un précédent rapport IGA pour des raisons de rationalisation de la gestion des ressources humaines<sup>51</sup>.

➤ **Rendre la présence des médecins spécialistes réellement facultative aux séances des CM comme des CR et assouplir les règles de tenue des CR.**

Les textes prévoient que les médecins spécialistes sont présents au CM comme à la CR, dans une formulation telle que plusieurs juges administratifs ont conclu que l'absence de médecin spécialiste pouvait justifier une nullité de la décision prise par l'administration sur la base de cet avis. La rédaction du décret de 1986 comporte en effet des contradictions internes concernant le caractère obligatoire ou facultatif de cette présence.

Le comité médical comprend « *deux praticiens de médecine générale, auxquels est adjoint, pour l'examen des cas relevant de sa qualification, un spécialiste de l'affection pour laquelle est demandé le bénéfice du congé de longue maladie ou de longue durée (...)* » (article 5 et 6 du décret n°86-442 du 14 mars 1986). L'article 6 précise la possibilité d'une consultation écrite « *S'il ne se trouve pas, dans le département, un ou plusieurs des spécialistes agréés dont le concours est nécessaire* » ce qui, *a contrario*, peut être interprété comme rendant la présence obligatoire lorsque ces spécialistes existent.

Les comités médicaux « *peuvent recourir, s'il y a lieu, au concours d'experts pris en dehors d'eux. Ceux-ci doivent être choisis suivant leur qualification sur la liste des médecins agréés, prévus à l'article 1er ci-dessus. Les experts peuvent donner leur avis par écrit ou siéger au comité à titre consultatif. S'il ne se trouve pas dans le département un ou plusieurs experts dont l'assistance a été jugée nécessaire, les comités médicaux font appel à des experts résidant dans d'autres départements.* » (article 7 du décret).

La composition de la CR se rapporte à celle du CM (articles 10 et 12 du décret). Les règles de quorum précisent que « *Lorsqu'un médecin spécialiste participe à la délibération conjointement avec les deux praticiens de médecine générale, l'un de ces deux derniers s'abstient en cas de vote.* » (article 19 du décret).

Il convient donc de **modifier le décret pour indiquer clairement que la présence d'un spécialiste de l'affection de l'agent n'est pas obligatoire**, ce qui n'empêchera pas les médecins de l'une ou l'autre instance de s'entourer de conseils avisés, en séance, par le biais d'une expertise ou par avis sapiteur oral ou écrit.

Certains centres de gestion relèvent que le caractère obligatoire de la production d'un rapport écrit du médecin chargé de la prévention attaché au service auquel appartient le fonctionnaire concerné (articles 26, 32, 34 et 43 du décret de 1986), peut bloquer le traitement du dossier du fait de la fragilité des services de prévention.

Plus largement, il conviendrait de faciliter des pratiques de consultation écrite des instances pour les cas simples et sans contestation et de permettre une participation des membres de CR par visio-conférence pour éviter de coûteux déplacements concernant seulement quelques dossiers.

<sup>51</sup> Rapport sur l'organisation et les missions des centres de gestion de la fonction publique territoriale et du CNFPT - bilan, analyse et perspectives d'avenir - IGA N° 014-056/14-012/01 - mai 2014

« *Affilier obligatoirement toutes les collectivités à un socle de missions avec un taux de cotisation faible, reprenant les missions déjà réalisées pour toutes les collectivités (concours, emploi, FMPE, conseil de discipline de recours) et trois missions du socle de 2012 (secrétariats des comités médicaux et commissions de réforme, et l'accès à une base de données juridiques statutaires). Encadrer cette affiliation obligatoire : délai de mise en œuvre et fixation des modalités du taux de cotisation.* »

#### 2.2.2.4 Une revalorisation indispensable des rémunérations des médecins

Une fois minimisée la charge des médecins, il devient possible, sinon nécessaire pour ne pas bloquer tout le dispositif, de revaloriser leur rémunération tant pour ce qui concerne leur participation aux IM que les expertises.

➤ **La participation aux instances doit se faire à un coût horaire décent.**

Ce tarif doit tout d'abord tenir compte du nombre d'heures passées et de la nécessité pour certains de rémunérer un remplaçant comme a déclaré un médecin à la mission : « *On le fait par esprit du service public et pour l'intérêt d'un travail collectif, mais on est prié de ne pas nous insulter* ».

Le tarif actuel est en effet manifestement sous-dimensionné, surtout lorsqu'il n'y a plus de médecin secrétaire, ce qui fait reposer sur le président du CM beaucoup plus de tâches : 43,6 euros « *par séance de deux heures, sans que plus de deux séances ne puissent avoir lieu dans la même journée* »<sup>52</sup>, tarif réduit à 21,13 et 31,87 euros lorsque le nombre de dossiers est respectivement inférieur à 5 ou entre 5 et 10.

Or les séances de CM comme de CR durent souvent plus de quatre heures et peuvent porter respectivement sur plusieurs centaines ou plusieurs dizaines de dossiers. Ces tarifs sont à mettre au regard du coût du remplaçant que devra engager un médecin libéral (plusieurs centaines d'euros pour une demi-journée). Ils ne permettent pas d'attirer suffisamment de médecins libéraux alors que la ressource de médecins hospitaliers se tarit. Ils sont également très inférieurs par exemple au tarif horaire de remboursement des formations (45 €) ou au tarif des médecins agréés pour le contrôle médical de l'aptitude à la conduite<sup>53</sup>.

Compte tenu des subterfuges recensés par la mission pour contourner ce niveau de rémunération dérisoire, **la mission suggère de retenir un tarif horaire net de 45 euros (hors charges sociales), soit 180 euros pour une séance de quatre heures, en laissant la possibilité de tenir compte des temps de déplacement demandés aux médecins**, notamment pour faciliter la venue de médecins de départements voisins.

➤ **Le tarif des expertises doit correspondre à l'important travail fourni et le mode de paiement doit être adapté aux contraintes administratives des médecins.**

L'arrêté du 3 juillet 2007 semble assez déphasé par rapport à la réalité du temps requis par une expertise. En effet, si le temps d'examen clinique est court, l'expert doit prendre en compte l'ensemble du cheminement de l'agent, parler avec lui de sa situation, prendre connaissance des résultats d'examen qu'il a apportés, puis rédiger le rapport. L'ensemble des médecins consultés considèrent qu'une véritable expertise requiert au total une heure, beaucoup plus pour les cas complexes, psychiatriques notamment.

---

<sup>52</sup> Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des membres des comités médicaux prévus par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986.

<sup>53</sup> Certes dans une situation différente puisqu'ils reçoivent les personnes, mais avec au final une rémunération horaire très supérieure, pour un travail moins administratif et donc plus apprécié « *Pour les médecins siégeant au sein des commissions médicales départementales, ce montant est fixé à 46 €, soit 2 C, par consultation. Il est partagé à parts égales entre les deux médecins membres de la commission.* ». (Arrêté du 1er février 2016). Sur la base de 25 personnes vues en trois heures, la rémunération horaire est de l'ordre de 190 € par heure et par médecin (payés par les contrevenants). Toutefois les médecins doivent prendre en charge de secrétariat de la commission médicale.

La mission considère, au vu de l'ensemble des pratiques observées et des explications données par les médecins rencontrés, **qu'un tarif de 100 à 140 euros net, est raisonnable**<sup>54</sup>. **Un dépassement pourrait en outre être admis exceptionnellement pour des spécialités rares ou des expertises très complexes**, afin de remédier aux refus d'expertise de plus en plus fréquents.

A partir du moment où le nombre d'expertises serait divisé par trois et où la plupart des services ne respectent pas les plafonds réglementaires, cette augmentation de tarif ne devrait pas entraîner d'augmentation globale de charge. De surcroît, la réduction induite des délais évitera des prolongations inutiles en congé maladie, avec un gain social et budgétaire non évaluable mais vraisemblablement important.

Enfin, le suivi du paiement de ces prestations pouvant constituer une réelle charge de gestion pour les médecins libéraux, voire un obstacle à l'acceptation de missions d'expertise, **un paiement centralisé est à promouvoir** (par le centre de gestion pour la FPT ou un prestataire). Cette centralisation contribuerait en outre à préserver le secret médical, le service de gestion étant facturé des honoraires d'expertises sans pouvoir mettre en relation spécialité du médecin et agent.

La revalorisation des tarifs serait l'occasion d'interroger les conditions d'agrément.

- **S'agissant de la procédure d'agrément elle-même**, les acteurs la trouvent aujourd'hui peu satisfaisante.

La mission ne voit guère de formule préférable, sauf peut-être à confier la gestion de cette liste au conseil de l'ordre qui donne déjà son avis dans le cadre actuel et est informé plus rapidement des entrées et sorties de la profession. En revanche, s'agissant des conditions, il devrait être envisagé, en contrepartie de tarifs décents, de demander aux médecins de s'engager d'une part à participer à une formation minimale et, d'autre part, à effectuer un nombre minimum d'expertises.

## 2.2.3 Former l'ensemble des acteurs

### 2.2.3.1 Exiger une formation minimum des médecins agréés

En effet, le travail d'expertise requiert des connaissances approfondies non seulement dans son domaine de spécialité médicale mais aussi dans la rédaction du rapport d'expertise ayant des conséquences juridiques (taux d'incapacité, détermination d'un état antérieur...) ainsi que sur le statut de la fonction publique. Cette formation peut être envisagée dans plusieurs cadres :

- **un diplôme universitaire qualifiant** ; cette modalité ne correspond toutefois pas à l'urgence du recrutement de médecins experts et ne peut donc concerner que des médecins souhaitant se spécialiser ;

Des diplômes d'université (DU) ont été mis en place dans quelques universités au sein de facultés de médecines avec des caractéristiques communes : des formations d'une durée d'un an en présentiel, un enseignement théorique (d'une centaine d'heures, divisées en plusieurs modules) et un enseignement pratique (de 40 à 50 heures) sous la forme parfois de l'assistance à quelques expertises auprès d'un médecin agréé et toujours de la rédaction de rapports d'expertises. Les coûts d'inscription sont de l'ordre de 1 000 euros.

<sup>54</sup> Sachant que les expertises les plus simples consistant simplement à mettre en ordre un dossier en remplacement d'un médecin secrétaire ne seraient plus pratiquées.

L'assurance maladie rémunère ses expertises à 4,37C, soit 100,51 € pour les généralistes et spécialistes.

La CNRACL prévoit un tarif de 138 euros (C6) pour les expertises qu'elle sollicite, allant jusqu'à 222 euros pour les neuropsychiatres et des tarifs supérieurs outre-mer. Tarifs conventionnels à compter du 26 mars 2012.

- **une formation susceptible d'entrer dans le cadre de l'obligation de développement professionnel continu des médecins (DPC)<sup>55</sup> ;**
  - ce cadre présente l'avantage de permettre une prise en charge des médecins (45 € par heure en 2017) et des frais pédagogiques de la formation, dans la limite d'un plafond de 21 heures pour 2017 (dont 10 heures maximum en non présentiel)<sup>56</sup> ;
  - toutefois il n'est pas évident que la formation des médecins experts entre dans le cadre des orientations nationales du DPC pour les années 2016 à 2018, sauf peut-être sur l'objectif « *Soutenir les services de santé au travail - Orientation n° 6 : Coopération entre médecin du travail et médecin traitant* »<sup>57</sup> qui devrait être ajusté ;
- **des séminaires ou séances de formation organisées par la Fédération nationale des associations de médecins agréés (FNAMA) au niveau national ou régional ;**
- **une formation organisée dans le cadre des priorités interministérielles de formation fixées par la DGAFP ;** cette priorité affichée par circulaire DGAFP du 22 octobre 2012 était assortie d'un référentiel de formation sans doute un peu trop théorique et juridique ;

**Objectifs de formation prévus par l'annexe 1 de la circulaire de 2012 pour les médecins agréés**

- Connaître les règles statutaires relatives au régime de protection sociale des fonctionnaires et des agents non titulaires des trois fonctions publiques et les grandes lignes du statut général de la fonction publique et de la réglementation relative aux agents non titulaires.
- Examiner le dossier soumis pour avis au comité médical ou à la commission de réforme dans un souci d'adéquation entre la pathologie de l'agent et les règles qui régissent son régime de protection sociale.
- Participer à une décision collégiale (dans le cadre de l'activité des comités médicaux).
- Dialoguer avec la parité administrative et la parité syndicale dans le respect des règles déontologiques (dans le cadre de l'activité des commissions de réforme).
- Mettre en œuvre une expertise ou un contrôle à la demande de l'administration ou du comité médical/commission de réforme.
- Maîtriser les spécificités de la rédaction d'un rapport d'expertise destiné aux instances médicales ou à l'administration (dans ce dernier cas, seules les conclusions sur le plan administratif sont communicables).

- **une animation de réseau locale ou régionale et/ou un tutorat mis en œuvre par le médecin secrétaire ou les médecins agréés en poste,** comme cela existe déjà dans certains départements en liaison éventuellement avec la FNAMA.

Le centre interdépartemental de gestion de la petite couronne réunit de manière régulière les médecins membres de ses instances médicales et met en place des formations pour ses experts (sous forme de journée ou demi-journée le samedi en présentiel). Au-delà de la maîtrise des contenus de formation, l'intérêt de ces rencontres réside dans l'opportunité pour les médecins, surtout libéraux, d'échanges entre pairs.

La mission recommande que des formations puissent être organisées en liaison avec la FNAMA sur des modules courts compatibles avec l'activité de médecins libéraux et soient rendues obligatoires pour pouvoir prétendre au nouveau tarif préconisé ci-dessus.

<sup>55</sup> L'article 11 du code de déontologie médicale (article R.4127-11 du code de la santé publique) dispose que tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu. Chaque professionnel de santé doit suivre un parcours de DPC pour remplir son obligation triennale de formation continue (décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011). Le DPC a pour objectifs l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques ainsi que le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences.

<sup>56</sup> <https://www.agencedpc.fr/>

<sup>57</sup> Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018. « *S'inscrivent dans ces orientations les actions contribuant à une meilleure prise en charge des salariés victime d'accident du travail ou atteint de maladie professionnelle, en particulier dans la prise en charge des travailleurs en risque de désinsertion professionnelle.* ».

La mission n'a pas eu connaissance d'orientations régionales en cohérence avec leur projet régional de santé, qui pourraient justifier une prise en compte de ces formations au titre du DPC.

Une durée de formation initiale obligatoire de neuf heures pourrait être requise dans un premier temps, à l'image de ce qui est exigé des médecins agréés chargés du contrôle médical de l'aptitude à la conduite<sup>58</sup>.

Cette formation sera d'autant plus pertinente que des formulaires simples et uniformisés, accompagnés de leur notice d'utilisation, auront été élaborés dans le cadre du pilotage national au plan médical envisagé au point 2.1 ci-dessus.

### 2.2.3.2 Donner également une information-formation minimale aux autres acteurs des IM

Au-delà, une formation doit être dispensée aux gestionnaires RH chargés d'établir les dossiers en amont des IM et aux secrétariats des IM. Cette orientation figurait dans les priorités de formation interministérielle pour 2013 (circulaire DGAFP du 22 octobre 2012) puis a malencontreusement disparu dans les circulaires suivantes.

**Objectifs de formation prévus par l'annexe 1 de la circulaire de 2012  
pour les gestionnaires de personnel et les secrétariats des IM**

- Etre capable d'inscrire son action dans un contexte juridique particulier et prévenir les contentieux.
  - Etre capable d'identifier les enjeux du métier à travers l'environnement de travail.
  - Savoir mettre en œuvre les processus administratifs liés à la gestion des congés de maladie, accidents de service et maladies professionnelles / les processus liés au fonctionnement des IM
- Cette formation comportait également des éléments relatifs au secret médical.

Le contenu de cette formation pourrait être enrichi par des notions plus techniques liées à l'invalidité : droit à une allocation temporaire d'invalidité ou une pension pour invalidité, principales notions nécessaires à la définition d'un taux d'invalidité (méthodes de calcul, notion d'état antérieur, maladies professionnelles).

**La mission propose que les PFRH organisent régulièrement des formations sur ces thématiques d'une à deux journées, en inter-fonction publique.**

Là encore, ces formations seront d'autant plus pertinentes que des supports de formation nationaux (voire une e-formation) et des modèles de rédaction d'avis ou de lettres de mission d'expert auront été élaborés dans le cadre du pilotage national envisagé au point 2.1 ci-dessus.

Des **séances de sensibilisation des représentants du personnel** aux principales notions maniées dans les CR sont également nécessaires pour éviter des débats non pertinents : définition du taux d'invalidité, notion d'état antérieur, tableaux des maladies professionnelles... Le ministère de la culture organise ainsi une séance annuelle commune aux gestionnaires et aux organisations syndicales.

---

<sup>58</sup> La formation initiale est, d'une durée de neuf heures organisée en continu ou en discontinu. La formation continue, exigée lors du renouvellement de l'agrément tous les cinq ans, est d'une durée de 3 heures.



## 2.2.4 Sécuriser le financement du dispositif

Comme souligné *supra* la fonction de secrétariat d'instances médicales est délicate et demande un minimum de moyens en compétence (médecin secrétaire, encadrement minimum), en effectif et en rémunération des médecins experts.

- **Concernant la FPT, les centres de gestion n'ont pas de difficulté pour financer ce secrétariat :**
  - soit au titre de l'affiliation des collectivités ou bien dans le cadre du recours au bloc indivisible de certaines prestations comportant le secrétariat des instances médicales<sup>59</sup> ; la rémunération se fait alors en pourcentage de la masse salariale (taux maximum de 0,2 % ; taux réel de l'ordre de 0,1 %<sup>60</sup>) ;
  - soit sur la base d'une convention<sup>61</sup> précisant un tarif « au dossier » qui selon les informations recueillies par la mission va de 80 à 110 euros par dossier en CM et de 110 à 130 euros par dossier en CR.
- **En revanche, les DDCS ne disposent pas d'un financement interministériel ou des établissements hospitaliers** pour cette fonction. Cela justifie en partie la volonté du ministère des affaires sociales de ne plus assumer cette mission dont la charge ne décroît pas au rythme de la diminution des effectifs.

La mission constate qu'à ce stade, les personnels compétents pour prendre en charge le secrétariat des instances sont en DDCS/PP et que cette organisation, en « dépayasant » l'étude des dossiers, est une garantie pour les agents d'une forme d'indépendance et de neutralité par rapport à l'employeur. C'est d'ailleurs pour cela qu'elle ne propose pas de transfert aux administrations gestionnaires (hôpitaux ou Education nationale notamment), dont la plupart ne sont d'ailleurs ni demandeuses, ni plus légitimes que les DDCS/PP. En outre ces transferts induiraient, dans le contexte actuel, d'inévitables perturbations et une démutualisation des instances à éviter dans les départements de faible effectif. De ce point de vue, elle considère que l'expérimentation faite dans le Nord d'un transfert du secrétariat au CHU de Lille doit être évaluée avant d'être jugée reproductible (cf. infra encadré p. 61). **Elle propose donc que la simplification et l'allègement des processus soient un préalable à tout nouveau transfert.**

Pour autant, la mission considère que la pérennité de cette compétence mutualisée suppose un financement partagé par l'ensemble des acteurs qui bénéficient du secrétariat mutualisé des instances médicales pour la FPE et la FPH (cf. propositions en point 3.1.1).

---

<sup>59</sup> Prestations figurant au 9° bis, 9° ter et 13° à 16° du II de l'article 23 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 : 9° bis et 9° ter : secrétariat des commissions de réforme et des comités médicaux / 13° : avis consultatif dans le cadre de la procédure du recours administratif préalable en référé devant les juridictions administratives / 16° : assistance à la fiabilisation des comptes de droits en matière de retraite.

<sup>60</sup> Sources : témoignages de DRH de collectivités recueillis par la mission et conclusions du rapport précité de mai 2014 sur l'organisation et les missions des centres de gestion : « *Le taux de cotisation, selon une note de la FNCDG, sur 26 répondants à l'enquête, varie de 0,03 % à 0,2 %, avec un taux médian à 0,1 %. La mission a fait le même constat d'un taux autour de 0,1 % et jamais fixé au maximum. Certains centres de gestion ont fixé des taux différents selon les collectivités.* »

<sup>61</sup> Article 22 avant dernier alinéa de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 : « *Les dépenses supportées par les centres de gestion pour l'exercice de missions supplémentaires à caractère facultatif que leur confient les collectivités ou établissements sont financées par ces mêmes collectivités ou établissements, soit dans des conditions fixées par convention, soit par une cotisation additionnelle à la cotisation obligatoire mentionnée au premier alinéa.* »

## 2.2.5 Créer un lieu neutre et partagé pour développer des politiques de réemploi des agents en difficulté

La mission a noté la montée croissante dans les dossiers soumis aux instances d'une « médicalisation » des conflits entre agents et employeurs et de demandes issues d'un mal-être dans le service. Les IM ne disposent pas de tous les instruments pour gérer ce type de problème et ne peuvent que préconiser un « changement de service », ce qui est impossible dans les nombreuses petites structures (collectivités locales, EHPAD) notamment faute de postes adaptés.

Les « **comités de pairs** » animés par le PFRH envisagés au point 2.2.1.3 ci-dessus pourraient tout d'abord contribuer à objectiver le conflit, proposer différentes pistes de solutions et conseiller les gestionnaires... En outre, au-delà de cas individuels, des échanges d'expériences inter fonctions publiques pourraient se développer et contribuer à une harmonisation des pratiques.

Au-delà, ce comité pourrait constituer un **dispositif inter-fonction publique de réemploi** pour trouver localement des solutions d'emploi adapté ou de reclassement pour les agents n'ayant pas de possibilité de reclassement dans leur administration d'origine. La création de la période préparatoire au reclassement par l'ordonnance du 19 janvier 2017 est de nature à faciliter ces opérations en maintenant une prise en charge de l'administration d'origine pendant la période d'adaptation au nouvel emploi ou une période de test.

## 2.2.6 Simplifier le dispositif et s'interroger sur la pérennité de certaines règles statutaires

Les services interrogés par la mission ont proposé de nombreuses simplifications portant sur le dispositif même des instances médicales.

D'autres propositions remettent en cause des dispositions plus fondamentales de la fonction publique et nécessitent pour certaines un approfondissement, au-delà du présent rapport, pour bien en déterminer les implications.

Il s'agit notamment :

- de la notion d'inaptitude dans la fonction publique et de l'éventualité de la création d'une invalidité de type 1 permettant de travailler, à l'image de ce qui existe dans le régime général ;
- de la connexion du dispositif des IM avec les régimes de pensions et allocations d'invalidité afin d'éviter la formalité substantielle de passage en CR ;
- de la distinction entre congé de longue maladie et un congé de longue durée qui complexifie le dispositif de congé maladie.

Ces différents points sont analysés en annexe 8 et sont pour certains intégrés dans les scénarios décrits ci-après.



### 3 LES PISTES DE SCENARIOS

La mission propose quatre pistes de scénarios, relevant de deux logiques différentes.

- Les scénarios 1 et 2 conservent la philosophie du dispositif actuel, à savoir le principe d'un avis médical préalable sur une série de situations :
  - tout en simplifiant et allégeant de manière significative les processus et les cas de saisine pour fluidifier le dispositif et le rendre plus lisible (scénario 1) ;
  - voire en sortant de l'ambiguïté qui consiste à confier à une instance, la commission de réforme, un double rôle médical et de dialogue social, en ne conservant qu'une instance à caractère purement médical et en repositionnant le dialogue social dans d'autres lieux plus pertinents (scénario 2).
- Les scénarios 3 et 4 changent la nature du dispositif en se rapprochant de la logique du système qui prévaut pour les salariés : la règle devient le contrôle *a posteriori* des arrêts maladie ou accidents, sauf s'agissant des maladies professionnelles. Ce contrôle serait confié à une « commission » de médecins agréés ou à un service de médecine statutaire, dans le cadre du maintien des cadres statutaires actuels (scénario 3) ; le scénario 4 est celui d'un transfert complet de la fonction de contrôle médical à l'assurance maladie et, à terme, d'un alignement des droits des fonctionnaires sur ceux des travailleurs salariés.

Le scénario 1 est le plus développé à ce stade car il constitue la base minimale des mesures que la mission juge indispensables pour rendre le dispositif plus efficient et plus juste.

Pour autant, ces scénarios ne sont pas totalement alternatifs en ce qu'ils peuvent « s'emboîter » dans le temps, en fonction des objectifs. Ainsi, la simplification et la rationalisation engagées par les scénarios 1 et 2 ne s'opposent pas et même, peuvent être un préalable nécessaire à une éventuelle bascule vers le scénario 3, selon un calendrier qui serait à déterminer. Certaines propositions constituent des options indépendantes de la logique « *a priori* » ou « *a posteriori* » de chaque scénario ; la mission a considéré qu'elles devaient être séquençées dans le temps et les a rattachées aux scénarios en fonction de leur degré de complexité et/ou d'acceptabilité.

Enfin, tous les scénarios supposent, ainsi que développé en partie 2.2, de mettre en place concomitamment les mesures transversales préconisées par la mission en matière de pilotage médico-administratif, de bonne utilisation de la ressource médicale, de sécurisation financière du dispositif, de formation de l'ensemble des acteurs, d'inscription dans le cadre plus large d'une politique collective de prévention et de prise en charge mutualisée des situations individuelles les plus complexes.

Les pistes proposées *infra* sont soumises pour arbitrage au comité d'évaluation, sachant que l'ensemble des impacts n'a pas été approfondi, notamment pour les scénarios 3 et 4 qui nécessitent une expertise dont la mission ne dispose pas en son sein.

#### 3.1 Scénario 1 : une rénovation du cadre existant

Les deux instances, comité médical et commission de réforme, sont conservées, ainsi que le cadre de leurs compétences respectives. L'essentiel de ce premier scénario est fondé sur un allègement significatif des cas de saisine, mais aussi sur une réforme de certains processus et du rôle du CMS. Il est à compléter de l'engagement d'une réflexion sur les modalités de fixation des maladies ouvrant droit à un congé de longue durée (CLD).

Le portage du dispositif resterait assuré par les acteurs actuels et notamment par le MAS, avec ou sans la DGAFP, dans le cadre d'un pilotage national repensé (cf. partie 2.2.1.1), les DDCCS/PP au niveau départemental pour la FPE et la FPH ainsi que les centres de gestion pour la FPT. Une

participation au coût du secrétariat des IM assuré par les DDCS serait demandée aux ministères et aux établissements hospitaliers (cf. partie 2.2.4).

Le recours aux centres de gestion pour assurer le secrétariat des IM serait en outre rendu obligatoire pour toutes les collectivités et établissements publics locaux hors Paris pour garantir le secret médical et éviter un éclatement des instances départementales, peu économe en ressource médicale et en frais de gestion.

Les modalités spécifiques type AP-HP seraient sécurisées juridiquement tout comme l'expérimentation d'un transfert du secrétariat des IM au CHU de Lille pour la FPH dans le Nord, expérimentation qui devra faire l'objet d'une évaluation indépendante.

Les PFRH assureraient un rôle d'animation du dispositif inter-fonctions publiques (cf. point 2.2.1).

Enfin, la préparation des dossiers en amont des instances pourrait être mutualisée afin de professionnaliser cette fonction :

- pour les collectivités territoriales, selon leur besoin, en lien avec les centres de gestion ;
- pour la FPE, à un échelon ministériel interdépartemental ou régional au choix de chaque ministère et en fonction des effectifs concernés ;
- pour la FPH au sein d'un l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) comme c'est déjà le cas par exemple pour l'organisation des commissions administratives paritaires (CAP) départementales confiée à un établissement pivot. S'il est vrai que le GHT est à l'origine axé avant tout sur le projet médical de territoire, en faire également le lieu d'accueil de la préparation des dossiers pour les instances serait toutefois cohérent avec les implications fortes de la GRH sur l'organisation des soins. Cela le serait également avec les propositions du rapport IGAS portant recommandations pour la prise en charge des risques psychosociaux dans les établissements de santé<sup>62</sup>, qui préconise la structuration forte du dialogue social au sein de la conférence territoriale (du dialogue social). S'agissant du personnel non médical, l'établissement support du GHT pourrait assumer dans un premier temps la centralisation et la mutualisation de la préparation administrative des dossiers mais aussi devenir, dans un second temps, le lieu de la réflexion sur le reclassement des agents au sein du territoire.

### 3.1.1 Les éléments centraux du scénario

#### 3.1.1.1 Ajuster les organisations et processus

##### ➤ **Revoir la composition des instances**

L'objectif est ici de faciliter la tenue des instances en évitant de fragiliser la décision administrative prise sur la base de leurs avis, tout en s'assurant que les membres présents sont bien les plus impliqués.

- Pour le comité médical :
  - clarifier la présence du spécialiste de la pathologie prévue par les textes (et exigée par le juge) au comité de façon à la rendre explicitement facultative (cf. point 2.2.2) ;
  - prévoir une suppléance de la présidence.

---

<sup>62</sup> Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge – Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques – IGAS - Décembre 2016.

○ Pour la commission de réforme :

- clarifier la présence du spécialiste de la pathologie prévue par les textes (et exigée par le juge) en commission de façon à la rendre explicitement facultative ;
- donner le droit de vote à la présidence, tout en prévoyant, pour le cas où serait examinée la situation d'un fonctionnaire appartenant à la collectivité dont est issu le président, un vice-président issu d'une autre collectivité ou ligne hiérarchique ;
- pour la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière, revoir les modalités de désignation des représentants de l'administration, aujourd'hui élus des collectivités adhérentes au centre de gestion pour la FPT et élus du conseil de surveillance pour la FPH, afin de privilégier la présence de représentants issus de l'administration *stricto sensu* (DRH ou leurs représentants par exemple), plus au fait des dossiers ou des situations de travail et plus sensibilisés à ces problématiques ;
- ne plus exiger la présence du représentant du ministère des finances dans la commission, les allègements proposés infra rendant celle-ci de moins en moins pertinente ;
- simplifier les règles en matière de désignation des représentants du personnel en laissant aux organisations représentatives le soin de désigner, parmi les élus aux CAP, CHSCT et CT les représentants susceptibles (et disponibles...) pour siéger en CR. Le choix pourrait par exemple être fait de désigner un nombre à définir de représentants des catégories A, B et C en laissant les organisations syndicales libres d'introduire une représentation des divers métiers entre titulaires et suppléants.

Ceux-ci doivent aujourd'hui être désignés par les CAP, par corps/cadres d'emploi et grades, avec un système très lourd de remplacement au cas où un représentant ne pourrait pas siéger. Pour la fonction publique hospitalière, il y a ainsi dix CAP (et quatre sous-groupes) et il faut pour chaque dossier un représentant de la « bonne » CAP. La composition de la CR, et le quorum par voie de conséquence, s'analyse ainsi pour chaque dossier, obligeant le secrétariat à jongler avec une composition protéiforme et les représentants du personnel à se déplacer parfois d'assez loin pour un dossier qui sera examiné en quelques minutes...

La modification proposée (au demeurant déjà mise en œuvre *de facto* à l'AP-HP) permettrait également, sur des sujets par ailleurs techniques, de « professionnaliser » la représentation du personnel.

- Rattacher les sapeurs-pompiers volontaires au « droit commun ».

Il est proposé de faire disparaître la composition particulière de la commission de réforme pour les sapeurs-pompiers volontaires prévue par le décret 92-620 du 7 juillet 1992<sup>63</sup>. Les représentants de l'administration seraient ceux désignés pour représenter les sapeurs-pompiers professionnels dont les conditions sont prévues au 1er alinéa de l'article 7 de l'arrêté du 4 août 2004. Par ailleurs, il n'y aurait plus de désignation de sapeur-pompier volontaire pour chaque grade mais un sapeur-pompier volontaire du même groupe (hommes du rang, sous-officiers, officiers subalternes, officiers supérieurs).

---

<sup>63</sup> « qui complique les choses et ne semble pas apporter une amélioration (ces dossiers sont pour la plupart ajournés faute de quorum) » selon un CDG.

- Alléger les règles de quorum et n'exiger la présence que d'un médecin généraliste pour la FPT et la FPH.

Pour la FPT et la FPH en effet, la présence de deux médecins praticiens généralistes (ou à défaut d'un généraliste et d'un spécialiste) est obligatoire, contrairement à la FPE. Ceci ramènerait à trois le nombre de voix délibératives ou quatre si la voix du président est prise en compte. Cet allègement des règles de quorum doit également concerner la CR des sapeurs-pompiers volontaires (arrêté du 30 juillet 1992).

- Aller au bout de la démarche de délégation aux CDG et à l'AP-HP en leur donnant le pouvoir d'organisation et de désignation :

L'arrêté de 2004 prévoit déjà la possibilité pour le préfet de confier à un élu la présidence de la commission de réforme pour la FPT. Plusieurs centres de gestion suggèrent que la logique de décentralisation des fonctions de secrétariat des instances médicales soit poussée à son terme et que la désignation du président et des membres des instances médicales soit transférée<sup>64</sup> à l'autorité assurant le secrétariat des instances médicales et ne relève donc plus du préfet (cf. annexe 3). Une telle logique est déjà mise en œuvre par ailleurs à l'Assistance-publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et il conviendrait de la sécuriser juridiquement.

---

<sup>64</sup> L'avis n° 389194 du Conseil d'Etat en Assemblée générale, Séance du 23 octobre 2014 précise que le rattachement, opéré par la loi du 12 mars 2012, des secrétariats des instances médicales aux centres de gestion de la fonction publique territoriale ainsi qu'aux collectivités et établissements non affiliés ne souhaitant pas bénéficier du dispositif prévu par le IV de l'article 23 de la loi du 26 janvier 1984 « ne constitue ni un transfert, ni une création ou une extension de compétences au sens de l'article 72-2 de la Constitution, mais seulement un aménagement que le législateur a apporté aux conditions d'exercice de la compétence générale de gestion décentralisée des fonctionnaires territoriaux par les collectivités territoriales. ». Le Conseil d'Etat considère en effet que ces missions de secrétariat sont « indissociables de ce pouvoir général de gestion de leurs personnels qu'exercent les collectivités territoriales ».

**LA SITUATION PARTICULIERE DE L'AP-HP**

Le décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière prévoit, dans son article 6, que par dérogation aux conditions de fonctionnement du comité médical, « *le ministre chargé de la santé peut instituer un comité médical propre à un établissement public ou à un groupe d'établissements publics dont les personnels sont assujettis au statut de la fonction publique hospitalière si l'importance du nombre des agents le justifie* ».

L'arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière prévoit quant à lui (Art 3) que « *le président de la commission de réforme est désigné par le préfet qui peut choisir soit un fonctionnaire placé sous son autorité, soit une personnalité qualifiée qu'il désigne en raison de ses compétences, soit un membre élu d'une assemblée délibérante dont le personnel relève de la compétence de la commission de réforme.* »

L'arrêté du préfet d'Île-de-France du 16 septembre 1993 met en place pour l'AP-HP un CM et une CR spécifiques. Par arrêté préfectoral du 1<sup>er</sup> décembre 2005, la présidence en est confiée à un représentant de l'administration de catégorie A désigné par la direction générale. La direction générale désigne aussi les membres de la commission de réforme.

Ce dispositif mériterait d'être sécurisé en droit par un arrêté ministériel pour le CM et l'adoption par décret des dispositions nécessaires pour permettre une organisation similaire pour la CR<sup>65</sup>.

Dans le même esprit, l'expérimentation de transfert du secrétariat des instances pour la FPH au CHRU de Lille devrait être sécurisée en droit. Elle peut présenter un intérêt sur un territoire comme le Nord compte tenu par ailleurs du positionnement particulier du CHRU, mais n'est pas forcément reproductible ni même souhaitable dans d'autres contextes. Elle comporte notamment l'inconvénient de démultiplier les instances alors même que la ressource médicale disponible reste la même.

A noter par ailleurs que ni les Hospices civils de Lyon ni l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille n'ont manifesté le souhait de porter une telle mission ou même de disposer d'instances spécifiques comme c'est le cas de l'AP-HP. C'est pourquoi la mission recommande plutôt d'évaluer cette expérimentation sans en faire de recommandation générale de transfert de la FPH à un secrétariat autonome.

Toutefois cette évolution suppose de garantir à tous les agents l'indépendance des commissions ainsi instituées et donc, une séparation de la fonction de secrétariat des instances médicales avec celle de gestion de carrière. Cette stricte disjonction des services ne peut pas être garantie du point de vue de la mission dans les collectivités n'ayant pas une surface suffisante. C'est pourquoi la mission propose que la décentralisation du pouvoir de nomination des membres des instances médicales soit envisagée exclusivement au bénéfice des centres de gestion et des structures employant plus de 50 000 agents. Pour l'AP-HP en revanche, la mission considère que si l'AP-HP est bien l'employeur de tous les agents, la gestion RH est en fait déconcentrée dans les établissements, ce qui limite le risque d'ingérence ou de conflit. En cas d'agent travaillant au siège, la possibilité d'une présidence par un suppléant issu d'un des établissements devrait être envisagée.

Par ailleurs, il conviendrait d'éviter que cette délégation soit un obstacle à la mutualisation du comité médical départemental entre les trois fonctions publiques ou à la coordination d'un calendrier départemental de ces instances, formules économes en ressources médicales.

---

<sup>65</sup> En l'état actuel des textes, rien ne permet au préfet de déléguer l'organisation de la CR au DG de l'AP-HP, ni de lui déléguer son pouvoir de désignation du président, même si l'on comprend bien l'intérêt du dispositif.

### ➤ Rétablir du temps de médecin secrétaire-coordonnateur des instances

La mission est convaincue de l'intérêt d'une telle fonction dont elle a pu mesurer la plus-value, pour de multiples raisons :

- pour prendre rapidement connaissance du dossier et procéder à un « tri » initial : dossiers pouvant être transmis sans difficulté particulière en CM/CR, dossiers avec une incertitude ou une ambiguïté que pourrait lever simplement et rapidement un échange avec le médecin ayant rédigé le certificat médical initial, dossiers médicalement insuffisamment renseignés et nécessitant d'être retournés (sans examen par la commission), dossiers nécessitant une expertise ;
- pour n'initier une expertise qu'à bon escient, en fonction du dossier médical (précision du certificat médical initial, nature de la pathologie, besoin ou non d'une expertise complémentaire) et en orientant vers le bon spécialiste (notamment en cas de pluripathologies) ;
- pour dialoguer avec les confrères : médecin traitant, confrère réalisant l'expertise, en cas d'explication, ou de relance si retard, médecin de prévention, etc. Il est à la fois de bon sens et de bonne administration, pour protéger au mieux le secret médical, que l'échange sur les données strictement médicales se fasse entre professionnels ;
- pour renseigner les agents qui, de plus en plus, souhaitent sinon consulter du moins être éclairés sur leur dossier.

Il ne s'agit pas là de revivre le passé en regrettant les médecins inspecteurs qui ne sont plus ou de réduire cette fonction à celle d'un secrétariat administratif, sans aucun doute indispensable mais parfaitement assumée par les services des DDCS/PP ou des CDG ; il s'agit de calibrer un temps médecin qui prépare, au plan médical, la séance et évite ainsi la réalisation d'expertises parfois coûteuses, la présentation de dossiers insuffisamment explicites. Cela permettrait en outre de fluidifier l'ensemble du processus en lien avec les différents médecins qui interviennent dans la chaîne : médecin traitant, médecin de prévention, médecin expert et médecins des instances.

Cette fonction de médecin coordonnateur devrait être clairement définie et revalorisée y compris financièrement. Elle existe dans certains cas formellement ; elle est parfois prise en charge partiellement et par défaut par le président du CM.

#### 3.1.1.2 Réduire les cas de saisine des instances

L'objectif est ici de réduire les cas d'examen systématique par le CM ou la CR dès lors qu'il y a des avis médicaux concordants et accord de l'employeur et de l'agent.

Le décret du 17 novembre 2008 a déjà introduit un allègement important en posant que « *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* ».

L'ordonnance du 19 janvier 2017 supprime également<sup>66</sup> la saisine du comité médical ou de la commission de réforme pour l'accès à un temps partiel thérapeutique consécutif à un congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée dès lors que l'avis favorable du médecin traitant est confirmé par un avis concordant du médecin agréé par l'administration. Le comité médical ou la commission de réforme ne sont saisis qu'en cas de désaccord, mais l'expertise d'un médecin agréé devient obligatoire alors qu'on peut le plus souvent s'en passer

---

<sup>66</sup> Article 8 de l'ordonnance modifiant les articles 34 bis de la loi du 11 janvier 1984 et 41-1 de la loi du 9 janvier 1986.

Elle instaure également une présomption d'imputabilité pour les accidents de service ainsi que les maladies professionnelles inscrites au tableau des maladies professionnelles du code de la sécurité sociale<sup>67</sup>. Ces dossiers ne seront plus présentés en CR sauf si l'administration conteste cette imputabilité.

**La mission propose d'aller plus loin, d'une part en ne saisissant pas systématiquement un médecin agréé si le médecin-coordonnateur des instances ne le juge pas nécessaire et, d'autre part, en étendant ce principe du non- passage en instances sauf désaccord explicite d'une des parties, à d'autres situations.**

Sur avis favorable du médecin traitant et, **si le médecin-coordonnateur l'estime nécessaire**, du médecin agréé par l'administration ou du médecin de prévention, **ainsi qu'avec l'accord de l'employeur et de l'agent**, ne seraient plus soumis à examen en CM-CR :

- les reprises à temps plein après congé maladie de plus de six mois, congé de longue ou grave maladie ou congé de longue durée ; le CM/CR ne se prononcerait qu'en cas d'avis médicaux non concordants ou de désaccord de l'employeur ou du salarié ; en outre son avis ne porterait que sur la capacité à reprendre du fonctionnaire, le type de poste et son adaptation relevant de la compétence du médecin de prévention lorsqu'il existe ;
- l'octroi d'un premier CLM ou CLD ;
- le renouvellement de CLM ou CLD en cas de pathologie cancéreuse (ciblé sur cette pathologie dans un premier temps, la liste pourrait être élargie à d'autres pathologies circonscrites et listée par une commission *ad hoc* animée par le CMS, cf. point 2.2.1 et *infra*).

Par ailleurs pourraient être dispensés de tout avis devant le CM ou la CR :

- l'aménagement des conditions de travail ou de reclassement du fonctionnaire après congé ou disponibilité, cette compétence relevant déjà de la médecine de prévention (cf. *supra*) et de la CAP ;
- l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité ou, en cas d'accord de l'agent, d'une retraite pour invalidité<sup>68</sup> ; le taux d'invalidité, très relié à la notion d'incapacité de travail, resterait examiné par la CR mais l'avis sur l'octroi ne serait plus obligatoire pour que la CNRACL ou le SRE prenne leur décision (cf. annexe 8). Au final, le CM ou la CR resterait consulté(e) sur l'imputabilité, si celle-ci n'est pas reconnue par l'employeur et la détermination du taux d'invalidité, sans avoir à signer les imprimés AF3 et AF4 (ou Cerfa équivalent pour la FPE) remplis sous la responsabilité du médecin agréé ;
- les recours gracieux (ré examens) et les recours contre les quotités d'invalidité proposées par la CR ; cette pratique ne devrait plus avoir lieu qu'en cas d'élément nouveau vérifié par le médecin-coordonnateur.

Sauf pour le cancer (cf. *supra* au moins dans un premier temps), les prolongations de congés maladie de plus de six mois et de CLM et CLD seraient en revanche toujours examinées pour maintenir une forme de contrôle de la pertinence du maintien en arrêt, afin de prévenir tout éloignement du travail non justifié et favoriser une reprise.

---

<sup>67</sup> Article 9 de l'ordonnance.

<sup>68</sup> Ainsi que l'octroi d'une pension pour les orphelins infirmes.



### 3.1.1.3 Supprimer la possibilité de recours au CMS et repositionner ce comité en coordonnateur et animateur « médical »

La réforme de 2009 avait mis en place un dispositif de coordination médicale en donnant au comité médical supérieur une fonction de coordination et de doctrine qui n'est pas exercée dans les faits. L'activité du CMS est embolisée par son activité de recours dont la mission peine à voir l'intérêt. Dans l'immense majorité des cas, le CMS confirme l'avis du CM (cf. partie 1).

La construction même de ce recours contre un avis non créateur de droit est problématique. Seule la décision peut être attaquée. Or c'est l'avis du comité médical départemental qui fait l'objet du recours devant le CMS, la décision administrative restant quant à elle en l'état même si ce recours est suspensif, quand bien même le CMS ne donne lui aussi qu'un avis. Celui-ci intervient, dans le meilleur des cas, dans les six mois après la saisine. Ajoutons à cela que la circulaire du 30 janvier 1989 précise qu'aucun délai ne peut être opposable à l'appel auprès du CMS, ce qui permet en théorie de le saisir à n'importe quel moment après la décision (et pose d'ailleurs la question de l'appréciation du caractère suspensif en cas d'appel tardif...). Enfin, l'organisation proposée par ce scénario et le rôle confié au médecin coordonnateur permettent de sécuriser la qualité de l'examen du dossier et l'échange avec l'agent en cas de difficulté.

**La mission propose donc de supprimer la procédure de recours devant le CMS afin de recentrer cette instance sur son rôle d'harmonisation des pratiques** et de conseil aux pouvoirs publics (cf. partie 2.2). Une première feuille de route devrait lui confier notamment :

- la production de formulaires standardisés (cadrage du certificat médical initial, lettre de mission pour les expertises, etc.) ;
- une doctrine de la bonne utilisation de l'expertise ;
- une doctrine sur les pathologies pouvant ouvrir à CLM dans le cadre de l'article 3 de l'arrêté du 4 mars 1986 et sur les maladies professionnelles hors tableau ;
- des propositions de révision de la liste des maladies ouvrant droit à CLD (cf. § 3.1.1.5 *infra*).

De manière transitoire, le CMS solderait encore les appels concernant les avis rendus antérieurement à la réforme, le délai de recours pour ces avis étant fixé par la réforme à quatre mois à partir de la parution du texte.

### 3.1.1.4 Sécuriser les ressources financières et humaines du dispositif

La charge du dispositif, induite au sens où elle s'impute exclusivement, en termes d'ETP comme de financement des IM (et parfois pour les expertises devant le CM), sur les budgets et les plafonds d'emploi du MAS, devient difficilement supportable compte tenu des contraintes budgétaires accrues.

Il est indispensable de sécuriser financièrement le dispositif pour y affecter les moyens nécessaires.

Deux options sont possibles :

- **une contribution en base budgétaire** des différents ministères au prorata de leurs effectifs à affecter sur le programme 124 « *Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative* » ; les modalités de contribution des établissements publics de santé devront être trouvées ;



La prise en compte de ces dépenses au sein du programme 333 « *Moyens mutualisés des administrations déconcentrées* », bien que séduisante en théorie, apparaît moins opérante dans l'immédiat si on souhaite assurer une gestion intégrée du dispositif en associant dans un même programme charges de personnel (dont vacations de médecin coordonnateur) et frais de fonctionnement.

La structure du programme 333 n'est pas adaptée à un tel objectif d'intégration et de lisibilité de ces fonctions<sup>69</sup>. En toute logique, un portage du secrétariat des IM par le programme 333 devrait se traduire par un transfert des effectifs actuels de secrétariat des IM, ce qui enlèverait de la souplesse de gestion au sein du programme 124 et des DDCS/PP. Cela comporterait en outre des risques de déstabilisation des agents concernés et de non-transfert de la part d'encadrement assurée en DDCS/PP. Enfin, cela ne serait pas cohérent avec les propositions de pilotage national faites par la mission (cf. point 2.1 ci-dessus)

- **un paiement par les services gestionnaires « au dossier »** dans le cadre d'un fonds de concours à créer au sein du programme 124, en retenant dans un premier temps un forfait simple et peu élevé (de l'ordre de 50 euros par dossier<sup>70</sup>) ; ce système simple et adaptable pour la FPH serait en outre de nature à faire prendre conscience de la charge induite par ces fonctions ainsi que du nombre de dossiers traités.

Par ailleurs la prise en charge de toutes les expertises par les administrations d'emploi devrait être réaffirmée. Pour préserver le secret médical, une expérimentation de mutualisation de ces paiements via une plateforme mutualisée pourrait toutefois être lancée dans une région, sous l'égide du SGAR (cf. point 2.1.1.2). Elle serait facilitée par l'existence d'un fonds de concours.

Cette clarification indispensable des moyens dédiés au fonctionnement des instances ne devrait pas s'opposer à engager parallèlement d'autres initiatives de mutualisation ou d'expérimentation comme celle du CHRU de Lille citée plus haut.

- **Mutualiser les ressources en regroupant certaines fonctions :**

- Secrétariat des instances médicales :
  - Soit des instances à un niveau interdépartemental pour les plus petits départements pour disposer d'une équipe suffisamment solide ;
  - Soit du comité médical avec la FPT dans les départements avec peu de dossiers (l'autonomie des secrétariats restant maintenue)<sup>71</sup>.
- Préparation des dossiers en amont de la transmission aux instances médicales (cf. introduction partie 3 *supra*) et expérimentation du regroupement du paiement des expertises.

- **Des points à clarifier ou approfondir.**

- Le paiement des expertises pour les dossiers de retraites

En application de l'arrêté du 4 août 2004 (article 11), les expertises réalisées en vue d'un passage en CR sont à la charge :

- de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) dans le cas de l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité ;

<sup>69</sup> Le programme 333 comporte trois actions : une action 1 « *fonctionnement courant des directions départementales interministérielles* » (DDI), une action 2 « *loyers et charges immobilières des administrations déconcentrées* » dont le périmètre dépasse le périmètre des DDI, une action 3 qui comprend les effectifs déconcentrés des services du Premier ministre, soit des effectifs de cadres dirigeants (DDI, SGAR) ainsi que les effectifs de services mutualisés comme les PFRH et les services interministériels départementaux des systèmes d'information et de communication. Les premières actions ne comportent pas de titre 2.

<sup>70</sup> A mettre en relation avec les tarifs des centres de gestion rapportés à la mission : de 80 à 110 euros par dossier en CM et de 110 à 130 euros par dossier en CR - cf. point 2.2.4

<sup>71</sup> Cela reste le cas dans de nombreux départements pour les comités médicaux.

- de la CNRACL lorsque l'avis de la commission concerne la nature et le taux de l'invalidité mettant l'intéressé ou son ayant droit dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions ;
- de l'employeur dans les autres cas.

Des entretiens de la mission avec les services de la CDC, il apparaît que les expertises préalables et nécessaires au versement d'une ATI ou d'une pension de retraite pour invalidité ne sont pas mises à la charge des organismes chargés de liquider les allocations correspondantes.

○ L'externalisation de certaines prestations ?

L'opportunité d'externaliser certaines prestations pourrait être examinée : ainsi la société Orange a totalement externalisé auprès d'un prestataire privé la fonction de prise de rendez-vous auprès des médecins pour les expertises et le suivi de ces dernières (relance des médecins comme des agents) pour les 50 000 fonctionnaires ; la mission n'a toutefois pu obtenir le montant de cette prestation et il n'est pas démontré que le coût n'en excède pas l'intérêt.

En revanche l'externalisation du paiement et du contrôle des frais médicaux (certains établissements hospitaliers y ont recours) ou du recours contre les tiers peut être plus intéressante en termes d'économie de frais de gestion<sup>72</sup>. La mission n'a toutefois pas été en mesure de mesurer les gains potentiels, ce processus étant par ailleurs assez marginal par rapport au cœur de son évaluation.

### 3.1.1.5 Un travail à mener sur la liste actuelle des maladies ouvrant droit à CLD pour adapter les congés à l'évolution des pathologies et des traitements

Sans préjudice d'une réflexion plus large sur la possibilité de ne plus différencier CLM et CLD (cf. scénario 2 et annexe 8), la liste des maladies ouvrant droit à CLD paraît aujourd'hui dépassée<sup>73</sup>. Elle figure en outre dans la loi, ce qui rend plus complexe toute modification pour mieux s'adapter à la réalité des maladies et à l'évolution des traitements.

La mission propose donc que la liste des pathologies concernant le CLD ne relève plus de la loi, mais simplement d'un arrêté ministériel. Le CMS, s'appuyant sur un groupe de travail comprenant des compétences médicales et administratives (Haute Autorité de Santé, personnalités médicales qualifiées sur certaines pathologies, représentant de la FNAMA, médecins de prévention, médecins statutaires, représentants de l'administration, DGAFP, ministère chargé des affaires sociales et de la santé, DGOS, Education nationale, Fédération nationale des CDG, Budget, rapporteur à profil juridique et administratif) et travaillant en deux temps (médical puis administratif) pourrait proposer rapidement les premiers ajustements nécessaires.

## 3.1.2 Avantages et inconvénients du scénario

### 3.1.2.1 Avantages

- Le scénario s'inscrit dans un schéma d'organisation globale inchangé, ce qui évite des bouleversements de pratiques tant du point de vue des agents usagers que des personnels qui en assurent le secrétariat.
- Ce scénario est plus aisé à mettre en œuvre et la mise en place d'un réel pilotage national semble en outre une étape nécessaire et préalable à toute réforme plus ambitieuse.

<sup>72</sup> Cf. cas de l'établissement hospitalier cité en page 25.

<sup>73</sup> La tuberculose et la poliomyélite figurent dans cette liste, les traitements pour les cancers évoluent, la dénomination « maladie mentale » prête à interprétations diverses.

- En termes de bonne administration, un bouleversement complet de logique, après l'investissement fort mais récent, en application de la loi de mars 2012, des CDG dans la procédure, serait probablement mal compris. Les CDG développent par ailleurs une approche intégrée (lien Instances et service de prévention) intéressante et qui mériterait d'inspirer celle de l'Etat.
- La plupart des acteurs rencontrés considèrent ces instances comme utiles même s'ils ont suggéré des évolutions.
- Les mesures proposées permettent de limiter les cas de passage devant les instances et d'expertises et donc d'améliorer les délais de traitement.
- Le nouveau rôle du CMS conforte la dimension médicale du dispositif et doit permettre d'harmoniser les avis, dans un souci d'équité, tout en adaptant de façon plus réactive le cadre statutaire à l'évolution des pathologies et des traitements.

### 3.1.2.2 Inconvénients et risques

- Ce scénario n'a de réelle plus-value qu'appuyé par un pilotage administratif et médical fort et une vraie compétence médicale au sein des secrétariats. Sans cela et malgré la diminution des cas devant être soumis aux instances, le risque reste que les employeurs continuent, par précaution, de recourir massivement à l'expertise, sans harmonisation par ailleurs des « doctrines » de chaque CM.
- La revalorisation par ailleurs proposée des rémunérations des médecins pourrait alors conduire à un effet d'aubaine, avec un gain limité en termes d'utilisation « pertinente » de l'expertise.
- L'efficacité du pilotage repose en grande partie sur la capacité à disposer d'une information régulière et fiable sur l'activité de l'ensemble des instances. C'est particulièrement important pour le CMS s'il veut pouvoir assumer efficacement son rôle de coordination et d'animation : il doit pouvoir accéder non seulement à des données sur la volumétrie mais aussi sur le contenu des avis. Le chantier « système d'information », qui est une faiblesse majeure du dispositif actuel, est donc central, il est d'autant plus délicat à mener que la matière est interministérielle et inter fonctions publiques.
- Ce scénario suppose enfin une vraie capacité à modifier rapidement les textes et à mettre en place des moyens suffisants pour la formation des acteurs (cf. partie 2).

## 3.2 Scénario 2 : une révision du dispositif pour le recentrer sur une approche purement médicale

Ce second scénario ne remet pas en cause le principe d'un avis médical *a priori*, mais recentre le dispositif sur ce seul volet médical.

Le dispositif actuel repose en effet sur deux instances de natures différentes. Le comité médical est à visée et composition exclusivement médicales. La commission de réforme en revanche a un caractère hybride puisqu'elle est à la fois une instance médicale et de dialogue social où employeur et représentants du personnel peuvent faire valoir leur point de vue, entre eux comme auprès des médecins.

Ce scénario prend acte du difficile respect du secret médical au sein d'une instance paritaire (cf. point 2.1.2.2) et de l'impossibilité dans ces conditions de mettre en œuvre une véritable collégialité et un véritable débat sur les aspects médicaux du dossier. Si les représentants du personnel regrettent ainsi que la commission de réforme se résume trop souvent à une discussion technique entre spécialistes médecins, ces derniers déplorent qu'on les entraîne sur un terrain qui

excède leur avis médical pour se préoccuper trop souvent de problèmes de relations entre l'agent et sa hiérarchie.

Le dialogue social est ainsi censé porter sur une matière technique, couverte par le secret. Le débat en CR se pratique en outre souvent hors de la présence de la hiérarchie, seule détentrice des leviers d'amélioration de la situation en termes de prévention et de reclassement notamment.

L'objectif central est de mettre fin à cette ambiguïté en ramenant le rôle des instances médicales à leur seule fonction médicale. Le dialogue social, au demeurant indispensable, n'a pas à se faire avec ou en présence de médecins. Il doit se tenir avec l'autorité de gestion, au sein d'autres instances, et porter sur les décisions de gestion prises sur la base des avis médicaux. Ce recentrage s'accompagne de propositions de réformes visant à simplifier encore le dispositif.

### 3.2.1 Les éléments centraux du scénario

#### 3.2.1.1 Le comité médical, siégeant ou non en commission de réforme, devient une seule instance, composée uniquement de médecins

- **La compétence de cette commission médicale unique.**
  - Elle se prononce dans tous les cas prévus actuellement pour la CM ou la CR, *modulo* les propositions d'allègement proposées dans le scénario 1.
  - L'employeur comme l'agent peuvent être entendus par la commission médicale, lorsque le médecin secrétaire le juge utile ou pour les cas relevant auparavant de la CR lorsque l'agent ou l'employeur le souhaite.
  - Elle rend un avis médical transmis à l'administration et l'agent.
- **L'information de l'agent et les conditions d'accès au dossier doivent être confortées.**
  - L'agent est informé par tous moyens, par le secrétariat de la commission, de la réunion de la commission, de la possibilité de consulter son dossier avec un conseil de son choix et des modalités pratiques de cette consultation.
  - La réalité d'accès au dossier est garantie : lieu d'accueil dédié permettant la consultation effective du dossier et garantissant la confidentialité de celle-ci, disponibilité du médecin coordonnateur pour répondre à d'éventuelles questions.
- **Le dialogue social est organisé dans une instance appropriée, hors la présence des médecins, préalablement à la décision administrative.**

Plusieurs options sont envisageables :

- conserver une commission *ad hoc* réunissant représentants du personnel et des employeurs, issue de l'ancienne CR pour discuter du projet de décision après avis médical.

L'avantage est de conserver un lieu de dialogue spécifique, dont la temporalité et le calendrier pourraient être organisés en fonction des réunions de la commission médicale ;

- présenter les dossiers dans une formation spécifique des CAP.

Cette solution présente plusieurs avantages du point de vue de la mission :

- la CAP est l'instance compétente pour évoquer les situations individuelles ;
- elle a la pratique des cas complexes, puisque c'est elle qui est consultée en matière de sanctions disciplinaires ;

- les dispositions statutaires comportent déjà une accroche juridique et prévoient la consultation de la CAP notamment en cas de mise en disponibilité au terme de congés de maladie, longue maladie ou longue durée, ainsi qu'à l'occasion d'un reclassement<sup>74</sup>, ou de refus du bénéficiaire des congés de maladie, longue maladie et longue durée<sup>75</sup> ;
- une formation dédiée permettrait de donner plus de réactivité, en coordonnant son calendrier avec celui de la commission médicale et en consacrant davantage de temps à ces dossiers complexes.

Les inconvénients sont les suivants :

- les CAP sont constituées par corps et grades et l'on a vu que cette complexité expliquait en partie la difficulté à mobiliser pour les instances, du fait d'un nombre parfois très réduit de dossiers par corps ;
  - la culture de la CAP ne serait pas, d'après les entretiens conduits par la mission, toujours très orientée vers les problématiques de qualité et santé au travail, qui sont plutôt l'apanage du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).
- Confier le rôle à une sous-commission du CHSCT.

L'avantage de cette approche est double :

- les questions de santé au travail sont au cœur des compétences et des préoccupations de cette instance et ses membres sont à la fois impliqués et souvent très au fait à la fois de la vie quotidienne, des organisations et des textes ;
- cette instance a une culture et une pratique plus développée que d'autres instances de la formation de ses membres ;
- confier cette mission au CHSCT permettrait de faire le lien entre approche individuelle et politique collective de prévention, en contribuant à alimenter et enrichir le document unique d'évaluation des risques professionnels ; le CHSCT a par ailleurs la possibilité de demander une enquête, interne ou externe qui pourrait, en cas de constats de pathologies répétées dans un site ou un service, accélérer la définition de mesures préventives ;
- le médecin de prévention siège en CHSCT alors qu'il est souvent bien en peine de le faire pour la CR, ce qui renforcerait la qualité de l'échange sur ces dossiers ;
- la désignation des membres ne se fait pas par corps/cadres d'emploi et grades.

Les inconvénients sont les suivants :

- Le CHSCT est une instance collective, qui repose sur une organisation par service et non par métiers et individus ; le croisement entre approche individuelle d'une part et intérêt collectif du service au sein de la même instance n'est pas évident et il ne faudrait pas qu'une situation individuelle vienne biaiser la vision d'ensemble ;
- cette « confusion » au sein d'une même instance de l'étude des dossiers individuels et de l'approche collective peut aussi contribuer à une protection amoindrie du secret médical du fait de la circulation forcément élargie de l'information ;

---

<sup>74</sup>Article 30 de la loi du 26 janvier 1984 (FPT) ; article 21 de la loi du 9 janvier 1986 (FPH).

<sup>75</sup>Article 25 du décret n°82-451 du 28 mai 1982 (FPE).

- cette option suppose de modifier les textes pour confier très clairement cette mission au CHSCT, comme partie intégrante de sa mission relative aux conditions de travail et à la qualité de la vie au travail ; et de modifier conséquemment l'ensemble des dispositions relatives aux CAP.

### 3.2.1.2 Des mesures d'accompagnement pour aller plus loin dans la simplification

#### ➤ Revoir la définition des CLM/CLD

Le premier scénario proposait d'ajuster plus facilement et rapidement la liste des pathologies ouvrant droit à CLD. Il pourrait être envisagé d'aller au-delà en supprimant la distinction entre congé de longue maladie et congé de longue durée.

#### LES DIFFERENTES SORTES DE CONGE MALADIE

De façon schématique, les statuts de la fonction publique distinguent actuellement :

- un congé de maladie ordinaire (CMO), avec une rémunération à plein traitement jusqu'à trois mois de maladie sur une période d'une année d'activité, puis une rémunération à mi-traitement pendant neuf mois ;
- un congé de longue maladie (CLM) sur la base d'une liste indicative d'affections susceptibles d'ouvrir droit au CLM fixée par arrêté, avec une rémunération à plein traitement pendant un an avant une période de rémunération à mi-traitement de deux ans ;
- un congé de longue durée (CLD) accordé pour les affections suivantes : affection cancéreuse, maladie mentale, tuberculose, poliomyélite, déficit immunitaire grave et acquis ; la durée maximale de ce congé est fixée à cinq ans - trois ans à plein traitement et deux ans à mi-traitement ; le droit à CLD au cours de sa carrière est limité à un par affection ;
- un congé unique « *pour invalidité temporaire imputable au service* », « *jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à la mise à la retraite* ».

Le CLM est fractionnable, c'est-à-dire qu'il peut être pris en plusieurs fois pour une même pathologie en cas de nécessité d'un traitement médical devant être suivi périodiquement, ce qui n'est pas le cas du CLD.

Le CLM n'ouvre pas de vacance d'emploi, l'agent doit pouvoir retrouver ses fonctions, alors que pour le CLD, l'agent peut immédiatement être remplacé et l'administration dispose de l'emploi budgétaire. Son droit à reprendre ses fonctions n'en est cependant pas affecté, puisque sa réintégration peut être prononcée en surnombre, c'est-à-dire même s'il n'existe pas d'emploi budgétaire susceptible de l'accueillir dans le corps d'appartenance (circulaire du 30/01/89).

Par ailleurs, certains fonctionnaires travaillant moins de 28 heures hebdomadaires relèvent du régime général Ircantec et ne bénéficient pas des mêmes congés maladie que leurs collègues à temps plein.

La liste des affections ouvrant à CLD ne correspond plus aux maladies les plus graves et à l'évolution des traitements médicaux. Par ailleurs la limitation à un seul congé de ce type par pathologie peut poser problème (cas du cancer notamment).

La mission s'interroge donc sur la pertinence du maintien d'une distinction entre CLM et CLD et d'une liste de pathologies figée par la loi. La suppression de cette distinction permettrait en outre de rapprocher le dispositif du régime général qui prévoit une indemnisation sur une durée de trois ans maximum en cas de pathologie sans lien avec l'activité professionnelle sur la base d'un référentiel de durée de congé maladie par type de pathologie.

L'ordonnance du 19 janvier 2017 précitée remplace d'ores et déjà le CMO, CLM et CLD avec imputabilité au service par un congé unique « *pour invalidité temporaire imputable au service* ».

Une logique comparable pourrait conduire à engager une réflexion sur les congés non imputables, dans le cadre d'une organisation simplifiée :

- un congé maladie ordinaire d'un an dont trois mois à plein traitement et neuf mois à mi-traitement (sans changement par rapport à la législation actuelle) ;



- une disparition de la distinction entre CLM et CLD remplacé par un congé de longue maladie, avec un rebasage sur les conditions actuelles du CLM (durée de trois ans dont un an à plein-traitement), avec deux options :
  - octroi sur la base d'une liste de pathologies proposées par le CMS pour une durée identique (six mois renouvelable) ;
  - octroi sur la base d'une analyse au cas par cas dans le cadre d'une doctrine médicale définie par le CMS et sur la base d'un référentiel de durée de congé par type de pathologie, en se rapprochant ainsi du système existant pour les salariés.

La suppression du CLD pourrait être compensée par :

- la possibilité de bénéficier d'un nouveau CLM sans attendre la durée minimum d'un an, dans des conditions et pour certaines pathologies à déterminer ;
- l'instauration éventuelle d'un système comparable à l'invalidité de catégorie 1 existant dans le régime des salariés.

### ➤ **L'opportunité d'une invalidité de catégorie 1 pour la fonction publique ?**

La notion d'aptitude est appréhendée différemment en droit privé et se différencie de celle d'invalidité (cf. analyse en annexe 8).

L'invalidité, définie par le code de la sécurité sociale, implique un droit à une pension sans nécessairement emporter l'éviction totale du monde du travail<sup>76</sup>. L'inaptitude est une notion prévue par le code du travail, qui a des conséquences en termes de reclassement ou de licenciement<sup>77</sup>.

Le code de la sécurité sociale (CSS) distingue une invalidité de type 1 permettant d'exercer une activité rémunérée, par opposition à une invalidité de type 2 avec incapacité « *d'exercer une profession quelconque* » (article 341-4 du CSS).

Dans la fonction publique, la radiation des cadres et donc l'exclusion du travail comme fonctionnaire dépend de l'invalidité de l'agent mais également de la capacité de reclassement de l'employeur : « *le fonctionnaire civil qui se trouve dans l'incapacité permanente de continuer ses fonctions en raison d'une invalidité* » et « *qui n'a pu être reclassé dans un autre corps (...) peut être radié des cadres par anticipation soit sur sa demande, soit d'office* »<sup>78</sup>. Cette radiation ouvre droit à pension même en l'absence d'un nombre suffisant d'annuités.

En conséquence, la radiation des cadres n'implique pas forcément une inaptitude totale à toute activité rémunérée, car elle dépend des exigences du travail au service du public<sup>79</sup> et de la possibilité de reclassement de l'employeur (plus étroite s'agissant d'une petite collectivité ou d'un EHPAD).

Or, pour les agents ayant peu de temps de service, la pension pour invalidité est très faible. La mission s'interroge en conséquence sur l'intérêt qu'il y aurait à créer une situation intermédiaire

---

<sup>76</sup> L'article L 341-1 du code de la sécurité sociale « *L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées, sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme* ».

<sup>77</sup> Articles L1226-2 et suivants du code du travail.

<sup>78</sup> Articles L 27 et L 29 du code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR)

<sup>79</sup> Un DRH de collectivité a ainsi cité le cas d'un agent rétif à toute hiérarchie et qui avait été accompagné avec succès dans une démarche de reconversion vers une fonction d'auto-entrepreneur en entretien d'espace vert.

d'aptitude au sein de la fonction publique, permettant de continuer à employer des fonctionnaires malades dans le cadre d'un régime protégé, avec une rémunération adaptée à leur capacité de travail, complétée éventuellement par une rente d'invalidité.

Elle note que le dispositif de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), indépendant du taux d'incapacité, attribuée pour une durée de un à cinq ans renouvelable peut constituer une réponse à ces situations. Ce régime qui peut être encouragé comme le souligne un rapport conjoint IGA-IGAS de décembre 2011<sup>80</sup>, est sans doute insuffisamment mobilisé par des agents que freine l'idée même qu'ils pourraient être « handicapés ».

#### **LE DISPOSITIF APPLICABLE AUX TRAVAILLEURS HANDICAPES**

La définition, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, du handicap implique que toute personne susceptible de faire l'objet d'un reclassement, peut être qualifiée de personne handicapée. Tout fonctionnaire en situation d'inaptitude qui bénéficierait de la RQTH dispose alors de droits étendus : protection accrue en évitant le maintien dans un poste devenu inadapté, droit au temps partiel thérapeutique sur simple avis du médecin de prévention, facilités de reclassement par une prise en charge financière du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et une attractivité accrue pour l'employeur public, priorité de mutation et de procédures de détachement ou de mise à disposition auprès d'une autre administration, régime de retraite plus favorable dans les mêmes conditions que ceux atteints d'une incapacité permanente de 80 %.

Les impacts et coûts de telles mesures devraient bien évidemment être expertisés en amont si l'une ou l'autre de ces pistes était jugée intéressante.

### 3.2.2 Avantages et inconvénients

#### 3.2.2.1 Avantages

- La création d'une commission médicale et le dialogue entre gestionnaires et représentants du personnel dans un autre cénacle présente plusieurs avantages :
  - elle met fin à la confusion entre avis médical d'un côté et gestion RH et dialogue social de l'autre ainsi qu'à l'ambiguïté qui préside à l'existence de la CR ;
  - en recentrant l'instance sur le seul volet médical, elle tend à responsabiliser le gestionnaire et à limiter la « médicalisation » de certains dossiers qui relèvent plus d'une approche managériale voire disciplinaire ;
  - elle facilite la préservation du secret médical : par définition le dialogue social n'a pas lieu d'être sur les questions strictement médicales ; elle maintient pour l'agent l'existence d'un lieu de discussion de son dossier ;
  - elle peut permettre, en fonction des hypothèses retenues pour l'échange entre employeur et représentants du personnel, de développer le lien entre examen des cas individuels et politique de prévention, en enrichissant cette dernière, ce qui constitue l'un des enjeux majeurs.
- La suppression de la distinction CLM-CLD simplifie le système et permet de se rapprocher du régime général dans un contexte rendant difficile la défense d'une spécificité de pathologies « fonction publique », hors cas très spécifiques (usage d'une arme...).

<sup>80</sup> Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé. Rapport conjoint IGA-IGAS, décembre 2011.



- La réflexion sur un cadre permettant la poursuite d'un travail à temps partiel rémunéré tout en percevant une rente invalidité pourrait être une alternative à une fin d'emploi brutale et à la précarisation des fonctionnaires ayant des problèmes de santé à un stade précoce de leur carrière.

### 3.2.2.2 Inconvénients et risques

Certains points sont moins des inconvénients que des conditions de réussite.

- La nécessité d'un pilotage médical fort.

Plus encore que dans le scénario 1, l'animation de commissions médicales implique un CMS présent, avec des ressources médicales mais aussi juridiques stables, qui travaillent sur des doctrines selon les pathologies, des guides, des formulaires pour les médecins, fait remonter l'information et s'assure véritablement de la cohérence des pratiques et de l'adaptation des avis au contexte statutaire.

- L'acceptation par les organisations syndicales et les employeurs d'un dialogue social renouvelé sur ces dossiers inscrivant l'étude individuelle de chaque dossier dans le cadre d'une approche collective des sujets du reclassement, de l'aménagement des postes de travail, de la prévention.
- L'acceptation d'une remise en cause du CLD quand bien même beaucoup dénoncent son inadéquation relative à de très nombreuses pathologies et à l'évolution des prises en charge sanitaires.
- Le bilan coût- avantages, au plan financier, d'une disparition du CLD au profit de mesures à visée compensatoire telle que la possibilité d'octroi d'un nouveau CLM avant les douze mois de reprise actuellement exigée par les textes.

## 3.3 Scénario 3 : un passage à un contrôle *a posteriori* propre à la fonction publique

Ce scénario change la philosophie du système puisqu'il s'agit de passer d'un système de contrôle généralisé *a priori* à un contrôle ciblé *a posteriori*.

S'agissant des accidents et maladies professionnelles, ce scénario s'inscrit dans le prolongement de la présomption d'imputabilité en matière d'accident du travail ou de maladie instituée par l'ordonnance du 19 janvier 2017, l'autorité administrative pouvant, « *à tout moment, vérifier si l'état de santé du fonctionnaire nécessite son maintien en congé pour invalidité temporaire imputable au service* »<sup>81</sup>. Les droits sont ouverts en congés maladie sans autre formalité, sauf contestation de l'employeur après contrôle.

Le dispositif reste toutefois propre à la fonction publique et le cadre juridique et statutaire des congés maladie, s'il est ajusté (cf. propositions des scénarios 1 et 2), reste distinct, tout comme la commission médicale dont le rôle est revu.

---

<sup>81</sup> Article 10 de l'ordonnance du 19 janvier 2017.

### 3.3.1 Les éléments centraux du scénario

Ce scénario propose de créer pour les administrations un « service » interne de médecine de contrôle chargé du contrôle des arrêts maladie. La commission médicale ne se prononcerait qu'en cas de recours ou pour les maladies professionnelles hors tableau. Le degré de l'indispensable mutualisation de ces entités serait à déterminer entre ministères en centrale et localement.

#### 3.3.1.1 La création d'une médecine de contrôle

Il serait constitué soit de médecins contractuels, soit de vacations de médecins agréés, dans des proportions à définir en fonction du nombre de fonctionnaires couverts et des contrôles souhaités.

Les contrôles s'appuieraient sur une doctrine à établir, en fonction d'un double objectif : prévenir les arrêts injustifiés d'une part et, d'autre part, l'éloignement de l'emploi par une prolongation d'arrêts de longue durée. Il s'agirait donc, sur la base des données disponibles, de définir à la foi les cas-types d'arrêts justifiant une analyse et/ou un contrôle spécifique mais aussi les agents à cibler au regard des risques particuliers que leurs fonctions peuvent générer en matière de santé au travail.

Comme la fonction de médecin-secrétaire, ce service devrait être commun, au moins à la FPE et sans doute préférablement à la FPE et à la FPH, avec un positionnement neutre à trouver (auprès de la PFRH par exemple). Le même dispositif pourrait prévaloir auprès des CDG pour l'ensemble des collectivités territoriales du département.

Le sujet de la rémunération des médecins sera également à traiter pour attirer des professionnels en nombre et qualité suffisants.

#### 3.3.1.2 Un contrôle *a posteriori*

Ce service pourrait intervenir selon deux modalités :

- dans le cadre d'un contrôle par échantillonnage de dossiers selon des critères à définir (en s'inspirant du système de requêtes de l'assurance maladie) ; le service de médecine aurait la faculté de convoquer les agents ;
- sur signalement de l'employeur. Afin d'éviter une inflation des saisines, on pourrait concevoir que la saisine de l'employeur devrait s'accompagner d'un avis médical d'expert produit par un médecin agréé sollicité par l'employeur.

#### 3.3.1.3 La commission médicale devient instance de recours

La commission médicale du scénario 2 deviendrait dans ce scénario l'instance de recours en cas de désaccord de l'agent ou de l'employeur avec la médecine agréée/statutaire.

Dans la mesure où la présomption d'imputabilité est posée par l'ordonnance du 19 janvier 2017 pour les accidents comme les maladies en lien avec le service, en référence aux dispositions du code de la sécurité sociale<sup>82</sup>, la nouvelle commission médicale se concentrerait sur les cas de maladie professionnelle hors tableau.

---

<sup>82</sup> Article L461-1 du code de la sécurité sociale.

### 3.3.2 Avantages et inconvénients

#### 3.3.2.1 Avantages

- Le premier avantage est celui d'une simplification majeure du dispositif et de la diminution de procédures lourdes d'instruction *a priori*, entraînant une réduction des coûts administratifs mais aussi médicaux, difficile à chiffrer mais probablement significative du fait de :
  - la diminution très sensible du nombre de réunions de la commission, devenu instance de recours ;
  - la diminution du nombre d'expertises.
- Le second est un rapprochement des modes de traitement, sur le sujet de la maladie, des fonctionnaires et des salariés du régime général, ce qui rendrait l'ensemble plus lisible.
- Ce scénario permet enfin le maintien d'un régime « fonctionnaire » spécifique, simplifié et qui conserve une neutralité par rapport à l'employeur direct.

#### 3.3.2.2 Inconvénients et risques

- La faible attractivité des postes de médecine statutaire.

Tant la médecine de prévention que la médecine agréée peinent aujourd'hui à recruter, du fait d'une image dévalorisée auprès des étudiants en médecine, qui veulent soigner et « prescrire », ainsi que de la faiblesse des rémunérations. L'assurance maladie, en dépit de rémunérations bien supérieures à celles proposées par la fonction publique, connaît également le même type de difficulté (cf. *infra* scénario 4).

C'est l'une des obstacles de ce scénario, qui implique à la fois une revalorisation de la perception du métier et la volonté de l'administration de rémunérer correctement la fonction. La mission qui vient d'être lancée sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail pourra contribuer à proposer des solutions.

- Le contrôle *a posteriori* nécessite que ce service de médecine de contrôle puisse avoir accès aux dossiers médicaux pour cibler les contrôles.

La construction d'un système d'information (SI) permettant pour chaque employeur la saisie des données directement consultables par les médecins chargés du contrôle et l'organisation de la transition est un chantier d'envergure à 5/10 ans. A ce jour, chaque administration voire collectivité dispose de son SI ; les instances elles-mêmes sont très mal équipées (cf. partie 1), la distance à parcourir est donc conséquente. Ces médecins devraient aussi, idéalement, avoir accès aux données de consommation médicale de chaque agent s'ils veulent pouvoir disposer d'un historique leur permettant un jugement pertinent<sup>83</sup>.

- Il s'agit d'un changement réel de culture, dont l'acceptabilité n'est pas évidente, et qu'il faudrait accompagner :
  - pour les services RH et les secrétariats des instances ;
  - pour les agents, qui devront apprendre à envoyer leurs arrêts dans les délais, encore que les réformes sur ce point sont déjà engagées.

---

<sup>83</sup> Le volet 1 de la feuille d'arrêt est actuellement conservé par le fonctionnaire, la consommation de soins est détenue par les mutuelles de fonctionnaires.

- Cette réforme suppose la mise en place d'un pilotage médico-administratif fort, en termes de doctrine, d'animation de réseau comme de suivi et traitement des informations remontées par chaque service, et s'appuyant sur un SI qui n'existe pas à ce stade.
- Les coûts d'une telle réforme doivent être appréciés : coût des médecins, certes compensés par la disparition des médecins coordonnateurs, le moindre volume d'expertise médicale et la diminution des dépenses d'administration ; coûts informatiques, coûts de transfert (des données et dossiers, accompagnement des personnels, etc.).

### 3.4 Scénario 4 : une mutation complète de système en convergence avec le régime général

Une alternative au scénario 3 est de transférer l'ensemble du dispositif à l'assurance maladie et à son service médical, en deux temps : un transfert du contrôle *a posteriori* dans un premier temps, pour aller dans un second vers un alignement complet des droits.

Ce scénario était évoqué en 2006 par la Cour des comptes<sup>84</sup>.

#### 3.4.1 Les éléments centraux du scénario

##### 3.4.1.1 Phase 1 : transférer à l'assurance maladie et son service médical le contrôle médical *a posteriori*

La philosophie du système reste la même que dans le scénario précédent, à savoir des droits ouverts sans autres formalités aux différents congés spécifiques de la fonction publique et un contrôle *a posteriori*. Au lieu d'être confié à un service de médecine agréée propre, ce contrôle serait confié aux échelons locaux du service médical de l'assurance maladie.

Les critères et les populations ciblées par les contrôles ont récemment été précisés par une lettre de la direction déléguée au réseau de la CNAMTS n°194/2015 du 18 décembre 2015 ; une réflexion pourrait porter sur l'adaptation éventuelle de ces critères à la population des fonctionnaires.

---

<sup>84</sup> Rapport annuel public 2006 de la Cour des comptes.

#### LES CONTROLES D'ORDRE MEDICAL DES ARRETS MALADIES PAR L'ASSURANCE MALADIE

- **Pour les arrêts de moins de 45 jours**, ciblage sur les contrôles à la demande ou sur signalement de l'employeur, les arrêts de maladie consécutifs à un congé de maternité, les arrêts faisant suite à des interventions chirurgicales ciblées, les arrêts prescrits par des prescripteurs ciblés, les arrêts de travail itératifs.

- **Pour les arrêts de 45 jours à 180 jours**, mise place d'une stratégie centrée sur la prévention de l'entrée en arrêt de longue durée :

\* un contrôle avant 60 jours et avec examen sur personne d'une population ciblée et convocation pour examen au service médical de toutes les personnes dont l'analyse de la consommation de soins ne suffit pas à rendre explicite le motif de cet arrêt ;

\* un contrôle avant l'admission en longue durée (L. 324-1 CSS), pour lequel l'examen sur personne doit être privilégié, avec un avis sur leur justification médicale dans 95 % des cas d'arrêts arrivant au 100<sup>ème</sup> jour ;

\* un accompagnement précoce de prévention de la désinsertion professionnelle pour les affections ouvrant droit au bénéfice des dispositions de l'article L. 324-1 CSS.

- **Au-delà de 180 jours**, avis du service médical obligatoire pour la poursuite du versement des indemnités journalières (IJ).

- **Supervision spécifique** pour tous les assurés qui bénéficient de **plus de dix mois complets d'indemnisation continue** en arrêt de travail et analyse détaillée de la situation de tous les assurés **atteignant 18 mois d'arrêt continu**.

Source : Lettre Réseau LR/DDO 194-2015 du 18 décembre 2015

#### 3.4.1.2 Phase 2 : instaurer une cotisation des employeurs publics liée à la sinistralité au travail

Aucune disposition n'existe dans la fonction publique, l'Etat ou la collectivité étant son propre assureur pour les risques liés au travail. Outre une procédure CM/CR qui n'est pas connectée à la politique RH en général et de prévention en particulier, cette absence n'est guère incitative au développement d'actions préventives.

Le système de cotisations du régime général présente de ce point de vue un intérêt réel.

Le taux de cotisation repose sur trois tarifications distinctes en fonction de la taille des entreprises<sup>85</sup> déterminées par catégories de risques<sup>86</sup>. Pour les entreprises de moins de 20 salariés, tous les établissements du territoire national relevant d'une même activité (donc d'un même numéro de risque) cotisent sur la base du même taux « collectif » annuel, qui institue une forme de solidarité entre les entreprises du même secteur. Pour les entreprises de plus de 20 salariés, est prise en compte une « valeur du risque » qui prend en compte le nombre d'accidents de travail ou de maladies professionnelles rapporté au coût moyen de la catégorie à laquelle se rattache l'événement en cas d'incapacité temporaire et d'incapacité permanente (six catégories d'activité temporaire et quatre pour l'incapacité permanente). Le caractère incitatif du système est accentué par la possibilité de majorer ou faire des ristournes sur la cotisation AT/MP<sup>87</sup> ou « trajet »<sup>88</sup>.

<sup>85</sup> CSS art D 246-6-2 : « Le mode de tarification est déterminé en fonction de l'effectif global de l'entreprise, tel que défini à l'article D. 242-6-16, que celle-ci comporte un ou plusieurs établissements :

1° La tarification collective est applicable aux entreprises dont l'effectif global est de moins de 20 salariés ;

2° La tarification individuelle est applicable aux entreprises dont l'effectif global est au moins égal à 150 salariés ;

3° La tarification mixte est applicable aux entreprises dont l'effectif global est compris entre 20 et 149 salariés ».

<sup>86</sup> Les taux bruts collectifs par activité professionnelle sont fixés annuellement par arrêté après avis de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT/MP) et des comités techniques nationaux compétents en fonction des résultats statistiques des trois dernières années.

<sup>87</sup> CSS art L 242-7, D 246-6 et 242-31.

<sup>88</sup> CSS Art L 242-7, D 246-33.

Sans prétendre reproduire un tel dispositif, par ailleurs complexe, le principe d'une responsabilisation financière de l'employeur public sur le sujet de l'AT/MP mériterait réflexion.

### 3.4.1.3 Phase 3 : aller vers la convergence totale des droits avec une période transitoire

#### LES CONGES DE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

##### 1- les congés maladie sans lien avec le travail

Le droit à indemnités journalières (IJ) est ouvert dès lors que l'assuré justifie d'un temps minimum de cotisation :

- pour un congé de maladie jusqu'à six mois : justifier avoir travaillé au moins 150 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt, ou avoir perçu un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt<sup>89</sup> ;
- pour un congé de maladie de plus de six mois, justifier de 12 mois d'immatriculation en tant qu'assuré social auprès de l'Assurance maladie, et avoir travaillé au moins 600 heures (ou 800 heures si la date d'interruption de travail est antérieure au 1er février 2015) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt, ou avoir perçu un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du Smic horaire pendant les 12 mois civils ou les 365 jours précédant l'arrêt.

Le versement des IJ intervient au terme du délai de carence de trois jours, leur montant étant calculé sur la base de l'attestation de salaire transmise par l'employeur. Leur montant correspond à 50 % du salaire de base, pouvant être majoré à partir du 31<sup>ème</sup> jour en cas de charge de famille (au moins trois enfants) et au terme de trois mois d'arrêt en cas d'augmentation générale des salaires pendant l'arrêt de travail

##### 2- les congés maladies en lien avec le travail

Les congés liés à un accident de travail bénéficient d'une présomption d'imputabilité : ce sont les caisses d'assurance maladie, indépendantes de l'employeur, qui paient les prestations et procèdent aux expertises médicales nécessaires car elles disposent de la médecine de contrôle.

Une commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)<sup>90</sup> élabore un avis motivé permettant à l'organisme de sécurité sociale de statuer sur l'origine professionnelle de la maladie ; cet avis s'impose au service médical de la caisse.

Les soins et frais médicaux sont intégralement remboursés dans la limite des tarifs de la sécurité sociale ; les IJ sont versées dès le premier jour d'arrêt, sur la base du salaire brut du mois précédent l'arrêt et pour un montant qui évolue de 60 à 80 % du salaire brut, déduction faite de la CSG et de la CRDS selon la durée de l'arrêt, avec une revalorisation possible après trois mois d'arrêt en cas de revalorisation générale des salaires durant l'arrêt de travail.

La différence est importante avec le régime des fonctionnaires. Cette approche ne tient toutefois pas compte des divers accords et conventions de branche ou d'entreprise qui organisent de fait le maintien du salaire, la prise en charge des soins, par le biais d'assurances ou de mutuelles complémentaires. De ce point de vue, la situation des salariés est sans doute ainsi plus différente entre les salariés d'une toute petite ou d'une grosse entreprise<sup>91</sup> qu'entre salariés du secteur public

<sup>89</sup> ou, en cas d'activité à caractère saisonnier ou discontinu, avoir travaillé au moins 600 heures ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire, au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail.

<sup>90</sup> Composé du médecin-conseil régional de la CPAM (ou son représentant), du médecin inspecteur régional du travail de la DIRECCTE (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) ou de son représentant et d'un praticien hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologies professionnelles (ou un suppléant) nommé pour quatre ans par préfet, sur proposition du directeur de l'ARS.

<sup>91</sup> Cf. par exemple sur le sujet des mutuelles santé /prévoyance le rapport Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé – IGAS 2015-145R – Avril 2016.

et du secteur privé. Une étude beaucoup plus fine serait donc indispensable avant de s'engager dans ce chantier pour expertiser la réalité du différentiel.

### 3.4.2 Avantages et inconvénients

#### 3.4.2.1 Avantages

- Confier le contrôle *a posteriori* à l'assurance maladie semble cohérent puisque les services médicaux l'assurent déjà, sur la base d'une doctrine existante.
- Un tel transfert simplifierait le dispositif pour les structures comme les collectivités territoriales et les établissements de santé qui emploient sur les mêmes postes des fonctionnaires et des contractuels relevant du régime général ; ce serait sans doute plus lisible pour ces agents.
- La faiblesse relative des politiques de prévention dans le secteur public et l'absence de lien existant aujourd'hui, sauf de manière ponctuelle et plutôt sur le sujet du reclassement, avec le sujet « instances » peut suggérer d'aller vers une pénalisation financière des employeurs publics ne prenant pas les mesures nécessaires en matière de prévention (cf. Cour des comptes).
- On peut enfin estimer que dans un monde du travail où le secteur tertiaire est devenu prépondérant, la différence des métiers entre secteur privé et secteur public tend à s'estomper ; les accidents ou pathologies, qui s'illustrent dans le public comme le privé par une forte représentation des troubles liés à la rhumatologie (et notamment les TMS) et une tendance à l'accroissement des troubles psycho-sociaux sont moins différents entre secteur public et secteur privé qu'entre métiers eux-mêmes.

#### 3.4.2.2 Inconvénients

Ce scénario comporte plusieurs risques et nécessiterait dans son volet 1 (transfert seulement du contrôle) comme dans les volets 2 et 3 une période de préparation puis de transition suffisante.

- Le premier risque est celui de son acceptabilité : bien que ciblé sur les sujets de congés maladies en phase 1, il pourrait être perçu comme une remise en cause de la spécificité de la fonction publique et de son statut ; même sur le seul volet 1, ce scénario implique un changement de « culture » à la fois pour les administrations publiques, les agents et pour les services de l'assurance maladie. Ce dispositif risque d'aboutir à des pertes substantielles de traitement pour les agents si l'on va au bout de sa logique et implique de prévoir et calibrer le maintien du traitement ;
- En l'état actuel des textes et des organisations, la situation est extrêmement différente entre fonction publique et travailleurs salariés, sur des points pourtant essentiels à la réussite d'un tel transfert :
  - les environnements juridiques sont totalement distincts et impliqueraient une appropriation des cadres statutaires des trois fonctions publiques dans le cas du volet 1 ; le ciblage des contrôles à effectuer doit également donner lieu à réflexion ;
  - les organisations sont fondamentalement différentes : dans le régime général, c'est la caisse, organisme unique, qui paye les indemnités journalières ; sans arrêt de travail, il n'y a pas de paiement. La multiplicité des employeurs de la fonction publique contribue à complexifier le sujet ;



- comme dans le scénario 3, le service de contrôle doit avoir accès aux dossiers médico-administratifs des fonctionnaires de façon simple, ce qui suppose de disposer d'une architecture SI commune entre employeurs publics et assurance maladie ; les bases de données (quand elles existent) ne sont pas connectées, ce qui s'est avéré une difficulté particulière lors de l'expérience de contrôle de certains arrêts maladie des fonctionnaires ;

**LES ENSEIGNEMENTS DE L'EXPERIMENTATION DU CONTROLE DES ARRETS DE TRAVAIL DES FONCTIONNAIRES PAR L'ASSURANCE MALADIE**

L'évaluation de cette expérimentation conclut à la formulation d'un certain nombre de conditions de succès :

- un cahier des charges clair ;
- une définition préalable des cibles de contrôle et leur ajustement dans le temps si nécessaire ;
- un maître d'ouvrage clairement positionné, un pilotage national impliqué et une animation de proximité (au moins dans le stade de montée en charge, comparable au temps d'une expérimentation), pour éviter la démobilisation : « *Les administrations ont peu à peu abandonné le processus d'enregistrement de leurs arrêts de travail sur le système d'information dédié* » ;
- une urbanisation bien pensée des SI entre les différents acteurs et un accès des services médicaux des CPAM aux données médico-administratives : « *le service médical des CPAM ne disposait pas du volet 1 de l'arrêt de travail qui mentionne la pathologie ; par ailleurs, il n'avait pas non plus accès à la consommation médicale des agents, information détenue par les seules mutuelles de la fonction publique* ».

*Source : Evaluation du dispositif expérimental confié à six caisses primaires d'assurance maladie le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires – IGF-IGAS-IGA – décembre 2015*

- Les ressources du service médical de l'assurance maladie ne permettent pas de prendre en charge les 5,5 millions de fonctionnaires sans une réévaluation de leur contrat d'objectif.

Le contrôle porte actuellement sur quelques 16 millions de travailleurs salariés effectués par 1250<sup>92</sup> médecins conseil. Une simple règle de trois impliquerait le recrutement d'environ 420 médecins supplémentaires. Or la CNAMTS indique peiner déjà à recruter, ce type de poste souffrant lui aussi, comme la médecine du travail, d'un déficit d'image.

- Cette réforme suppose la mise en place d'un pilotage médico-administratif fort, en termes de doctrines, d'exercice de la tutelle comme d'analyse et de traitement des informations remontées par l'opérateur CNAMTS, et s'appuyant sur un SI qui n'existe pas à ce stade.

Le système dédié mis en place pour l'expérimentation impliquait une double saisie des employeurs publics qui s'est avérée très démobilisatrice. La mise en place d'un SI dédié ou d'une architecture permettant, sur la base d'un diagnostic des systèmes et applications existants, une inter-opérabilité est un chantier d'envergure, qui doit intégrer la possibilité pour l'opérateur assurance maladie d'accéder facilement au dossier médical partagé des agents publics.

---

<sup>92</sup> Ce chiffre est celui cité par la direction déléguée au réseau comme le nombre au 31 décembre 2016 de médecins de niveau A directement impliqués dans ces tâches de contrôle.

- S'il était décidé de garantir aux fonctionnaires malades un plein traitement pendant une certaine durée, à l'image de ce qui se pratique dans les grandes entreprises, en pérennisant le maintien du salaire qui est aujourd'hui la règle, il conviendrait d'évaluer l'impact financier et les modalités à retenir dans un dispositif simplifié, la durée du maintien étant actuellement différente en fonction de la nature du congé-maladie.

Aurélien Ardillier,  
Marianne Bondaz

Anne Bruant-Bisson

Martine Marigeaud

Rémy Gicquel

Membres de  
l'Inspection générale  
de l'administration

Membre de  
l'Inspection générale  
des affaires sociales

Membre de  
l'Inspection  
générale  
des finances

Membre de l'Inspection  
générale de  
l'administration de l'éducation  
nationale et de la recherche



# LETTRE DE MISSION

*Le Premier Ministre*

Paris, le 22 AOUT 2016



Monsieur le Chef de service,

Le Gouvernement s'est fixé une ambition forte pour une action publique plus efficace, plus économe et plus juste. Les évaluations de politiques publiques menées dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP) contribueront directement en 2016 à poursuivre notre effort collectif en ce sens.

La protection des agents contre les accidents de services et maladies professionnelles et la santé au travail constituent des enjeux majeurs de politique sociale. Les finalités de cette politique publique, réaffirmée à travers l'accord du 20 novembre 2009 signé entre l'Etat et les partenaires sociaux, concernent à la fois la place de la santé et de la sécurité dans la gestion des ressources humaines et l'égalité de traitement des agents des trois fonctions publiques sur l'ensemble du territoire. A ce titre, les instances médicales consultatives que sont les comités médicaux et commissions de réforme portés par le ministère des affaires sociales et de la santé assurent l'instruction des dossiers des agents des trois fonctions publiques, coordonnent les avis et formulent les recommandations. Si la loi n°2012-347 du 12 mars 2012 a simplifié en partie le fonctionnement des secrétariats des comités médicaux et commissions de réforme, l'organisation générale de ces instances reste complexe et leur fonctionnement perfectible (répartition des dossiers, mobilisation des financements, allocation des ressources humaines et techniques, ...). Cette situation conduit notamment à des difficultés conséquentes pour les agents eux-mêmes : retard dans l'instruction des dossiers, report de réintégration des agents déclarés aptes à la reprise, problèmes de requalification des positions statutaires avec risques de reprise sur paye ...

Le Gouvernement a donc décidé d'engager une évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales (cf. la fiche de cadrage ci-jointe) afin d'améliorer l'efficacité de ces instances et dans un souci d'harmonisation des pratiques pour parvenir à une réelle égalité de traitement. Plus précisément, l'évaluation devra répondre aux objectifs suivants :

- analyser la pertinence du portage des missions par le ministère des affaires sociales et de la santé ainsi que l'efficacité de l'organisation générale actuelle (répartition des dossiers, délais de traitement...);
- apprécier la qualité du service rendu (réactivité des interventions, qualité de la prise en charge...) et sa capacité à répondre aux objectifs d'égalité de traitement ;

**Monsieur Pierre BOISSIER**  
Chef de l'Inspection Générale  
des Affaires Sociales  
39-43 quai André Citroën  
75015 PARIS

2.

- cartographier le panorama et l'organisation actuels des instances et se prononcer quant à leur efficacité dans un contexte de pénurie de médecins et de faible attractivité financière de la mission considérée.

Sur la base du constat que vous aurez établi, vous formulerez des scénarios d'évolutions possibles et des propositions concrètes d'amélioration en vue de renforcer la qualité du service rendu et de favoriser l'égalité de traitement entre les agents publics.

Conformément à la méthodologie élaborée par le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP), la maîtrise d'ouvrage de cette évaluation sera assurée par Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé (qui pourra le cas échéant la déléguer à une personnalité qualifiée), tandis que la maîtrise d'œuvre sera assurée par les membres de vos services que vous désignerez ainsi que des membres des autres inspections générales concernées, IGF, IGAENR et IGA ; cette équipe d'évaluation pourra être appuyée, si Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé le juge pertinent, par des experts ou évaluateurs externes à l'administration qu'elle sollicitera.

La maîtrise d'œuvre aura pour mission de réaliser les travaux d'évaluation en toute objectivité :

- elle pourra faire appel en tant que de besoin aux administrations et opérateurs publics concernés ;
- elle rendra compte de ses travaux à au moins trois reprises à un comité d'évaluation qui sera présidé par Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé et composé des principales parties prenantes ;
- elle affinera le cadrage et précisera *sous un mois* les modalités opérationnelles de réalisation des travaux (incluant les consultations et enquêtes nécessaires à la prise en compte du point de vue de l'ensemble des acteurs et bénéficiaires-usagers) qu'elle présentera au comité d'évaluation ;
- elle établira, *dans les 5 mois suivants*, un diagnostic et des scénarios de transformation qui seront également discutés en comité d'évaluation et feront l'objet de rapports publics qui seront, ainsi que les données traitées ou produites à cette occasion, mis en ligne ;
- elle veillera à nourrir ses réflexions des grandes orientations qui structurent la modernisation de l'action publique telles que la simplification, l'innovation, le recours aux technologies numériques et l'ouverture des données ;
- elle apportera, en tant que de besoin, son concours aux actions de communication que Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé conduira autour de cette évaluation, en particulier lors de la publication des rapports.



3.

Afin d'assurer la transparence des évaluations, la présente lettre de mission, l'état d'avancement du processus d'évaluation et les rapports de diagnostic et de scénarios seront mis en ligne.

Afin que le SGMAP puisse assurer son rôle d'accompagnement méthodologique, apporter à l'équipe d'évaluation les concours et appuis de sa compétence et rendre compte à mon cabinet de l'avancement et du bon déroulement des travaux engagés, je vous prie de veiller à l'associer tout au long de ces travaux. Le cabinet du secrétaire d'Etat chargé de la réforme de l'Etat et de la simplification, placé auprès de moi, sera à cet effet votre interlocuteur privilégié. Vous le tiendrez informé, ainsi que la Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé, de la composition de la mission et de toute difficulté importante ou retard.

Je vous prie de croire, Monsieur le Chef de service, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Manuel VALLS

Copie à :

- ✓ Madame la ministre des affaires sociales et de la santé
- ✓ Madame la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
- ✓ Monsieur le ministre des finances et des comptes publics
- ✓ Monsieur le ministre de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales
- ✓ Monsieur le ministre de l'intérieur
- ✓ Monsieur le garde des sceaux, ministre de la justice
- ✓ Madame la ministre de la fonction publique
- ✓ Monsieur le secrétaire d'Etat chargé de la réforme de l'Etat et de la simplification





## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

### **Ministère des affaires sociales et de la santé**

#### *Secrétariat général*

Annaïck LAURENT, secrétaire générale adjointe

Pierre BARRUEL, adjoint au pôle animation des réseaux JSCS

#### *Direction des ressources humaines*

Joël BLONDEL, directeur

David HERLICOVIEZ, sous-directeur par intérim de la qualité de vie au travail

Myriam LEHEILLEIX-ZINK, chef du bureau 3C

Gilles PEREIRA, chargé de mission bureau 3C

#### *Direction générale de la santé*

Dr Catherine BONNARD, secrétaire du comité médical supérieur

Dr Alfred SPOERRY, médecin vacataire, comité médical supérieur

Dr Isabelle BRUN, psychiatre, médecin agréé membre du comité médical supérieur

Dr Michel CAIRE, psychiatre, membre du comité médical supérieur

#### *Direction générale de l'offre de soins*

Mathias ALBERTONE, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Dimiter PETROVITCH, chef du bureau RH3

Pierre-Benjamin GRACIA, adjoint au chef de bureau

Eléonore DUBOIS, chargée de mission Droits sociaux et égalité professionnelle bureau RH3

### **Ministère des finances**

#### *Secrétariat général*

Brice CANTIN, sous-directeur DRH2 sous-direction gestion des personnels et des parcours professionnels,

Hélène GALLUC, chef du bureau Médecine statutaire et retraites.

#### *Services des retraites de l'Etat*

Alain PIAU, directeur,

Stéphane COURTIN sous-directeur des retraites et de l'accueil,

Jean-Luc EVENARD, chef du bureau Invalidité,

Jean-Pierre LE MOUPELLIC, adjoint à M. EVENARD,  
Karim SAMJEE, chef du bureau des affaires juridiques.

*Direction générale des douanes et droits indirects*

Fabienne DEBAUX, sous-directrice des Ressources humaines, relations sociales  
et organisation

Jean-Philippe REYNAUD adjoint au chef du bureau A1 Politique générale du personnel

Christine PORRO, chargée de mission questions de médecine statutaire

**Ministère de la fonction publique**

Direction générale de l'administration et de la fonction publique

Olivier BERGER, chargé de mission

Bruno DEBOGES, chargé d'études juridiques, bureau des politiques sociales, de la santé  
et de la sécurité au travail

Annie BRENOT-OULDALI – Département des études, statistiques et systèmes d'information de la  
DGAFP

**Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt**

Jacques CLEMENT, chef du service des ressources humaines

Yves LE NOZAHIC, sous-directeur du développement professionnel et des relations sociales

Marie-Claire HAMON, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale

Marc CASTAINGS, chef du bureau de gestion des personnels de catégorie C et D

**Ministère des affaires étrangères et du développement international**

Cédric MANUEL, sous-directeur des politiques de ressources humaines

Guillaume HABERT chef du bureau des retraites, des accidents du travail et des maladies  
statutaires

**Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche**

Edouard LEROY, chef du service de l'action administrative et de la modernisation

Cécile BOURLIER, sous-directrice de la gestion des ressources humaines de l'administration  
centrale

Marianne CHARLES, adjointe à la cheffe du bureau de gestion statutaire et des rémunérations

Annick WAGNER, chef du service des personnels ingénieurs, administratifs, techniques, sociaux et  
de santé et des bibliothèques

Marie-Laure MARTINEAU-GISOTTI, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale

Sylvain MERLEN, chef du service des retraites de l'éducation nationale (entretien téléphonique)

## **Ministère de l'intérieur**

### *Direction des ressources humaines*

Stanislas BOURRON, directeur

Simon BABRE, sous-directeur des personnels

Jean-Marie WILHEM, adjoint au sous-directeur de l'accompagnement social et de l'accompagnement du personnel

Marie-Caroline SAILLY, chef de section « affaires générales » - Bureau des affaires générales des études et des statuts (BAGES)

Laure DESRIERS, adjointe au chef de section

### *Direction générale des collectivités locales*

Jean-Louis LETONTURIER, chef du bureau de l'emploi territorial et de la protection sociale (FP3)

Laurence BOLNER, adjointe au chef de bureau FP3

Isabelle BOSSON, bureau FP3

Peggy PERRIEUX, bureau FP3

### *Direction générale des ressources et compétences de la police nationale*

Noémie ANGEL, sous-directrice de l'action sociale

Pascal LEGENDRE, chef du bureau santé et sécurité au travail et adjointe à la sous-directrice

Anne -Sylvie de LOUVRIER, cheffe du pôle santé au travail du bureau santé et sécurité au travail

## **Ministère de la justice**

### *Secrétariat général*

Jean-Frédéric CREMET, sous-directeur du département des ressources humaines du secrétariat général

Hervane ROUSSEL, adjointe SD RH

Marie-Odile EDA, secrétariat CMM-CRM

Franck CLAUDE, bureau gestion des carrières et rémunérations

### *Direction de l'administration pénitentiaire*

Philippe GALLI, directeur de l'administration pénitentiaire

Philippe LERAITRE, sous-directeur des ressources humaines et des relations sociales

### **Ministère de la culture**

Isabelle GADREY, sous-directrice des politiques de ressources humaines et des relations sociales

Roland BRETON, chef du bureau de l'action sociale et de la prévention

Sylvaine GORIOT, cheffe du bureau des pensions

Céline DANIEL, adjointe au chef du bureau de la filière technique et des métiers d'art

### **Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer**

Valérie BAUDERE-CLOMP, cheffe du département - SG/DRH/CRHAC

Isabelle PALUD

Anne-Laure LEVY, Cheffe du pôle médico-social - SG/DRH/CRHAC-2

### **Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales**

Jean TAFFIN, CDC, directeur de la gouvernance des fonds

Sylviane LE SAUX, directrice de la solidarité et des risques professionnels

André SAPIN, responsable du service des risques professionnels (SPR)

Loïc GAUTHIER, SPR, actuariat et statistique (SPR)

Florence PRONTGAHET, SRP, en charge de l'AT/AC, régime d'indemnisation et fonds de prévoyance militaire, 1ère phase de liquidation ATIAC et révisions

Thierry ARNAUD, SPR, adjoint au responsable d'unité liquidation des pensions d'invalidité de la CNRACL

Géraldine GILLORON, responsable du service juridique pour l'ensemble des fonds de l'établissement de Bordeaux

Laure EVIN, responsable de l'unité Contentieux

### **Associations des régions de France**

Frédéric EON, conseiller affaires juridiques et fonction publique

(ainsi que DRH ou leurs représentants pour les régions : Ile-de-France, Centre-Val-de-Loire, Bourgogne-Franche-Comté, PACA, Normandie, Pays-de-la-Loire, Grand-Est)

### **Association des départements de France**

Pierre MONZANI, directeur général

Jérôme BRIEND conseiller – service juridique

Benjamin ELOIRE, conseiller

### **Association des maires de France**

Pierre COILBAUT, élu à l'Hay les Roses, collaborateur du président du CNFPT, membre de la CR petite couronne

Stéphanie COLAS, conseillère RH à l'AMF

**Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés**

Dr Odile VANDENBERGHE, Mission médicale – Direction des risques professionnels

Jean-Paul PRIEUR, directeur du réseau médical, DDR

Dr Bernadette MARCHAL, direction des maitrisés d'ouvrage métiers

Dr Ursula DESCAMPS, responsable des Affaires européennes

**Fédération nationale des centres de gestion**

Michel HIRIART, président

Thierry SENAMAUD, directeur

Lucie VILMOT, juriste, chargée de mission

Annick DESCOMBES, directrice du pôle Instances médicales, centre de gestion de Haute-Savoie

Christel COURTY, directeur général adjoint, centre de gestion des Ardennes

**Fédération nationale des associations de médecins agréés**

Pr Patrick DISDIER, président, PU-PH à l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille

**Association des médecins agréés de Rhône-Alpes-Auvergne**

Dr Pierre WOLF, président, Service de médecine statutaire CH Lyon Sud

**Conseil national de l'ordre des médecins**

Dr Patrick BOUET, président

Dr Christian BOURHIS, membre

**Fédération hospitalière de France**

David GRUSON, délégué général

Marie-Gabrielle VAISSIERE BONNET, chef du pôle Ressources humaines hospitalières

Marie HOUSSEL, adjointe à la responsable du pôle

Christiane LEBOISNE, attachée – Pôle ressources humaines

**Hospices civils de Lyon**

Marie-Odile REYNAUD, directrice des ressources humaines (entretien téléphonique)

**Assistance publique des hôpitaux de Marseille (entretien téléphonique)**

Elisabeth COULOMB, directrice des ressources humaines

Dr Christine VINCENT-GUERCIA, Médecin responsable du service de Médecine Agréée et Statutaire de l'APHM

**EDF**

Stéphanie GILARDIN, chef du département de la protection sociale EDF groupe

Dominique SPINOSI, Pôle santé-sécurité EDF groupe

**Organisations syndicales**

*CGT*

Christophe GODARD, secrétaire national Santé au travail

Sophie BOCAGE-LAGARDE, secrétaire national Culture

*CGT-FO*

Olivier BOUIS, secrétaire fédéral FO-fonctionnaires

Claude SIMONEAU – secrétaire général adjoint de FO fonctionnaires

*CFDT*

Mylène JACQUOT, secrétaire générale de la fédération fonction publique

Muriel SCAPPINI, secrétaire générale adjointe

*UNSA*

Annick FAYARD, secrétaire nationale en charge des questions de santé et retraite)

Luc FARRE, secrétaire national,

Gilbert ABRAS

Dawoui Mario LIBOURBAN

*Union syndicale Solidaires*

Denis PERAIS, Solidaires Fonction publique, secrétaire national du syndicat sud Intérieur

*Fédération autonome des sapeurs pompiers*

Dr André GUENEC, médecin de sapeur-pompier, coordinateur

Pascal KASSLER, Secrétaire général

## **Personnalités qualifiées**

Dr Laurent VIGNALOU, médecin coordonnateur national auprès des ministères économiques et financiers, président de comités médicaux ministériels (Finances, Intérieur et Police, Affaires sociales-Santé, Affaires étrangères, CNRS, INSERM, CDC, AP-HP, Assemblée nationale)

## **Département des Ardennes**

Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations

Arthur TIRADO, directeur

Stéphane ROCHE, chef du pôle social

Valérie COLLIGNON, secrétariat CM et CR FPH

Isabelle DELESPIERRE, secrétariat CR FPE (mi-temps)

### *Centre de gestion des Ardennes*

Christel COURTY, directeur adjoint

Nancy POZZI secrétariat CM

Audrey RICHET secrétariat CR

### *Préfecture*

Bertrand CAPITAINE, directeur des ressources humaines et des moyens

Vivien DELEPLACE, chef du bureau ressources humaines

### *Rectorat*

Jean-Claude MANDERRIER, Chef division affaires générale et financière

Annette GAVAZZI, division affaires générale et financière

### *Centre hospitalier de Charleville-Mézières*

Charlène BARTHAUX, gestionnaire paye

Laurine CONSOLARO, gestionnaire paye,

*Centre hospitalier Béclair* (en direction commune avec l'hôpital de Nouzonville et l'EHPAD de Rocroi)

David SANTANGELO, directeur des ressources humaines

Marie-Claude DECOBERT, adjoint administratif (instances + référent handicap)

### *Conseil départemental*

Laetitia SAUREL responsable du service « hygiène et sécurité »

Frédéric BAUCHARD, secrétariat CR



*Représentants du personnel*

Valérie DELCOMBEL, CFDT conseil départemental  
Lydie GUNTHER, syndicat départemental intercommunal  
Joelle GENONCEAU, FO FPH,  
Christine CARUZZI, CGT CAP Aides-soignants  
Corinne POSTAL, CGT CAP Infirmiers

**Département de Côte d'Or**

*DDCS*

Didier CARPONCIN, directeur  
Pascale MATHEY, directrice adjointe  
Sophie BOULAND, responsable de l'unité Personnes vulnérables  
Eric DEMARS, agent du SDISIC  
Sylvie MOUREY, secrétaire du comité médical  
Marie EDMOND- SAMUEL, secrétaire de la commission de réforme

*Centre de gestion de la FPT de Côte d'Or*

Michel BACHELARD Président  
Florence DESHOUX, directrice  
Antony BOM, chef du service Santé au travail  
Gaëlle LOPEZ, secrétaire du comité médical (FPT)  
François-Xavier DESPINE, secrétaire de la commission de réforme (FPT)

*Conseil départemental*

Aurélie VIDAL, responsable service carrières et rémunérations à la DRH  
Isabelle CINTRAT, gestionnaires CLM-CLD AT/MP

*CHU de Dijon*

Raphaël GRUAU, adjoint au directeur des ressources humaines  
Nadine ROUX-THEVENIAUD, responsable secteur accompagnement des professionnels

*Centre hospitalier La Chartreuse*

Brigitte LORRIAUX, directrice des ressources humaines  
Frédérique MOREAUX, adjointe à la DRH  
Aurélie JARLAUD, adjoint des cadres à la DRH

Emmanuel BORJON, adjoint des cadres à la DRH

*Agence régionale de santé Bourgogne Franche-Comté*

Dr Françoise JANDIN, médecin général de santé publique, conseiller technique médical au département RH du système de santé

*DDFiP*

Philippe VILLIER, responsable division Ressources humaines et formation professionnelle,  
Marie-Laure MOREL, gestionnaire

*Rectorat- Services départementaux Education nationale*

Claudie MEJAT, rectorat, responsable cellule ressources humaines

Valérie ABID, rectorat, responsable division Accidents du travail et retraites

Mireille MANIERE, direction des services départementaux, chef du pôle cabinet et ressource humaines

Christine BUSCHIAZZO, DSDEN, gestionnaire CLM/CLD en lien avec les instances

*CPAM de Côte d'Or*

Dr Christine PERRAUD, chef de l'Echelon local du service médical

Agnès DABONNEAU – cadre au pôle IJ de la caisse

*Médecins agréés*

Dr STRAUSS Philippe, généraliste, président du comité médical

Dr PERDON François, psychiatre, membre du comité médical

Dr Emmanuel DEBOST, généraliste, membre du comité médical

Dr Jean-Marie HUMBLLOT, généraliste, membre de la commission de réforme de la FPT

*Usagers*

Noëlle VILLEBOEUF, agent de la fonction publique hospitalière

*Représentants du personnel*

Christine PELLETIER, CAP sages-femmes, responsable CFDT secteur public, secteur santé-social, secrétaire CFDT du CHU

Olga JACQUES, professeure des écoles- psychologue scolaire (maternelle au CM2), secrétaire départementale du FSU

Fabienne BORRAS, FSU, professeure d'espagnol en collègue

GERIN Caroline, FSU Education et enseignement supérieur

### **Département du Gard**

#### *DDCS*

Isabelle KNOWLES, directrice

Isabelle ANDREUCETTI, secrétaire générale

Françoise FERRAUD, secrétaire CM/CR – FPH

Elisabeth LAPORTE, secrétaire CM/CR FPE

Aline BASTIAN, responsable de l'unité (et FPT jusqu'au transfert)

Evelyne GROSDIDIER, appui transfert archives

#### *Préfecture*

Didier LAUGA, préfet du Gard

François LALANNE, secrétaire général

#### *Centre de gestion de la FPT du Gard*

Jean-Paul COROMPT, directeur général CDG du Gard

Vanessa PASQUÉ, responsable du secrétariat des instances médicales FPT

Isabelle ZULBENTY, secrétariat CM/CR

Estelle PELATAN, secrétariat CM/CR

Frédéric ANSELME, élu du personnel du CDG

Henri GROS, conseil municipal La Vernarède

Noémi LOPEZ, responsable Prévention-santé au travail Alès agglomération

Martine DELAUNAY, DGS Bagnoles-sur-Cèze et agglomération du Gard rhodanien

Nathalie BAYLE, DRH Bagnoles-sur-Cèze et agglomération du Gard rhodanien

Brigit BOYER, DRH du CDG Gard

Brigitte MONIER, référente mission Handicap (convention avec le fonds d'insertion des personnes handicapées)

Fabienne BERNON, DRH SDSIS Gard (adhérent au CNG pour CR/CM)

Marie BARRIAL, SDIS Gard, chef du service Accidents

Sylvie ALBERT, Région Occitanie, responsable Prévention/santé

#### *Ville de Nîmes*

Guy TARGUES, médecin de prévention

Agnès ROUX, secrétaire des instances CM/CR

Serge CHANEL, syndicat FA-FTP catégorie C

Fabien BONFILS, CGT catégorie C

Jean-Luc PENA, syndicat FA-FTP catégorie B

Cyril LIVERNOIS, syndicat FA-FTP catégorie B

#### *DDFiP*

Maxime VILLAR, responsable de la Division RH du Gard de la DDFiP et représentant de la DRFiP à la commission de réforme

#### *CPAM*

Jean-Yves COQUEL, sous-directeur

Christian GAY, médecin conseil responsable de l'échelon

#### *Direction départementale des services de l'éducation nationale*

Didier WAGNER, chef du service départemental

Karine PIQUET, chef de service à la DSDEN du Gard, affaires médicales et sociales

Dr Anne NARBONI, conseillère médicale au rectorat de Montpellier (entretien téléphonique)

#### *CHU de Nîmes*

Marie-Catherine MORAILLON, Directeur adjoint à la DRH

Valérie GUGGISBERG, attachée d'administration à la DRH

#### *Médecins agréés*

Dr Charles MENARD, psychiatre, membre du comité médical

Dr PRANGERE Vincent, généraliste, président du comité médical et membre de la commission de réforme

Dr PUJOLAS Philippe, généraliste

#### *Représentants du personnel*

Sylvie COMPEYRON, infirmière CAP 5, représentant FO depuis 2003, CHU Nîmes

Bruno BANCION, maitre-ouvrier au CHU, représentant FO

Julie REDLER, suppléante SE-UNSA, enseignante maternelle

Sylvie BAILLEUL, SNUIPP- FSU, professeure des écoles

Laurence GAUTIER, professeur certifiée, SNES – FSU

Akim DIB, professeur d'EPS équivalent certifié

## **Département du Nord**

### *DDCS*

Annick PORTES, directrice départementale de la cohésion sociale

Jean-Philippe GUILLOTON, directeur adjoint

Thierry DEQUIDT, chargé des ressources humaines

Yves ROYER, Secrétariat CM-CR

William HEULLE Secrétariat CM-CR

Christine VILBOIS, secrétariat médical

### *SIDSIC*

Thierry LESAGE

### *Rectorat du Nord-Pas-de-Calais*

Karine BAUDUIN, chef du bureau des accidents et des maladies professionnelles

Stéphanie LANDMANN, chef du bureau des congés pour les personnels enseignants du 2nd degré et les personnels d'orientation et d'éducation

### *DRFIP*

Christelle BACQUET, responsable du pôle social de la direction des ressources humaines de la DRFIP des Hauts de France

Annie-France MINET, pôle social

Virginie DELBROEUVE, pôle social

### *CHRU de Lille*

Rodolphe SOULIE, directeur adjoint de la direction des ressources humaines

Katia LUCINA, directeur adjoint

### *Agence régionale de santé*

Sylvain LEQUEUX, DRH de l'agence régionale de santé

### *Centre de gestion de la FPT du Nord*

Jean-Jacques TREELS directeur général des services

Guy DECLOQUEMENT directeur du pôle affaires médicales et prévention

Frédéric CHOPIN : responsable des instances médicales

*Assurance maladie*

Docteur Claude GADY CHERRIER, directrice régionale du service médical des Hauts de France

Docteur Pierre CHRETIEN, médecin conseil chef de service de l'échelon local du service médical de Lille

Jean-Luc BOCQUEL, directeur de la CPAM de Douai-Lille

Nathalie BURDEN, sous-directrice des relations employeurs et offre de soin

*Médecins*

Docteur DEBARGE, médecin secrétaire à la DDCS

Docteur ROLLET, médecin secrétaire au centre de gestion

Docteur LANOY, expert psychiatre

Docteur DEBOU, expert généraliste

Docteur LEBRUN, expert orthopédie, rhumatologie

*Représentants du personnel*

Michael KAIM, Education nationale, SNES-FSU

Emilie DOOGHE, Education nationale, SNES-FSU

Isabelle GIORGIANNI, Finances publiques, Solidaires

Jean-François BOURSE, CGT Santé

Emmanuel CHIEUS, FO Santé

Gérard MESEURE, FO Santé

*Usagers*

Stéphane LOONIS, FP Etat

**Département de Seine-Maritime**

*DDCS*

Franck PLOUVIER, directeur

Véronique de BADEREAU, directrice adjointe

Elvire LAMPERRIER, responsable du pôle Protection des personnes

Muguette PATTE, secrétaire CR

Florence BRUNET, secrétaire CM

Cécile LEFEBVRE, secrétaire CR

*Rectorat*

Sandra BREARD-COURBE, adjointe au DRH

François FOSELLE, DRH Académie 27 et 76

Frédéric MULLER, SG DSDEN 76

Anne BONNEHON, chef de la DIPAAC division des personnels des archives des AT et CM, Gestion du service académique CM/CR

Isabel MARINO-VILLA chef du bureau des AT et du CM à la DIPAC

*Agence régionale de santé Normandie*

Jesahelle LEROY ALIX, responsable du pôle « professionnels de santé » DT

Evangeline CHEVOIR, secrétaire gestionnaire comité médical.

*Préfecture*

Yvan CORDIER, secrétaire général

Sylviane DUDOGNON, DRH

*Centre de gestion de la FPT de Seine-Maritime*

Alain MAILLET, directeur

Thierry CHEVRIER, responsable IM et assurance statutaire des personnels

*CHU Rouen*

Isabelle AUBER, responsable carrières et paye PNM

Clotilde COUSIN, DRH

*DRFiP*

Sylvine HAMEL, Inspecteur RH, chargé du pôle Gestions rémunérations, représentante de la DRFiP à la CR

*Médecins des instances*

Dr Jean Michel, psychiatre

Dr Elisabeth MAHEO, psychiatre

Dr Laurent BASTIT, oncologue

Dr Gilles PAILLOTIN, président du CMD, chef du service de médecine statutaire police nationale

Dr Philippe BEIGNOT DEVALEMEONT, généraliste

Dr Jean-Louis GABELLA, rhumatologue

Dr Vincent MARCQ, généraliste (Le Havre)



*Représentants du personnel*

Evelyne BOURGEOIS, CGT CHU

Myriam MARCENY, CFDT, Hôpital Elbeuf Louviers – département région

Catherine MONFRAY, FO, CH de Darnétal

**Centre interdépartemental de gestion Petite Couronne**

Sylvie HUSSON, directrice générale

Aurore BARTHEL, directrice générale adjointe, questions statutaires juridique et organismes paritaires

Sarah DESLANDES, directrice de la santé et de l'action sociale

Stéphanie KANOR, responsable Comité médical



## SIGLES UTILISES

- AIT allocation d'invalidité temporaire
- ADF assemblée des départements de France
- AMF association des maires de France
- ARF association des régions de France
- ARS agence régionale de santé
- ATI allocation temporaire d'invalidité
- CAP commission administrative paritaire
- CAT/MP commission des accidents du travail et des maladies professionnelles
- CDG centre de gestion
- CIG centre interdépartemental de gestion
- CISPd conseil intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance
- CHSCT comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- CHU centre hospitalier universitaire
- CHRU centre hospitalier régional universitaire
- CNRACL caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
- CISIRH centre interministériel des services informatiques relatifs aux ressources humaines
- CLD congé de longue durée
- CLM congé de longue maladie
- CM comité médical
- CMO congé de maladie ordinaire
- CMS comité médical supérieur
- CPAM caisse primaire d'assurance maladie
- CR commission de réforme
- CNAMTS caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNRACL caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
- CPAM caisse primaire d'assurance maladie
- CPCMR code des pensions civiles et militaires de retraite
- CRDS contribution au remboursement de la dette sociale
- CRRMP commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles
- CSG contribution sociale généralisée
- CSS code de la sécurité sociale
- CT comité technique
- DDFIP direction départementale des finances publiques
- DDI direction départementale interministérielle
- DDCS direction départementale de la cohésion sociale
- DDCSPP direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
- DGAFP direction générale de l'administration de la fonction publique
- DGCL direction générale des collectivités locales
- DGOS direction générale de l'offre de soins
- DPC développement professionnel continu
- DU diplôme d'université
- DRH directeur des ressources humaines
- EP établissements publics
- EHPAD établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ETP équivalent temps plein
- FIPHP fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

- FNAMA fédération nationale des associations de médecins agréés
- FPE fonction publique d'Etat
- FPH fonction publique hospitalière
- FPT fonction publique territoriale
- GHT groupement hospitalier de territoire
- GRH gestion des ressources humaines
- HAS haute autorité de santé
- IGA inspection générale de l'administration
- IGAENR inspection générale de l'administration de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
- IGAS inspection générale des affaires sociales
- IGF inspection générale des finances
- IM instances médicales
- IRCANTEC institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques
- MAE ministère des affaires étrangères
- MAS ministère des affaires sociales
- MISP médecin inspecteur de santé publique
- OS organisation syndicale
- PFRH plateforme de ressources humaines
- RéATE réforme de l'administration territoriale de l'Etat
- RH ressources humaines
- RPS risques psycho-sociaux
- RQHT reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- SCN service à compétence nationale
- SDIS service départemental d'incendie et de secours
- SGAR secrétariat général aux affaires régionales
- SI système d'information
- SMIC salaire minimum interprofessionnel de croissance
- SRE service des retraites de l'Etat
- TA tribunal administratif
- TMS troubles musculo-squelettiques
- TPT temps partiel thérapeutique
- TVA taxe sur la valeur ajoutée