

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 territoriale¹ (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).

¹ 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 médicaux²

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 »³.

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 durée⁴.

Le **comité médical supérieur**⁵ 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.

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

³ 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.

⁴ 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.

⁵ Articles 8 et 9 du décret du 14 mars 1986.

Les commissions de réforme⁶

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.

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

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 militaires⁸ ; ainsi dans un ministère comme l'Intérieur, les policiers sont suivis par la médecine statutaire⁹, 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) ;

⁷ Hors instances médicales spécifiques (police, magistrats, médecins hospitaliers).

⁸ 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.

⁹ 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

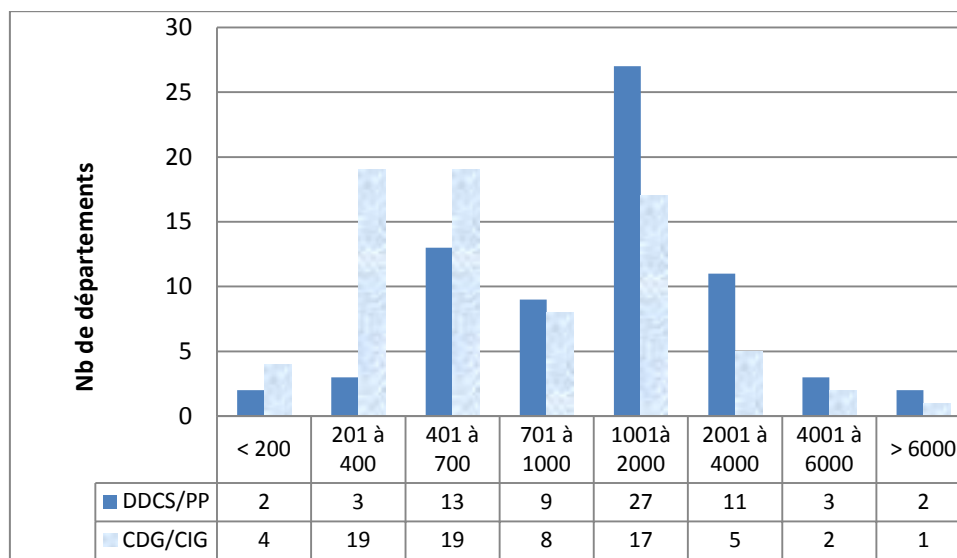
➤ Pour les comités médicaux

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 2015¹⁰. 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

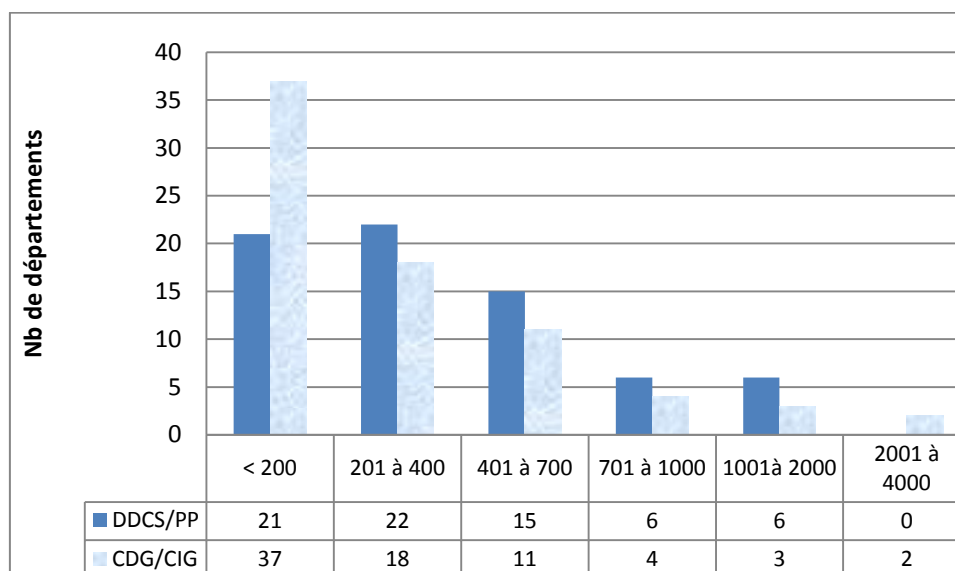
Sur 70 réponses exploitables des DDCS/PP, le nombre de dossiers pour 2015 est de 30 938. L'écart va de 40 dossiers par an pour le plus petit (Aveyron) à 1 988 pour le plus important (Bouches-du-Rhône) pour un nombre moyen de 442 dossiers par département en 2015. Les dossiers du ministère de l'Education 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 FPT¹¹. 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).

¹⁰ 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.

¹¹ 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 estimé¹², 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 publique¹³.

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

¹² 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).

¹³ 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 2017¹⁴ 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 agréés¹⁵. 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'employeur¹⁶, 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-ci¹⁷ 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.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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 dossiers¹⁸.

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 variables¹⁹ (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 ETP²⁰. 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).

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

¹⁹ 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.

²⁰ 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.

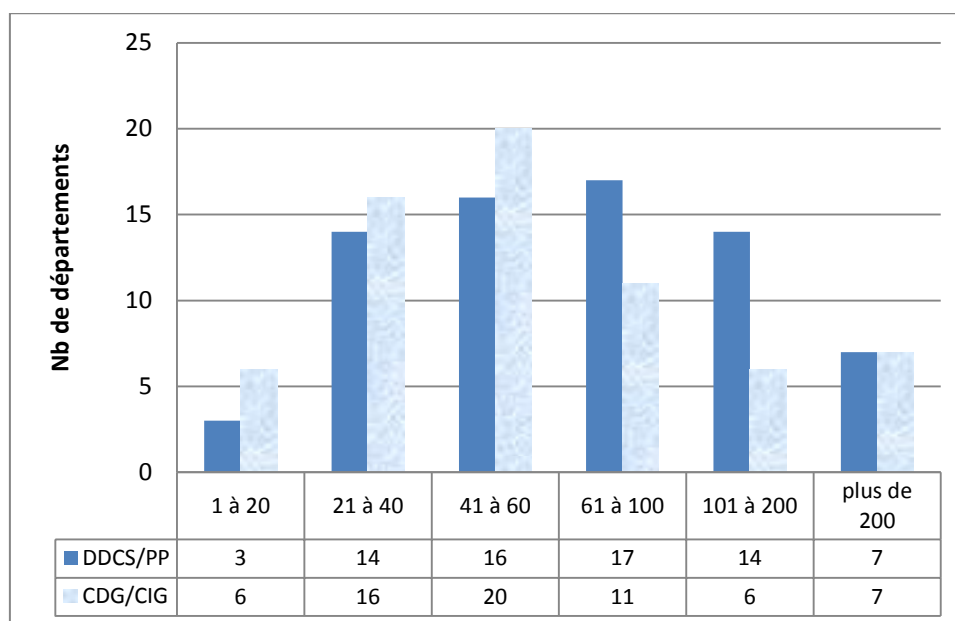
1.2.1.1 Le nombre de séances et la charge d'activité par séance diffèrent nettement d'un département à l'autre

► 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 %

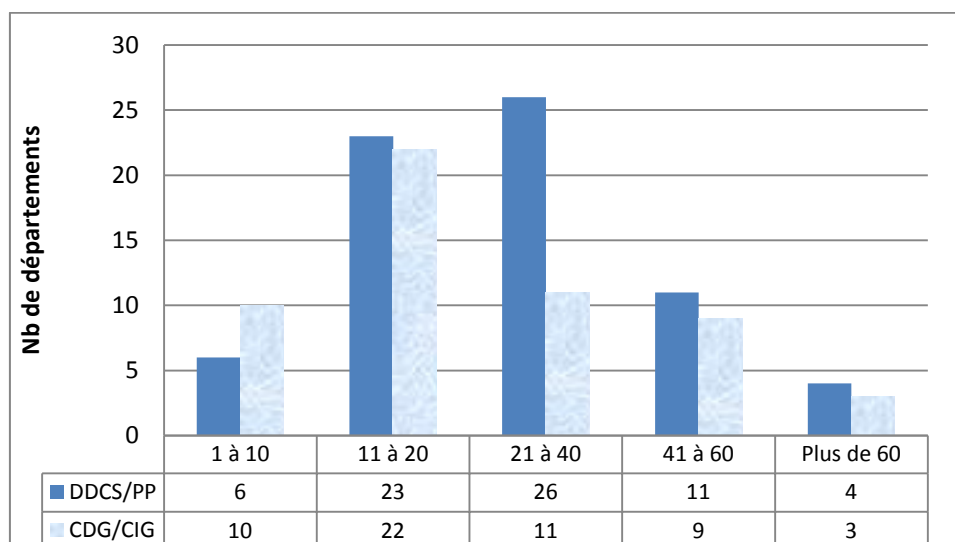
Source : *Enquête Mission - enquête DDCS/PP et centre de gestion - Décembre 2016 - Sur la base de 70 réponses en DDCS/PP et 65 réponses exploitables pour les CDG.*

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)²¹.

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.*

²¹ 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).

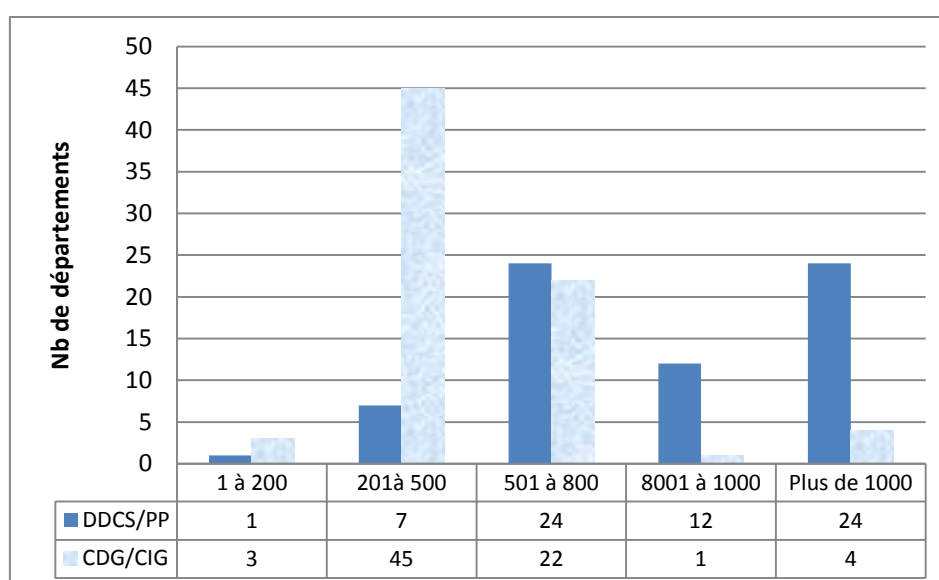
1.2.1.2 Le nombre de dossiers traités par ETP varie fortement

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 Mayotte²² 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.

²² 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

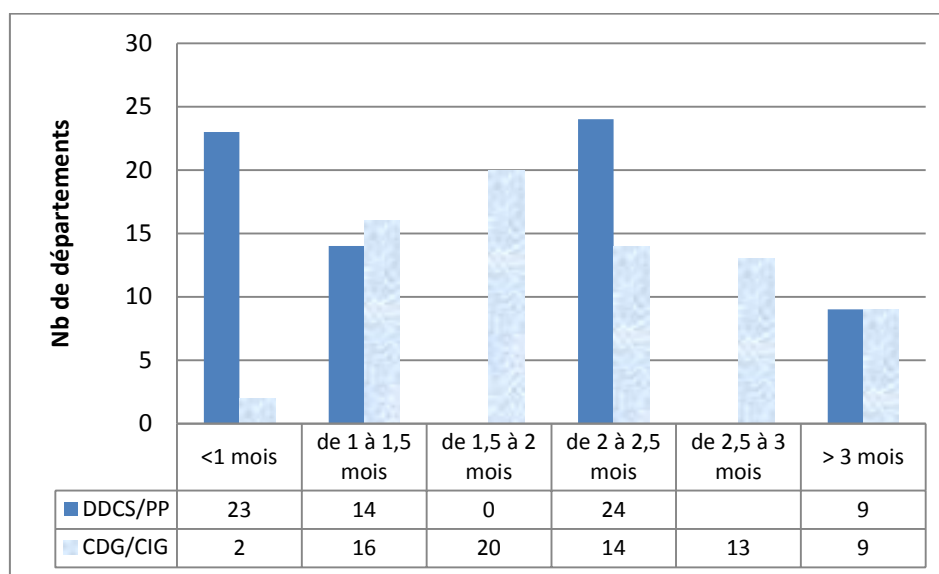
► Pour les comités médicaux

En DDCS/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 DDCS/PP et centre de gestion - Décembre 2016 - Sur la base de 70 réponses exploitables pour les DDCS/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 DDCCS/PP, on ne note pas vraiment de corrélation entre le délai et le nombre de dossiers ou le nombre de séances dans un département donné²³. 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.

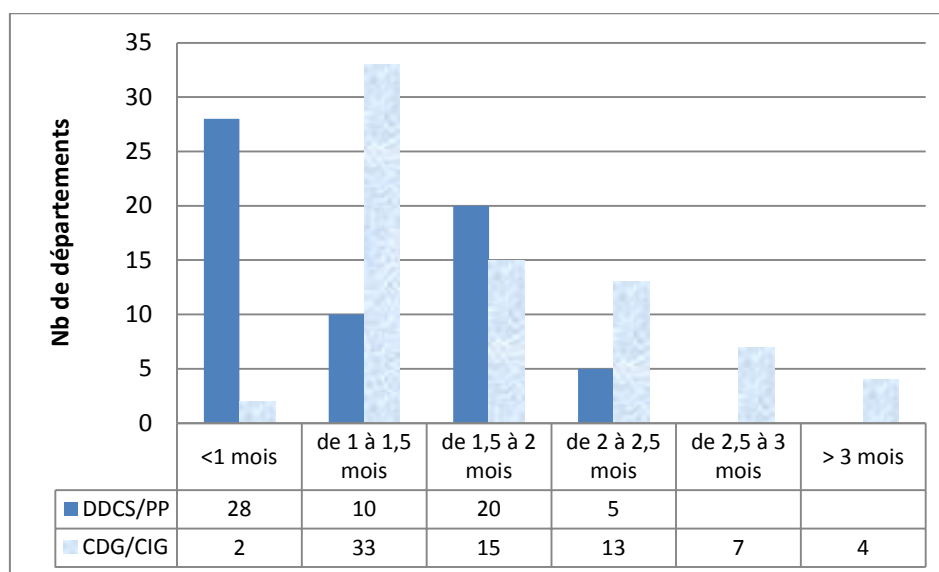
➤ **Pour les commissions de réforme : des délais moyens d'un mois et demi**

En DDCCS/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 DDCCS/PP et centre de gestion - Décembre 2016 - Sur la base de 63 réponses exploitables pour les DDCCS/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.

²³ 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'expertise²⁴). 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.

²⁴ 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/PP²⁵ 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	%
Application de l'arrêté 2007	24	34,8
Aménagement de l'arrêté	30	43,5
- dont par plage de deux heures	24	
- dont par dossier	6	
Arrêté non appliqué ou autre tarif par séance	16	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.

²⁵ 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 Gard²⁶ 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
Généraliste	166,6	149,7	148,6	120,8	97,5	95	39
Stomatologue	170	23					
Psychiatre	90	87,5					
Chirurgien orthopédique	336,5	132					
Rhumatologue	168	138					
Dermatologue	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

²⁶ 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 disponibles²⁷.

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.

²⁷ 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 formation²⁸. 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 hospitaliers²⁹. 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.

²⁸ 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.

²⁹ 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 postes³⁰ 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 consultant³¹ qui n'a pas eu d'effet déterminant et qui était plus orienté vers l'Etat que vers les autres fonctions publiques. La

³⁰ 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.

³¹ 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 2008³² 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 considérable³³. 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 retards³⁴, 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

³² 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.

³³ 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.

³⁴ 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 1999³⁵. 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 DDCCS/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.

³⁵ 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'espacement 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 médicales³⁶, 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).

³⁶ 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*³⁷ » (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 réforme³⁸.

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 publique³⁹.

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 humaines⁴⁰ ;
- 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.

³⁷ 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* ».

³⁸ 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.* »

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

⁴⁰ 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'imposent⁴¹ :

- 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* »⁴².

⁴¹ 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* ».

⁴² 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 réforme⁴³.

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'accès⁴⁴ 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*

⁴³ 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.

⁴⁴ 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. »⁴⁵.

Or les exigences croissantes en matière d'efficacité 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).

⁴⁵ 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 tutelle⁴⁶. 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.

⁴⁶ 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 1986⁴⁷ ;

⁴⁷ 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 médicales⁴⁸ : 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).

⁴⁸ 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 IM⁴⁹.

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 médecins⁵⁰.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ 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 humaines⁵¹.

➤ **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.

⁵¹ 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* »⁵², 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 conduite⁵³.

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.

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

⁵³ 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 raisonnable⁵⁴. 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.

⁵⁴ 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)⁵⁵ ;**
 - 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)⁵⁶ ;
 - 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* »⁵⁷ 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.

⁵⁵ L'article 11 du code 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.

⁵⁶ <https://www.agencedpc.fr/>

⁵⁷ 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 conduite⁵⁸.

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.

⁵⁸ 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 médicales⁵⁹ ; la rémunération se fait alors en pourcentage de la masse salariale (taux maximum de 0,2 % ; taux réel de l'ordre de 0,1 %⁶⁰) ;
 - soit sur la base d'une convention⁶¹ 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).

⁵⁹ 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.

⁶⁰ 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* ».

⁶¹ 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 séquencées 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 santé⁶², 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.

⁶² 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 1992⁶³. 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).

⁶³ « 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 transférée⁶⁴ 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.

⁶⁴ 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^{er} 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 CR⁶⁵.

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.

⁶⁵ 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 également⁶⁶ 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

⁶⁶ 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 sociale⁶⁷. 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 invalidité⁶⁸ ; 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.

⁶⁷ Article 9 de l'ordonnance.

⁶⁸ 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, indue 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 fonctions⁶⁹. 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 dossier⁷⁰) ; 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)⁷¹.
- 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 ;

⁶⁹ 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.

⁷⁰ 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

⁷¹ 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 gestion⁷². 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 dépassée⁷³. 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.

⁷² Cf. cas de l'établissement hospitalier cité en page 25.

⁷³ 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 reclassement⁷⁴, ou de refus du bénéficiaire des congés de maladie, longue maladie et longue durée⁷⁵ ;
- 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 ;

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

⁷⁵Article 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 travail⁷⁶. L'inaptitude est une notion prévue par le code du travail, qui a des conséquences en termes de reclassement ou de licenciement⁷⁷.

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* »⁷⁸. 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 public⁷⁹ 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

⁷⁶ 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* ».

⁷⁷ Articles L1226-2 et suivants du code du travail.

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

⁷⁹ 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 2011⁸⁰, 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...).

⁸⁰ 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* »⁸¹. 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.

⁸¹ 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 sociale⁸², la nouvelle commission médicale se concentrerait sur les cas de maladie professionnelle hors tableau.

⁸² 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 pertinent⁸³.

- 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.

⁸³ 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 comptes⁸⁴.

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.

⁸⁴ 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^{ème} 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 entreprises⁸⁵ déterminées par catégories de risques⁸⁶. 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/MP⁸⁷ ou « trajet »⁸⁸.

⁸⁵ 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 ».

⁸⁶ 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.

⁸⁷ CSS art L 242-7, D 246-6 et 242-31.

⁸⁸ 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'arrêt⁸⁹ ;
- 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^{ème} 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)⁹⁰ 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 entreprise⁹¹ qu'entre salariés du secteur public

⁸⁹ 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.

⁹⁰ 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.

⁹¹ 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 1250⁹² 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.

⁹² 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 MOUELLIC, 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 maitrises 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 BARTHAX, 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

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

ANNEXES TOME II

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 Inspection
générale des finances

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



N°16-088-R1bis

N° 2016-128R

N° 2016-M-084

N° 2017-011

SOMMAIRE

_Toc478548418

ANNEXE 1 : Cahier des charges	5
ANNEXE 2 : Enquête DDCS/DDCSPP.....	17
ANNEXE 3 : Enquete centres de gestion	49
ANNEXE 4 : Les constats en administration centrale et la spécificité de la police nationale	75
ANNEXE 5 : Les Instances médicales de la Fonction publique hospitalière – synthèse des constats de la mission.....	85
ANNEXE 6 : Le point de vue des usagers.....	101
ANNEXE 7 : Eléments relatifs à l'évolution des retraites pour invalidité	107
ANNEXE 8 : Le maintien de certaines règles statutaires	109
ANNEXE 9 : Synthèse des principales propositions d'évolution législative ou réglementaire – scenario 1	115

ANNEXE 1 :
CAHIER DES CHARGES



Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique

Évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales de la fonction publique

Cahier des charges

Octobre 2016

Partie 1. Description de l'action publique à évaluer et cadrage de l'évaluation

1.1. Objectifs des instances médicales de la fonction publique

La mise en place d'instances médicales découle du statut général de la fonction publique et vise à apporter aux agents des garanties de traitement adapté et équitable en cas de problèmes de santé, qu'il s'agisse de pathologies graves non liées au travail ou de pathologies reliées au travail (accidents de service, de trajet et maladie professionnelle). Ce dispositif concerne les trois fonctions publiques et permet de recueillir l'avis de médecins experts au niveau local comme pour les administrations centrales.

Les comités médicaux départementaux et ministériels sont appelés à donner un avis notamment sur les congés de longue maladie et de longue durée, les conditions de reprise du travail ou l'inaptitude de la plupart des agents des trois fonctions publiques¹. Les commissions de réforme départementales et ministérielles sont compétentes en matière d'imputabilité de l'affection au travail.

Les représentants du personnel sont associés aux commissions de réforme alors qu'ils ne le sont pas aux comités médicaux, à visée exclusivement médicale.

Le comité médical supérieur (CMS), instance d'appel des comités médicaux, s'est vu confier depuis la réforme de 2008² un double rôle d'harmonisation de la doctrine de ces différentes instances, pour les trois fonctions publiques et de recommandations à caractère médical sur l'application du statut de la fonction publique.

Ces instances et leur rapport d'activité devraient, au-delà du seul traitement des dossiers individuels, contribuer à améliorer l'état de santé de la population de fonctionnaires et des risques liés au travail. Leur action devrait ainsi interagir avec la médecine de prévention au plan individuel (reclassement, parcours évolutifs pour les métiers à risque...) ou collectif (évolution des conditions de travail...) et donc contribuer tant à l'amélioration des situations individuelles qu'à celle de la santé collective au travail.

Les enjeux de fond sont :

- **la santé au travail des fonctionnaires**, ce qui implique notamment une liaison entre ce dispositif et la médecine de prévention et une prise en charge précoce des pathologies aggravées par les situations de travail ;
- **l'égalité de traitement des agents entre les trois fonctions publiques**, ce qui nécessite :
 - ✓ une doctrine uniforme notamment sur les maladies ouvrant un droit au congé de longue durée (CLD) ou sur les critères d'imputabilité au service dans les cas complexes (psychiatrie entre autres) ;
 - ✓ un bon accès de tous les fonctionnaires à la connaissance de leurs droits ;
 - ✓ une bonne technicité des services de gestion des ressources humaines qui montent les dossiers à soumettre à ces instances, ainsi qu'une capacité de prise en charge précoce des situations ou des filières nécessitant un aménagement des situations de travail ou un reclassement ;
 - ✓ la disponibilité sur tout le territoire des expertises médicales nécessaires et de qualité ;
- **la continuité des droits individuels de l'agent et l'accès aux meilleures possibilités statutaires en fonction de sa situation individuelle**, ce qui suppose :
 - ✓ une sécurisation juridique et technique des décisions ;
 - ✓ un accès garanti à un conseil personnalisé ;

¹ Quelques dispositifs spécifiques peuvent exister, notamment pour la police nationale.

² Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008.

- ✓ des délais du processus adaptés aux différentes situations pour éviter toute rupture de paiement ou tout indu.
- **le bon fonctionnement du service public** grâce à :
 - ✓ la réduction des coûts humains ;
 - ✓ l'optimisation des coûts de gestion ;
 - ✓ la qualité du dialogue social ;

1.2. Public cible (bénéficiaires) de l'action publique évaluée

Les bénéficiaires de cette action publique sont d'abord **les usagers de ces instances**³. Seront ainsi pris en compte les fonctionnaires de la fonction publique de l'Etat (à l'exclusion des militaires), de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique territoriale. Le champ géographique inclut les départements d'outre-mer.

La fonction publique d'Etat pèse 40% des effectifs (avec une grosse moitié d'agents de catégorie A), la fonction publique territoriale (FPT) 38% des effectifs (avec 3/4 d'agents de catégorie C) et la fonction publique hospitalière (FPH) 20%. Au sein de la FPT, le bloc communal représente plus des trois quarts des effectifs.

Public susceptible de dépendre des instances médicales (IM) et poids respectif des trois fonctions publiques⁽³⁾

		Effectifs	Structure	Répartition par catégorie hiérarchique		
				Cat A	Cat B	Cat C
FPE (40 %)	Fonctionnaires	1 529 415	81 %			
	Contractuels	370 416	19 %			
	Total	1 899 831		61 %	21 %	18 %
FPT (38 %)	Fonctionnaires	1 453 109	80 %			
	Contractuels	362 826	20 %			
	Total	1 815 935		10 %	14 %	76 %
FPH (22 %)	Fonctionnaires	836 041	81 %			
	Contractuels	198 708	19 %			
	Total	1 034 749		31 %	20 %	49 %
Ensemble de la fonction publique	Fonctionnaires	3 818 565	80 %			
	Contractuels	931 950	20 %			
	Total	4 750 515		34 %	20 %	46 %

Source : calculs de la mission à partir des données DGAFP 2013 rapport annuel sur l'état de la fonction publique édition 2015 - FGE, Colter, DADS ; SIASP, Insee ; enquête SAE, Drees ; Emplois principaux hors militaires et « autres catégories et statuts »⁽³⁾

Le poids des 50 ans et plus est similaire dans toutes les fonctions publiques, de l'ordre d'un gros tiers avec toutefois une sur représentation dans la FPT (40%)⁴. Cette dernière constitue une part potentiellement significative du public potentiel des instances médicales avec en outre une part très importante d'agents de

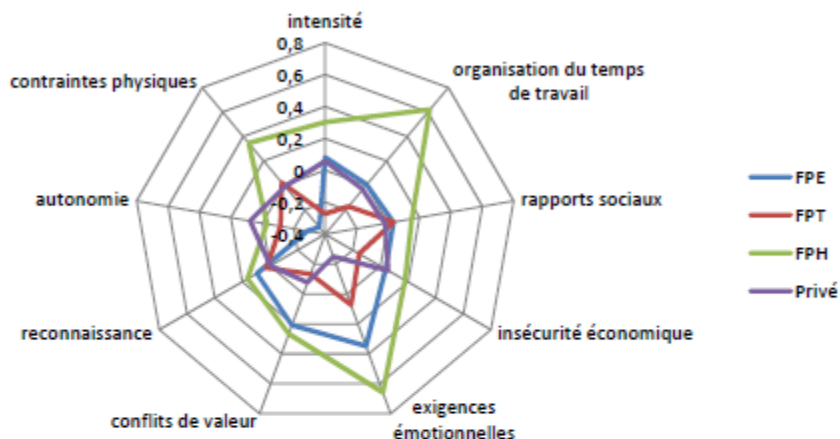
³ Militaires et « autres catégories et statuts (enseignants et documentalistes des établissements privés sous contrat et ouvriers d'Etat dans la FPE ; assistants maternels et familiaux dans la FPT ; médecins dans la FPH et apprentis dans toutes les FP) exclus.

⁴ Selon une étude de la DGAFP rapportée dans le rapport annuel sur la fonction publique, édition 2015, « Absence pour raisons de santé et lien avec les conditions de travail dans la fonction publique et le secteur privé », si la part des salariés ayant eu au moins un arrêt maladie décroît avec l'âge, les durées d'absence sont en revanche plus longues chez les salariés les plus âgés : 29 % des agents de la fonction publique âgés de 50 ans et plus ayant eu un arrêt dans l'année se sont absentes au moins 30 jours, contre 14 % pour les moins de 30 ans.

catégorie C exposés à des contraintes physiques, plus susceptibles d'être victimes d'accidents du travail ou d'usure au travail.

L'exposition aux risques diffère aussi selon les fonctions publiques, ce que montre le schéma ci-dessous :

Exposition aux risques professionnels et psychosociaux selon le type d'employeur



Source : Enquête Conditions de travail 2013, Dares, DGAFP, Drees, Insee. Traitement DGAFP, département des études et des statistiques.

Note de lecture : Pour s'affranchir des problèmes d'échelle, les indicateurs sont transformés de telle sorte que leur moyenne est égale à 0 et leur écart-type à 1. Ainsi, une valeur positive équivaut à une exposition supérieure à la moyenne.

Pour la FPE, les services déconcentrés au sens large représentent près du quart des effectifs. Les gros contingents sont à l'éducation nationale, à l'intérieur⁵ et dans les ministères économiques et financiers.

Les données d'activité transmises à la mission sont issues d'une enquête initiée par la DGAFP en 2011 portant sur 72 départements, antérieure à la loi du 12 mars 2012. Cette enquête chiffre à un peu moins de 2 000 dossiers par an le nombre moyen de dossiers par comité médical départemental et 500 dossiers environ pour les commissions de réforme.

Cette approche globale masque de très fortes disparités selon les départements : ainsi le comité médical du Nord avait-il en 2010 examiné 12 082 dossiers contre 145 pour le comité des Alpes-de-Haute-Provence. Le nombre moyen de dossiers examinés par cette instance par séance est ainsi de 800 pour le Nord, contre 29 pour les Alpes-de-Haute-Provence, pour une moyenne de 103 dossiers et une médiane à 1 439 par an. La même disparité prévaut pour la commission de réforme départementale, avec un nombre de 2 465 dossiers annuels pour la Haute-Garonne contre 5 pour l'Indre pour une moyenne de 474 dossiers annuels et une médiane à 308 dossiers.⁶

⁵ Mais les policiers actifs relèvent d'un dispositif particulier et non des instances médicales départementales.

⁶ Enquête DDCS 2010 réalisée par la DRH du MAS.

Selon l'enquête DGAFP (rapport Klee), ancienne et partielle, les dossiers en comité médical sont issus à 33% de la FPE, 44% de la FPT et 23% de la FPH. Ces proportions sont respectivement de 23%, 30% et 47%⁷ pour les commissions de réforme. La surreprésentation de la FPH (près de 50 % des dossiers) en commission de réforme, est vraisemblablement liée à la part d'agents de catégorie C (près de la moitié) et à la pénibilité de certains métiers.

Les **bénéficiaires des services publics** ont également un intérêt à une optimisation de la santé au travail des fonctionnaires, pour disposer du meilleur service au meilleur coût. En effet, maintenir sur un emploi inadapté un fonctionnaire pose des problèmes de qualité du service (inaptitude à certaines fonctions, risque accru de congés maladie impromptus, surcharge pour les autres agents...). Inversement une politique inconsidérée en matière d'octroi de congés maladie rémunérés ou de pensions conduit à augmenter les dépenses de personnel sans amélioration du service rendu.

1.3. Objectifs de l'évaluation

La documentation existante montre que le dispositif actuel n'est pas suivi. Plus largement, il est mal connu et peu piloté : absence de rapports annuels, de statistiques obligatoires et harmonisées ainsi que de système d'information.

Suite à la loi de 2012, puis à un avis du Conseil d'Etat du 23 octobre 2014, le secrétariat des comités médicaux et des commissions de réforme a été décentralisé aux centres de gestion, pour ce qui concerne les agents de la FPT, voire aux collectivités elles-mêmes lorsqu'elles ne sont pas affiliées à un centre de gestion ou n'ont pas adhéré au bloc de compétences insécable correspondant.

La connaissance de l'état des lieux est donc incomplète et en partie périmée. La situation est particulièrement peu documentée pour ce qui concerne la fonction publique territoriale qui représente pourtant potentiellement près de la moitié des effectifs concernés par les IM.

Il ressort toutefois, tant de ce diagnostic ancien que des premiers entretiens menés par la mission, un certain nombre d'éléments de diagnostic :

- Le fonctionnement même des instances médicales présente des déficiences : la collégialité ne semble est toujours pas effective, le secrétariat est souvent pris en charge par un non-médecin, la protection du secret médical comme la sécurité juridique⁸ des décisions ne sont pas assurées, les expertises sont de qualités inégales, la médecine de prévention n'est généralement pas associée aux comités, les délais de rendu de l'avis sont parfois trop longs⁹,...
- Par ailleurs, il est de plus en plus difficile de recruter des médecins pour participer aux instances ou pour procéder à des expertises, du fait de rémunérations jugées peu attractives et de la démographie médicale.
- Le comité médical supérieur qui devait coordonner le dispositif, au moins en termes de doctrine médicale, et proposer des recommandations de nature médicale ne remplit pas cette fonction.
- Plus globalement, les enseignements qui pourraient être retirés de ces commissions ne sont pas pris en compte, faute de remontée organisée des cas traités et de lien suffisamment organisé avec la médecine de prévention, . La politique de prévention s'en trouve privée d'une source précieuse d'information. Toutefois, le bon fonctionnement des instances médicales ne saurait remplacer une politique plus globale d'aménagement des conditions de travail ou de réorientation précoce des agents ayant des difficultés de santé. Cette réflexion est d'autant plus nécessaire que l'allongement des carrières est susceptible d'augmenter le nombre de dossiers de réforme.
- Enfin, l'information très incomplète ou très disparate, des acteurs de ces commissions (médecins comme organisations syndicales et même gestionnaires) comme des agents tant sur le cadre

⁷ Rapport KLEE 2010 – 72 départements.

⁸ Questions de déontologie et de conflits d'intérêt relevées pour de nombreux comités

⁹ Rapport IGAENR-IGAS sur les comités médicaux dans l'éducation nationale – mars 2010

juridique applicable, par ailleurs partiellement différent selon la fonction publique considérée, que sur le rôle et le fonctionnement de chacune de ces instances ne favorise pas une égalité de traitement entre les fonctionnaires.

Un consensus existe sur la nécessité de faire évoluer le dispositif dans le sens d'un meilleur suivi d'activité, d'une meilleure connaissance de l'état de santé des personnels, d'une harmonisation des pratiques et de la doctrine ainsi que d'une plus grande efficacité. Plusieurs pistes d'évolution ont déjà été évoquées dans différents rapports sur le sujet ainsi que dans la feuille de route soumise à la concertation par la DGAFP le 5 octobre 2016.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, la mission précisera les différents scénarios envisageables permettant d'améliorer la pertinence et l'efficacité du dispositif.

En outre, la mission recherchera, conformément aux orientations générales de modernisation de l'action publique toute mesure de simplification pour l'usager comme pour les services gestionnaires ou d'optimisation des coûts, ainsi que les moyens de faciliter la disponibilité publique des données.

1.4. Périmètre retenu de l'évaluation (tout ou partie de l'action publique évaluée)

La mission examinera l'ensemble du dispositif lié aux instances médicales (de l'instruction du dossier par les gestionnaires de ressources humaines à la décision, y compris le processus éventuel de reclassement), dans les trois fonctions publiques.

Elle observera également le lien de ce dispositif avec la médecine de prévention, sans expertiser cette dernière qui fait par ailleurs l'objet d'une autre mission, et recherchera des expériences innovantes en la matière.

Pour ce qui concerne spécifiquement la fonction publique territoriale, une collaboration active des associations d'élus locaux et de la fédération nationale des centres de gestion sera recherchée.

1.5. Acteurs et partenaires de l'action publique évaluée

Acteurs de l'Etat et des hôpitaux publics

- DGAFP et DRH des ministères ;
- secrétariat général des ministères sociaux (DRH)
- direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- direction générale de la santé (CMS)
- direction générale des collectivités locales
- services de gestion des ressources humaines des administrations déconcentrées et des établissements de santé e;
- préfets et DDCS chargés du secrétariat des instances ;
- PFRH et ARS ;
- fédération hospitalière de France ;
- services de prévention et médecins de prévention...

Acteurs des collectivités territoriales

- DGCL et représentants des collectivités publiques ;
- DRH de collectivités et centres de gestion ;
- fédération nationale des centres de gestion...

Représentants du personnel

- Fédérations représentées au conseil supérieur commun de la Fonction publique ;
- éventuellement, représentants locaux des personnels lors des déplacements...

o

Partie 2. Questions auxquelles l'évaluation doit répondre (référentiel évaluatif)

2.1. Approche générale

Le dispositif actuel pose suffisamment de difficultés en termes d'efficacité et d'efficience pour que la mission ne se limite pas à une réflexion sur l'amélioration du système existant mais élargisse son étude sur la proposition de dispositifs alternatifs comme l'y engage le rapport de la Cour des comptes, les éléments de concertation présentés aux représentants du personnel le 5 octobre 2016 ainsi que la fiche de cadrage qui s'interroge sur la suppression ou l'évolution des missions de ces instances.

La préservation des spécificités de la fonction publique n'exclut pas une réflexion sur les différences de gestion par rapport au régime général avec une attention particulière pour les contractuels de la fonction publique qui peuvent occuper des postes similaires aux titulaires sans avoir les mêmes droits en cas de maladie.

2.3. Questions et critères d'évaluation

Dans cette optique, les questions listées dans la fiche de cadrage et qui ont trait à la pertinence, la cohérence et l'efficacité du dispositif peuvent être utilement complétées par des questions plus prospectives interrogeant l'organisation générale de ce dispositif.

Il s'agit notamment des questions suivantes :

L'économie générale du dispositif (objectifs, gouvernance, ressources...) est-elle à même de répondre aux enjeux de traitement des dossiers médicaux des agents publics ?

Cette organisation prend-elle suffisamment en compte les spécificités de chaque fonction publique ? Des différentes filières ? Quel équilibre entre mutualisation et nécessaire connaissance des métiers ? Quelle organisation pour optimiser la ressource médicale, rare sur l'essentiel du territoire ?

Le dispositif est-il suffisamment lisible et accessible pour les agents et les médecins sur l'ensemble du territoire ?

Dans quelle mesure le dispositif permet-il d'assurer un traitement égalitaire des dossiers médicaux sur l'ensemble du territoire et dans des délais raisonnables ?

Quelles sont les améliorations à proposer pour améliorer l'efficacité de la mise en œuvre du service ? Quels allègements possibles ?...

Les ressources (humaines et techniques) allouées au dispositif permettent-elles de favoriser l'atteinte des objectifs (prise en charge des agents, égalité de traitement, respect des délais...) ?

Médecins experts ou membres de commissions de réforme ou de comités médicaux

Acteurs de la santé au travail :

- CNAMTS (commission AT/MP ; médecin conseil de la CNAMTS)
- CPAM ;
- représentants de la médecine de prévention ;
- chercheurs ou personnalités qualifiées...

1.6. Éléments budgétaires et emplois (effectifs associés à l'action publique évaluée, ressources humaines en ETP)

La mission ne dispose pas d'éléments permettant de chiffrer le coût global du dispositif de ce dispositif, ni de quantifier l'activité selon les trois fonctions publiques. Les éléments contenus dans la fiche de cadrage sont ténus et mal étayés. Ils sont en outre incomplets puisqu'ils ne prennent pas en compte les coûts de constitution des dossiers pour les gestionnaires RH et le coût des expertises médicales qu'ils prennent en charge. Le MASS estime à 2,4 ETP en moyenne la charge par direction départementale de la cohésion sociale (DDCS - 2,7 ETPT) et à 1 M€ la rémunération des médecins membres des instances.

Selon la fiche de cadrage, le chiffrage du coût de cette politique est attendu. Il sera toutefois difficile à déterminer faute de statistiques et compte tenu de systèmes de gestion très différents d'une structure à l'autre.

Enfin, les « coûts » liés aux dysfonctionnements du dispositif ne sont pris en compte ni en termes d'éventuelle perte de revenu non justifiée ou de délais excessif pour les fonctionnaires, ni en termes de coûts évitables pour les administrations (congé maladie indûment octroyés, coût de retraite précoce ou d'absentéisme récurrent), ni en termes de fragilisation des personnes ou des foyers touchés par les pertes de revenu induites (report de charge sur les aides sociales ou le système de santé).

En conséquence, la mission ne sera pas en mesure de chiffrer les coûts induits par cette politique. A défaut, elle tentera d'établir des coûts standards. Elle examinera par ailleurs les perspectives d'évolution des rémunérations des médecins, notamment insuffisantes dans un contexte de désertification médicale (notamment sur certains territoires) et de besoin croissant d'experts dans certaines compétences clé (rhumatologie, psychiatrie, oncologie).

Partie 3. Modalités opérationnelles de l'évaluation

3.1. La gouvernance de l'évaluation

Le cadre méthodologique proposé par le SGMAP pour les évaluations de politiques publiques distingue la « maîtrise d'ouvrage » (MOA) et la « maîtrise d'œuvre » (MOE) et s'appuie également sur un comité d'évaluation (CodEv) qui réunit les principales parties prenantes concernées par l'action publique évaluée.

La maîtrise d'ouvrage de l'évaluation sera assurée par la DRH des ministères sociaux (SGMAS) ainsi que par la DGAFP.

La maîtrise d'œuvre de l'évaluation a été confiée à une équipe d'évaluation composée des quatre inspections concernées : IGAS, IGA, IGF et IGAENR.

Les travaux de la mission sont présentés à un comité d'évaluation constitué par la MOA et rassemblant l'ensemble des parties prenantes de la politique évaluée, à savoir¹⁰ :

- Ministère des affaires sociales et de la santé (*Secrétariat général des ministères en charge des affaires sociales, Direction des ressources humaines, Direction générale de l'offre de soins et Direction générale de la santé*) ;
- Ministère de la décentralisation et de la fonction publique (DGAFP) ;
- Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche ;
- Ministère de l'intérieur (DGCL) ;
- Association d'élus (ARF-ADF-AMF) ;
- Fédération nationale des centres de gestion de la FPT ;
- Représentants des médecins

Le comité est appelé à se réunir trois fois à l'initiative de la MOA, à l'occasion de la présentation du cahier des charges, de la production du rapport de diagnostic et de la restitution du rapport final intégrant les scénarios d'évolution.

Les membres du comité sont encouragés à apporter un appui à la mission : en lui facilitant l'accès à des données et informations utiles ; en lui transmettant des notes écrites sur certains aspects de l'évaluation sur lesquels ils auraient une expertise particulière ou dans le cas où ils n'auraient pas pu développer suffisamment leur point de vue lors des réunions du comité ou dans le cadre de leurs entretiens avec la mission.

3.2. L'approche méthodologique retenue

Pour mener à bien ses travaux, la mission entend s'appuyer sur différentes démarches complémentaires, sous réserve des moyens et du temps dont elle disposera :

- recueil et l'exploitation des principaux rapports et études produits sur le sujet ;
- recueil et l'exploitation des documents administratifs et données disponibles ;
- entretiens avec les principales parties prenantes au niveau national, en particulier avec :
 - des représentants des DAC et DRH des principaux ministères concernés ainsi que de la fédération nationale des centres de gestion ;
 - les fédérations de représentants du personnel représentées au conseil commun de la fonction publique ;
 - la fédération hospitalière de France ;...

¹⁰ La composition nominative du comité d'évaluation est présentée en annexe.

- des visites dans plusieurs départements de tailles différentes ;
- des questionnaires à déterminer : DDCS, centres de gestion avec le concours de la fédération nationale des centres de gestion, établissements hospitaliers...

3.3 Le calendrier prévisionnel

Les principales étapes de l'évaluation :

- Lettre de mission : 22 août 2016
- Première réunion de mission en équipe incomplète (hors IGAS) : le 15 septembre
- Premiers contacts : DGAFP – sous-direction rémunérations protection sociale et conditions de travail le 21 septembre, DGCL – bureau FP3 - le 23 septembre et chef du département des études, statistiques et des SI de la DGAFP le 28 septembre ;
- Constitution de l'équipe complète : 4 octobre 2016 ;
- Réunion de lancement avec SGMAP : jeudi 6 octobre 2016 matin ;
- Constitution du comité d'évaluation et planning de réunions :
 - Phase 1 - rapport de diagnostic et esquisse de scénarios: fin janvier 2017 ;
 - Phase 2 - approfondissement des scénarios et plan d'action : deux mois après la décision des scénarios à approfondir.

ANNEXE 2 : ENQUETE DDCS/DDCSPP

1	Méthodologie, périmètre de l'enquête et précautions.....	19
1.1	Les données sont déclaratives, non vérifiées et partielles.....	19
1.1.1	Les données sont déclaratives et non vérifiées	19
1.1.1	Les données sont partielles.....	19
1.2	Certaines questions ont pu prêter à confusion ou générer des réponses biaisées ou difficilement exploitables.....	20
1.3	L'organisation non concomitante du transfert du secrétariat aux centres de gestion pour la fonction publique territoriale est source de biais ou approximations potentielles.....	20
1.4	Le taux de réponse, de près de 70 %, est significatif.....	21
2	L'activité des directions départementales et interdépartementales	21
2.1	La mission « Instances médicales » mobilise toujours des moyens en dépit du transfert du secrétariat de la FPT aux centres de gestion	21
2.1.1	Un impact du transfert encore à stabiliser mais déjà sensible.....	21
2.1.2	Les effectifs en direction interministérielle représentent en 2015 de l'ordre de 150 ETP, hors effectif médical.....	22
2.2	Le volume d'activité est important et très variable, avec des différences pas toujours explicables entre départements	25
2.2.1	Le volume de dossiers varie logiquement d'un département à l'autre.....	25
2.2.2	La proportion de dossiers CM par rapport aux dossiers CR varie également très fortement	27
2.2.3	Le nombre de séances et la charge d'activité par séance diffèrent nettement d'un département à l'autre	28
2.3	Les délais moyens de traitement sont en général raisonnables, notamment en CR	30
2.3.1	Un délai moyen d'un peu moins de deux mois en CM départemental.....	30
2.3.2	Des délais moyens d'un mois et demi en CR.....	31
2.4	Le ressource médicale, au cœur du dispositif, est rare, perçue comme peu mobilisable quoique fréquemment sollicitée et insuffisamment formée	32
2.4.1	Une ressource médicale rare et/ou peu mobilisable.....	32
2.4.2	Le recours à l'expertise est dans l'ensemble très fréquent.....	34
2.4.3	La qualité ressentie des avis n'est pas toujours totalement satisfaisante	35
2.4.4	Le niveau insuffisant de la rémunération des médecins conduit à des pratiques diverses pour tenter de maintenir l'attractivité de cette mission.....	35

3	Les propositions de réforme, si elles n'évoquent que rarement un bouleversement du dispositif, incitent à des évolutions pour certaines significatives	36
3.1	L'appréciation positive portée sur une organisation départementale n'exclut pas la réflexion sur d'autres formes d'organisation	36
3.1.1	Le niveau départemental reste globalement jugé le plus pertinent.....	36
3.1.2	... Mais n'exclut pas de rechercher une autre administration de rattachement des instances.....	37
3.1.3	... Selon des modalités variées	37
3.1.4	Poursuivre dans la logique du transfert de la FPT le mouvement pour la FPH notamment.....	38
3.1.5	Le transfert total à l'assurance maladie n'est pas perçu à ce stade comme une alternative crédible.....	38
3.2	Des propositions d'allègement et de simplification quelle que soit l'organisation retenue	39
3.2.1	Pour le CM et surtout la CR, de nouvelles règles de composition et de quorum.....	39
3.2.2	Pour le CM et la CR, la suppression de cas de saisines.....	39
3.3	Des propositions pour répondre à l'insuffisance de médecins	41
3.3.1	Revaloriser la rémunération.....	41
3.3.2	Optimiser l'utilisation de la ressource médicale	41
3.3.3	Accroître le nombre de médecins agréés, les fidéliser et les former	42
3.4	Le besoin d'un pilotage national et régional.....	43
3.5	Faire le lien avec la politique de prévention.....	44
4	Enquête DDCCS/PP	45

1 METHODOLOGIE, PERIMETRE DE L'ENQUETE ET PRECAUTIONS

En l'absence de remontées régulières, standardisées et consolidées des données d'activité des différentes instances départementales au niveau de l'administration centrale, une enquête a été réalisée auprès du réseau des services déconcentrés Affaires sociales-Santé, à savoir les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) et les directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP).

Les 101 DDCS/PP de métropole et d'Outre-mer ont ainsi été destinataires du questionnaire joint, comportant à la fois des questions relatives à la volumétrie, au fonctionnement des secrétariats et des instances, à la participation des médecins (instances et expertises) au dispositif, aux propositions d'évolution enfin.

Si cette enquête a permis de disposer de données et d'illustrations très intéressantes qui dessinent les grandes tendances du fonctionnement du dispositif, un certain nombre de biais sont inhérents à la méthode. Ils sont rappelés ci-après et impliquent une certaine précaution dans l'utilisation des résultats.

1.1 Les données sont déclaratives, non vérifiées et partielles

1.1.1 Les données sont déclaratives et non vérifiées

Elles n'ont fait l'objet d'aucun contrôle ni recoupement, à l'exception d'un contrôle de cohérence avec les données d'une part remises à la mission pour les départements dans lesquels elle s'est rendue¹ et d'autre part reçues dans le cadre de l'enquête effectuée auprès des centres de gestion (CDG).

Ce point est tout particulièrement à prendre en compte s'agissant des données chiffrées, qu'elles soient relatives aux volumes d'activité (nombre de dossiers, nombres de médecins) ou financières (montants des vacations et rémunérations).

1.1.1 Les données sont partielles

28 directions n'ont pas répondu.

Parmi celles qui ont répondu, six² l'ont fait de manière partielle voire très partielle pour l'une d'entre elles, ce qui limite, sur les questions concernées, la portée des constats.

Enfin, même ceux ayant répondu à une très grande majorité de questions ont pu laisser de côté l'une ou l'autre.

Ainsi, la donnée relative aux services RH potentiellement concernés est le plus souvent non renseignée.

Les questions relatives aux budgets consacrés aux instances et expertises ont été peu et inégalement renseignées, en partie, s'agissant des expertises, en raison de l'organisation et de la prise en charge de celles-ci : dans la très grande majorité des cas, l'expertise devant la CR est prise en charge par l'employeur et le secrétariat des instances n'a pas connaissance du montant versé.

¹ Ce qui ne concerne que quatre départements, l'un n'ayant pas répondu à l'enquête.

² Creuse, Essonne, Cantal, Ain, Guadeloupe, Loir et Cher.

1.2 Certaines questions ont pu prêter à confusion ou générer des réponses biaisées ou difficilement exploitables

Quelques questions, mal comprises, ont été sujettes à interprétations différentes mais globalement exploitables, l'esprit de la question ayant été compris et les précisions demandées fournies.

Ainsi de la composition du comité médical dont la mission souhaitait avant tout s'assurer qu'elle était bien conforme aux textes.

La question des dossiers en « instance » n'a en revanche pas été comprise de manière univoque et les réponses ne sont pas exploitables.

Quelques réponses n'ont pas respecté les unités précisés (K € pour les montants financiers, nombre de jours pour les délais). La mission a rectifié chaque fois qu'elle l'a pu.

Sur l'application des arrêtés du 3 juillet 2007 relatifs à la rémunération des médecins des instances et des expertises, certaines réponses ont pu considérer respecter l'arrêté tout en signalant des « aménagements » majeurs en commentaires.

Dans ce cas comme de manière générale en cas d'incohérence entre une réponse fermée et un commentaire, la réponse a été rectifiée en fonction des commentaires.

Par ailleurs, les réponses relatives aux délais de passage devant les instances peuvent varier fortement en fonction des procédures en vigueur et de la situation de la démographie médicale locale. Ce qui peut expliquer les différences entre départements, entre comité médical (CM) et commission de réforme (CR). La comparaison de ces données doit donc être relativisée.

1.3 L'organisation non concomitante du transfert du secrétariat aux centres de gestion pour la fonction publique territoriale est source de biais ou approximations potentielles

S'agissant du volume de dossiers traités par les CM et les CR, le transfert vers les centres de gestion (CDG) de la fonction publique territoriale (FPT) n'était pas achevé pour tous les départements en 2015. Celui-ci est en effet intervenu à des dates très diverses, dans quelques cas même très antérieurement à la loi de 2012³, dans d'autres en toute fin d'année 2015. Ce transfert a pu se dérouler en plusieurs temps, avec dans un premier temps le transfert des collectivités affiliées puis celui des collectivités non affiliées et n'ayant pas conventionné encore avec le CDG. Pour ces dernières, le transfert a eu lieu en 2016 dans plusieurs départements.

Ainsi, sur la volumétrie des dossiers CM et après vérification avec la majorité des directions interdépartementales dans les cas où la répartition entre fonctions publiques n'était pas précisée, le nombre de dossiers est le nombre de dossiers concernant la fonction publique d'Etat (FPE) et la fonction publique hospitalière (FPH) (transfert déjà réalisé en 2015) ou le nombre de dossiers FPE, FPH et FPT gérés par la DDPS jusqu'au transfert au CDG quand il est intervenu courant 2015 ou à compter du 1^{er} janvier 2016.

³ Pour quelques départements pour lesquels la mission a eu cette précision et quand l'ensemble des fonctions publiques avaient été additionnées même après transfert, les effectifs FPT ont été retranchés pour donner une vision annuelle globale.

Pour les dossiers CR, la même convention a été appliquée sauf pour les départements ayant expressément indiqué que le transfert de la CR avait été antérieur à 2015. Le recoupement avec les données émanant des centres de gestion montre toutefois que d'éventuels doublons ne sont pas à exclure totalement.

Plusieurs directions ont été rappelées pour préciser certains points par téléphone.

1.4 Le taux de réponse, de près de 70 %, est significatif

Si l'on rapporte aux 101 départements de référence tous ceux qui ont répondu à au moins une question⁴, ce taux est de **72,5 %**. Il varie toutefois en fonction de chaque question.

Certaines réponses comme indiqué plus haut sont partielles. Le nombre de répondants varie ainsi de 53 à 73 selon les questions. Ce nombre est précisé au fil de l'analyse pour chaque constat important. **Une très large majorité de questions enregistrent toutefois entre 68 et 70 réponses, soit entre 67,5 et 69,5 %, ce qui reste significatif.**

Les départements qui n'ont pas répondu, soit 27,7 %, représentent 28,9 % de la population totale du pays.

2 L'ACTIVITE DES DIRECTIONS DEPARTEMENTALES ET INTERDEPARTEMENTALES

2.1 La mission « Instances médicales » mobilise toujours des moyens en dépit du transfert du secrétariat de la FPT aux centres de gestion

2.1.1 Un impact du transfert encore à stabiliser mais déjà sensible

- Un transfert dont les effets se poursuivront encore sur 2016

L'impact du transfert n'est pas totalement stabilisé en 2015 qui a été, pour plusieurs départements, une année de transition. Une majorité de répondants DDCCS ou DDCCSPP ont conservé sur tout ou partie de 2015 la gestion du secrétariat, sur l'ensemble de la fonction publique territoriale ou sur une partie seulement, celle des collectivités non affiliées, qui le plus souvent n'ont pas conventionné avec le CDG.

Un peu moins de la moitié des répondants (31) indiquent ainsi avoir géré des dossiers FPT encore en 2015. Cela a pu concerner les collectivités non affiliées et non adhérentes seulement (grosses communes, conseils départementaux et régionaux, SDIS, CCAS) comme en Haute-Garonne, tous les dossiers jusqu'à la date du transfert intervenu le 15 décembre 2016 comme dans les Bouches-du-Rhône par exemple, ou enfin seulement les collectivités affiliées et pour le seul comité médical, le transfert des dossiers CR étant intervenu bien avant (exemple de la Drôme).

Cet effet retard sera encore sensible en 2016. Ainsi par exemple dans l'Ain, le transfert ne s'est achevé qu'en avril 2016. Dans les Bouches-du-Rhône, la DDCCS a continué à traiter en 2016 tous les dossiers saisis avant la date du transfert intervenu au 15 décembre 2015, même si, à compter de celle-ci, tous les nouveaux dossiers ont été pris en charge par le CDG.

⁴ Même dans le cas de réponse très partielle d'un département, il a été répondu à plus d'un tiers des items.

➤ Mais un impact déjà sensible

Plus de 80 % des 63 répondants estiment que ce transfert a eu un impact :

- Une diminution du nombre de dossiers : elle est soulignée par pratiquement tous les départements ayant répondu oui, sauf par deux départements : le premier note une augmentation des dossiers FPE et FPH depuis 2012-2013 (Mayenne) ; le second relève que le transfert en deux temps a largement minimisé l'impact de celui-ci (Vaucluse) ;

Ces baisses sont conséquentes, allant pour les réponses ayant apporté cette précision de 30 % (Maine-et-Loire, Indre), 37 % (Territoire de Belfort), 40 % (Rhône, Drôme), 41 % pour le CM et 46 % pour la CR (Pyrénées Orientales) et jusqu'à 2/3 des dossiers pour le CM (Hauts-de-Seine).

- Un impact en termes de qualité relevé par certains commentaires :
 - une meilleure répartition et un allègement de la charge de travail des secrétariats permettant de consacrer plus de temps aux dossiers FPE et FPH complexes (Creuse, Indre-et-Loire, Eure, Isère), ou aux autres missions de l'agent en cas de temps partagé (aide sociale dans le Lot-et-Garonne) ;
 - une diminution des délais (Saône-et-Loire) voire une réforme **qui a "sauvé le CMD de l'embolie et du blocage total"** (Eure-et-Loir).
- Une baisse subséquente du nombre d'agents affectés à cette mission (Bouches-du-Rhône, Rhône, Var) et des vacances du médecin-secrétaire (Haute-Savoie).

2.1.2 Les effectifs en direction interministérielle représentent en 2015 de l'ordre de 150 ETP, hors effectif médical

Compte tenu des dates de transfert évoquées plus haut, plusieurs répondants ont précisé que ces effectifs seraient amenés à diminuer sur 2016-2017.

➤ Les effectifs administratifs : une majorité d'agents en catégorie C et du temps d'encadrement

Pour les 69 répondants, l'effectif total représente 146,75 ETP, pour un effectif total allant de 0,5 ETP en Lozère à 7,2 ETP dans les Bouches-du-Rhône pour une moyenne de 2,13 ETP par direction. Six DDCCS/PP ont un effectif de plus de 4 ETP. Ces effectifs sont répartis comme suit :

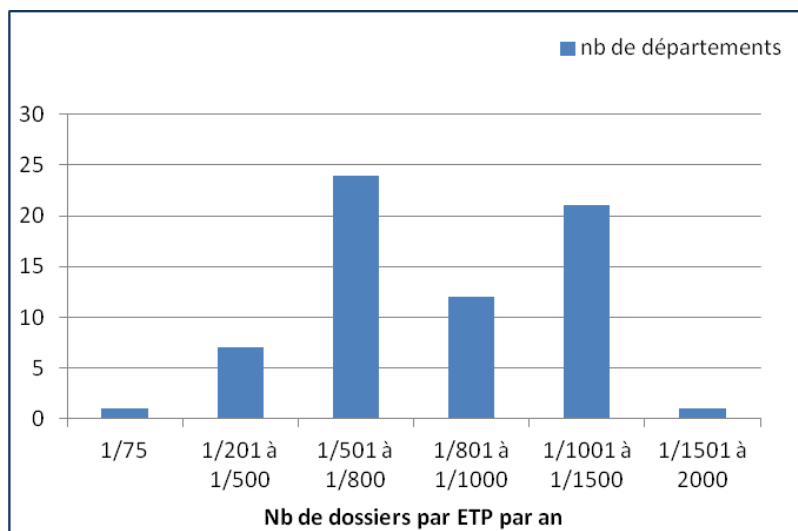
- du temps de **catégorie A** dans 26 cas allant de 0,01 ETP dans l'Eure-et-Loir à 1 ETP en Martinique pour une moyenne de 0,2 ETP - médiane de 0,12 ETP, représentant **5,2 ETP** ;
- du temps de **catégorie B** dans 39 cas, allant de 0,1 dans l'Aveyron à 1,8 ETP dans les Bouches du Rhône , la Haute-Loire, le Loiret ou la Loire Atlantique pour une moyenne de 0,95 ETP - médiane de 1 ETP représentant **35,85 ETP** ;
- du temps de **catégorie C** dans 60 cas allant de 0,4 ETP dans la Manche et le Lot-et-Garonne à 6 ETP dans le Nord pour une moyenne de 1,95 ETP - médiane de 1,55 ETP représentant **105,75 ETP**.

En extrapolant à l'ensemble des départements (en nombre de départements), on obtient un **effectif total estimé de l'ordre de 215 ETP**.

Rapporté au nombre de dossiers⁵, le ratio moyen nombre de dossiers (dossiers CM et CR) par ETP est de 934,5 (médiane à 831) avec une variabilité extrême selon les départements, de 75 dossiers/ETP à Mayotte (mais pas encore de commission de réforme en 2015) à 2530 dossiers par ETP en Seine-Saint-Denis.

⁵ 68 réponses pour lesquelles on peut faire le croisement ETP/dossiers CM+CR.

Graphique 1 : Nombre de dossiers CM/CR par ETP



Source : *Enquête mission - Décembre 2016*

35 % des départements traitent de 500 à 800 dossiers par ETP par an et une majorité (48 %) de 800 à 1500 dossiers.

L'effet « taille critique » joue sans surprise pour les départements avec le plus petit 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 gérant plus de 2500 dossiers par an présentent des ratios ETP/dossiers plus importants. Un plus grand nombre de volumes traités par ETP peut aussi traduire des différences d'organisation (prise ou non de RDV médicaux, information -ou absence...- de l'agent quant à la possibilité de consulter le dossier et modalité de l'accueil pour cette consultation, etc.).

➤ **Le secrétariat médical** est devenu rare en dépit de l'obligation posée par les textes.

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

Lorsqu'un secrétariat médical existe, ses modalités d'exercice sont diverses. Il s'agit d'un contractuel dans la plupart des cas et, à l'inverse, très rarement d'un médecin inspecteur de santé publique, ce qui était le cas à l'origine du dispositif.

Le tableau ci-après récapitule les différentes modalités.

Tableau 1 : Modalités d'exercice du secrétariat médical.

Type de médecin secrétaire	Nb de réponses
Contractuel DDCS	19
Vacataire (professionnel libéral)	4
Vacataire professionnel libéral retraité	2
Médecin MAD par ARS	1
Médecin désigné par arrêté; membre CM/CR	3
MISP	2
Ancien MISp	1

Source : *Enquête mission - Décembre 2016*

Le total des réponses (32) est supérieur à la somme des réponses « toujours » et « parfois » (31). Cela tient au fait que dans un cas (Martinique), deux modalités coexistent : contractuel pour CR et vacation pour CM.

- Dans un cas (Cher), la prestation de médecin secrétaire se fait sans rémunération ; elle est limitée à la signature de courriers complexes.
- Le cas de mise à disposition (MAD) par l'ARS en Moselle repose sur une convention conclue en 2010 entre l'ARS et la DDCS, convention dénoncée en 2012 par l'ARS, le fonctionnement du secrétariat du Comité médical reposant sur la volonté d'un médecin inspecteur de santé publique de l'ARS d'assurer cette fonction. Le départ en retraite du médecin conduira très probablement à une difficulté.
- S'agissant du nombre d'heures de vacation consacrées à cette fonction (hors contractuel ou MAD) l'exploitation n'en est pas possible, plusieurs réponses étant peu cohérentes si l'on rapporte le nombre d'heures au budget : dans certains cas, la réponse apparaît comme une quotité rapportée à un temps plein, dans d'autres à un nombre de vacations.

Tout au plus peut-on noter des situations très différentes : **de 7 à 600 heures déclarées sans rapport avec le nombre de dossiers du département considéré.**

- La même difficulté d'exploitation prévaut pour les éléments financiers : les ratios budget annuel sur nombre d'heures donnent des résultats tout à fait différents (de 18 € à 481 €...) et peu exploitables.

Si l'on admet toutefois que les déclarations sont correctes en matière de budget annuel consacré à la fonction de médecin secrétaire, **ce budget serait de 308,8K € pour 26 départements** ayant déclaré une somme dédiée à cette fonction, soit un budget d'environ 1,2 M € pour l'ensemble des départements si l'on extrapolait (sur la base du nombre de départements).

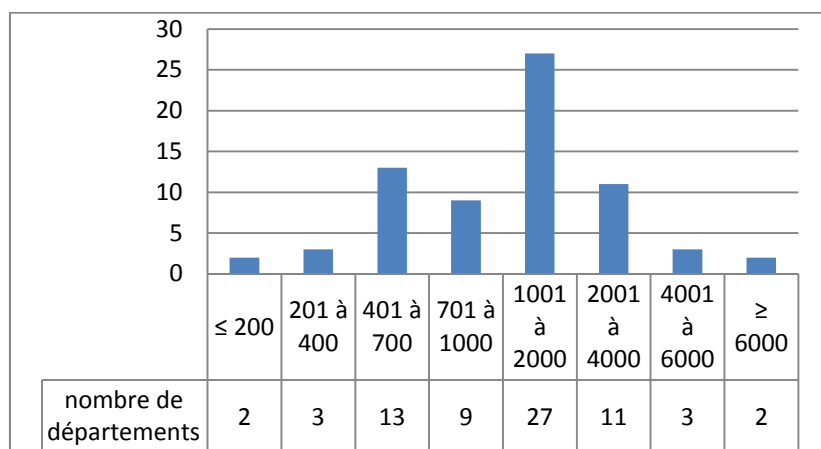
2.2 Le volume d'activité est important et très variable, avec des différences pas toujours explicables entre départements

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

► Comité médical

Le volume de dossiers étudiés pour l'année 2015 par les 70 départements ayant renseigné cet item est de 113 280 en CM, pour une moyenne annuelle de 1 595 dossiers et une médiane de 1 212, avec un volume annuel compris entre 75 pour le plus petit (Mayotte – 184 pour la Lozère) et 7 157 pour le plus gros (Nord).

Graphique 2 : Nombre annuel de dossiers CM par département



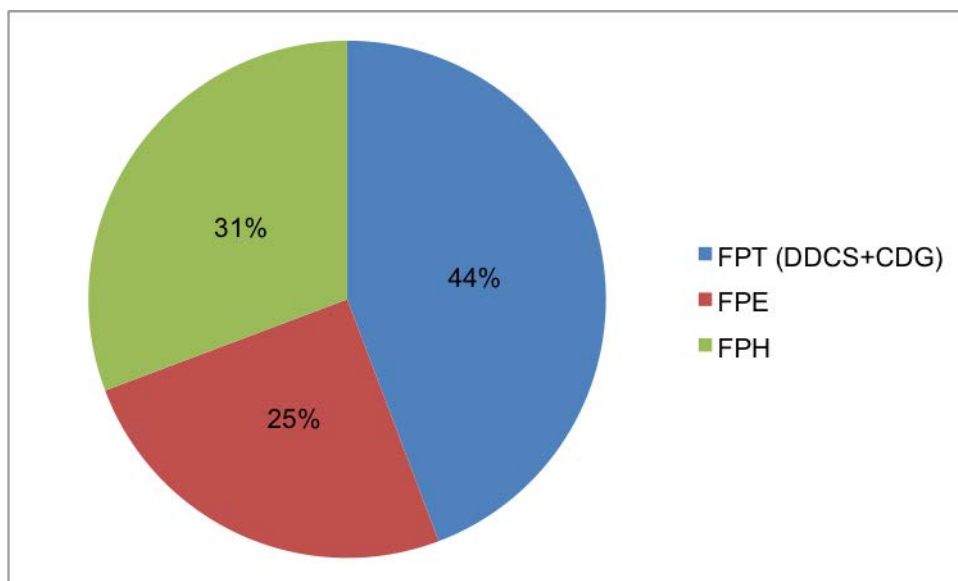
Source : Enquête mission- Décembre 2016

Le volume de dossiers par an témoigne d'une relative dispersion : 7 % des directions ayant répondu (5 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 2 DDCS ayant traité plus de 6000 dossiers.

La répartition approchée par fonction publique est présentée dans le graphique *infra*. Elle est à prendre à titre indicatif⁶.

⁶ Approximation pour la FPH et doublons avec les chiffres CDG notamment. Le total de référence a été obtenu en additionnant les dossiers de l'enquête DDCS, retraités comme indiqué en introduction pour quelques départements et de l'enquête CDG.

Graphique 3 : Répartition approchée des dossiers CM par fonction publique



Source : *Enquêtes mission - Décembre 2016*

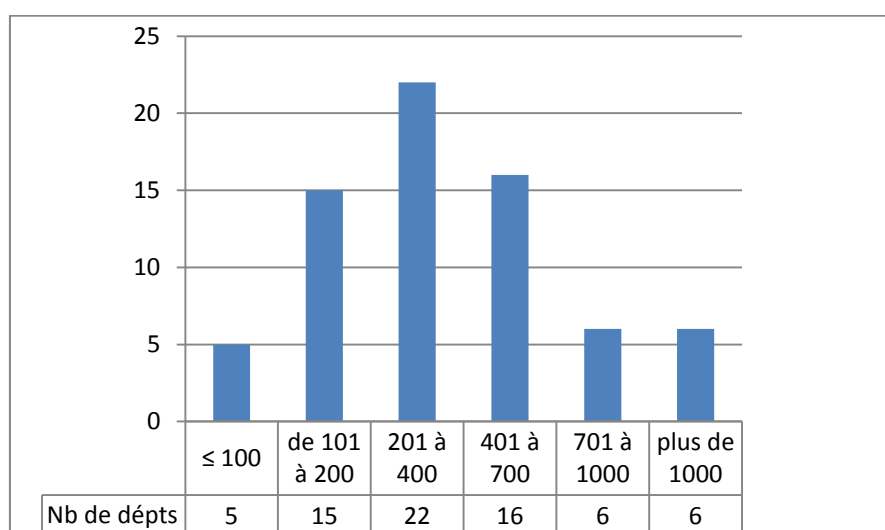
► Commission de réforme

71 directions ont répondu sur le volume d'activité, dont Mayotte qui n'a pas tenu de CR compte tenu de la montée en charge du dispositif sur ce département récent. Il en résulte donc 70 réponses exploitables. Le nombre de dossiers pour 2015 est de 30 938.

Ce nombre est à prendre avec précaution en raison des limites méthodologiques déjà évoquées.

L'écart est 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 et une médiane de 305.

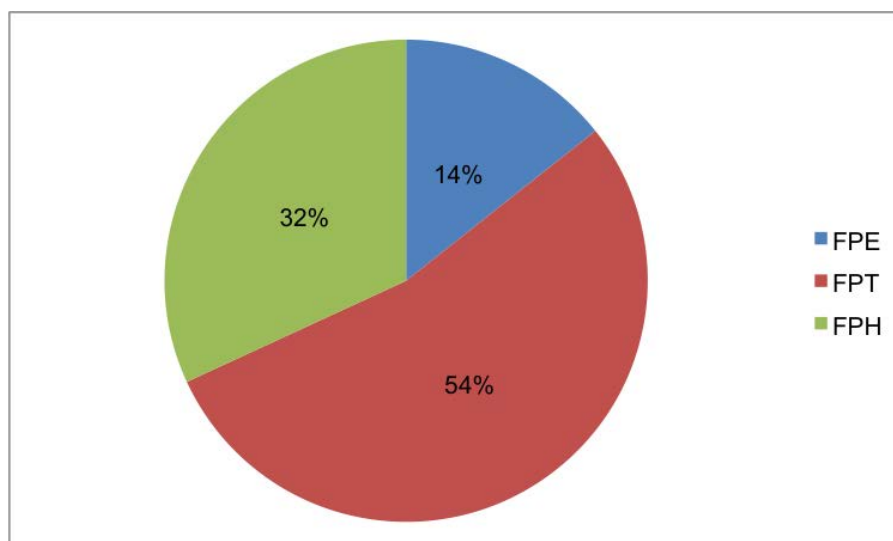
Graphique 4 : Nombre de dossiers par département – distribution



Source : *Enquête Mission décembre 2016*

La répartition approchée par fonction publique, à prendre avec les mêmes précautions⁷ que pour les dossiers CM, serait la suivante :

Graphique 5 : Répartition approchée par fonction publique



Source : *Enquêtes mission – Décembre 2016*

Le poids des dossiers FPT paraît étonnant et outre la possibilité de doublons évoqué plus haut, il est possible que certains CDG aient décompté le nombre de CR non par séance mais par type de composition (décompte d'une CR par collectivité ayant conventionné, même si la séance est intégrée dans une demi-journée comportant d'autres CR.)

Les dossiers du ministère de l'Education nationale représentent 42,5 % des dossiers de la FPE.

2.2.2 La proportion de dossiers CM par rapport aux dossiers CR varie également très fortement

Le rapport va de 1,1 en Savoie ou dans le Gard à certains ratios très élevés de 15,2 dossiers CM pour un dossier CR dans l'Aveyron, et jusqu'à 20,6 dossiers CM pour un dossier CR dans les Hauts-de-Seine.

Tableau 2 : Nombre de dossiers CM pour un dossier CR

nb de dossiers CM pour un dossier CR	<2	2 à <3	3 à <4	4 à <6	6 à <9	13,1	15,4	20,6
Nb de départements	7	11	14	23	10	1	1	1

Source : *Enquête Mission - Décembre 2016*

L'écart et la dispersion sont supérieurs à ce qui été observé dans les CDG ; il est probable que l'approche est en partie biaisée pour les DDCCS/PP dans la mesure où pour certains départements, un nombre plus ou moins important de dossiers CM de fonctionnaires territoriaux ont encore été traités en DDCCS/PP. Reste que ces différences sont réelles et la mission n'a pas d'explication à ce phénomène.

⁷ Probabilité de doublons avec les chiffres CDG.

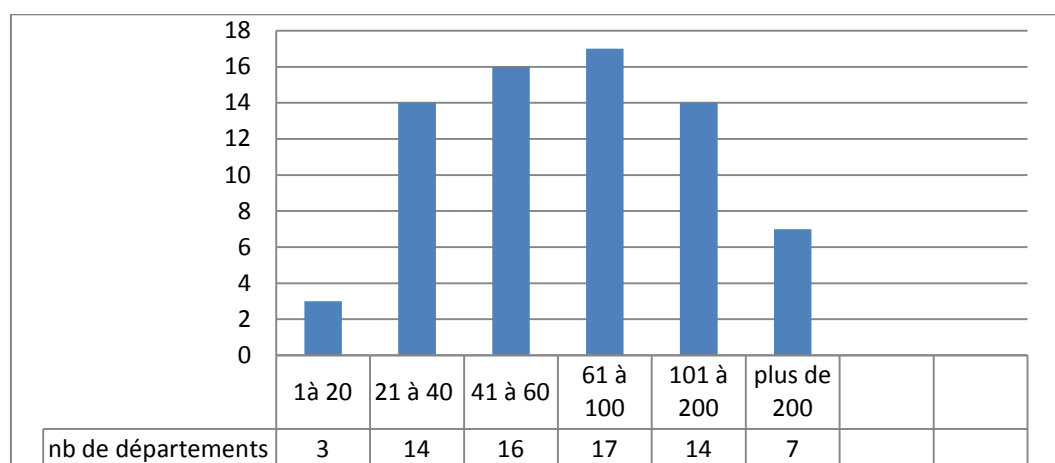
2.2.3 Le nombre de séances et la charge d'activité par séance diffèrent nettement d'un département à l'autre

► Comité médical

Une majorité de directions (48 %) tient une réunion par mois sauf en été ; **37 % tiennent deux réunions par mois**. La moyenne est de 15 réunions, la médiane de 11. S'il y a globalement corrélation entre le nombre de séances et le nombre de dossiers traités, celle-ci n'est pas totale. Ainsi, les 135 séances des Bouches du Rhône⁸ correspondent à 6 628 dossiers contre par exemple 7 157 dans le Nord au cours de 24 séances ; les 44 séances du Calvados correspondent à « seulement » 2 246 dossiers de même que les 44 réunions de l'Aisne ne concernent « que » 1 453 dossiers ou les 45 séances du Loiret 1 082 dossiers. A l'inverse, le comité médical de l'Isère a étudié 2 690 dossiers au cours de 12 séances et les 11 séances de la Martinique correspondent à 1 082 dossiers.

Ceci renvoie à une assez forte dispersion dans le nombre de dossiers par séance, de 11 dossiers à Mayotte (17 en Lozère) à **412 dans le Rhône, avec une moyenne de 81 dossiers par séance et une médiane à 62**.

Graphique 6 : Nombre de dossiers par séance – distribution par départements



Source : *Enquête Mission - Décembre 2016*

Cette différence s'explique bien sûr par la volumétrie globale par département, par le choix aussi des médecins du comité médical de limiter l'examen à un nombre donné de dossiers compte tenu de leur disponibilité. Mais plus de la moitié des départements étudient plus de 60 dossiers par séance.

⁸ Ce chiffre de 135 séances correspond pour les Bouches-du-Rhône à une organisation particulière. En effet, il y avait, en 2015, trois comités par semaine : un pour les administrations territoriales (le mardi), un pour l'Etat (le mercredi), un pour les hospitaliers (le jeudi). Ceci sauf pendant les quatre semaines du mois d'août et certaines semaines de vacances scolaires de l'année comme Noël, Pâques, février...

En 2016, le nombre de comités a chuté, depuis le transfert le 15/12/2015, les administrations territoriales sont désormais au Centre Départemental de Gestion de la fonction publique territoriale d'Aix en Provence (un comité en moins par semaine, celui du mardi). Ce qui laisse néanmoins de l'ordre de 90 séances par an.

➤ Commission de réforme

Le nombre de réunions varie de quatre (Lot) à 62 (Bouches-du-Rhône), avec une moyenne de 15 réunions par an et une médiane de 11. **Une part non négligeable (20 %) des départements tiennent moins d'une réunion de CR par mois** (dont 10 % jusqu'à une réunion tous les deux mois). **41 % des départements répondants tiennent de l'ordre d'une réunion par mois**, 33 % entre une et deux par mois.

Tableau 3 : Nombre de réunions

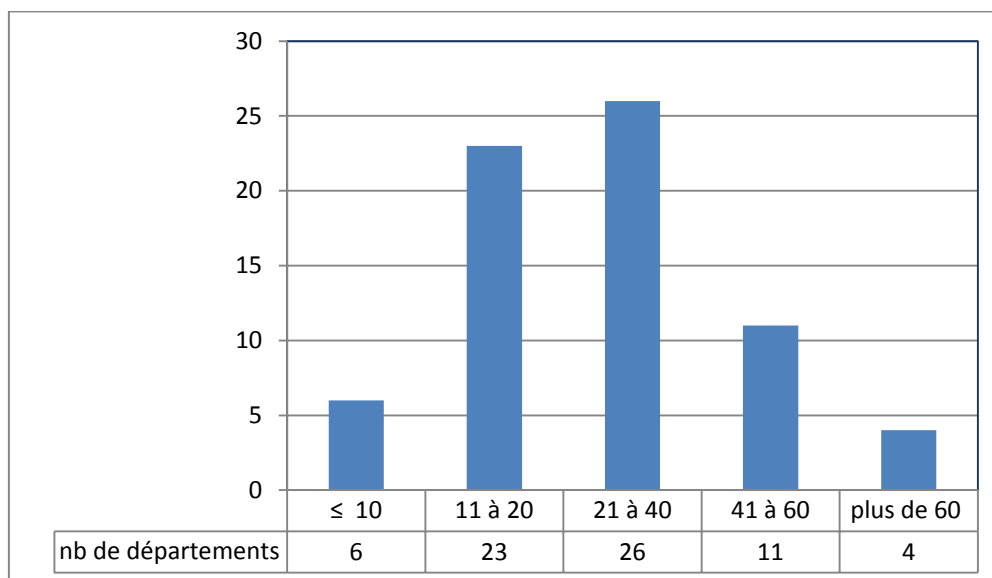
Séances par an	Nb de départements	%
≤ 6	7	10
7 à 9	7	10
10 à 13	28	40
14 à 25	23	33
plus de 25	5	7

Source : *Enquête Mission - Décembre 2016*

Le risque de prise en compte retardée des dossiers n'est pas neutre même si l'on considère que ce sont les départements qui ont le plus faible nombre de dossiers qui ont logiquement le plus faible nombre de réunions. L'enquête ne permet pas de savoir si les séances sont programmées en fonction des dossiers.

Le nombre de dossiers étudiés par séance varie également de manière importante de 7 pour l'Aveyron à 88 pour la Seine-Saint-Denis, avec une moyenne de 28 dossiers par séance (médiane à 24).

Graphique 7 : Distribution des départements par nombre de dossiers par séance



Source : *Enquête Mission - Décembre 2016*

2.3 Les délais moyens de traitement sont en général raisonnables, notamment en CR

2.3.1 Un délai moyen d'un peu moins de deux mois en CM départemental

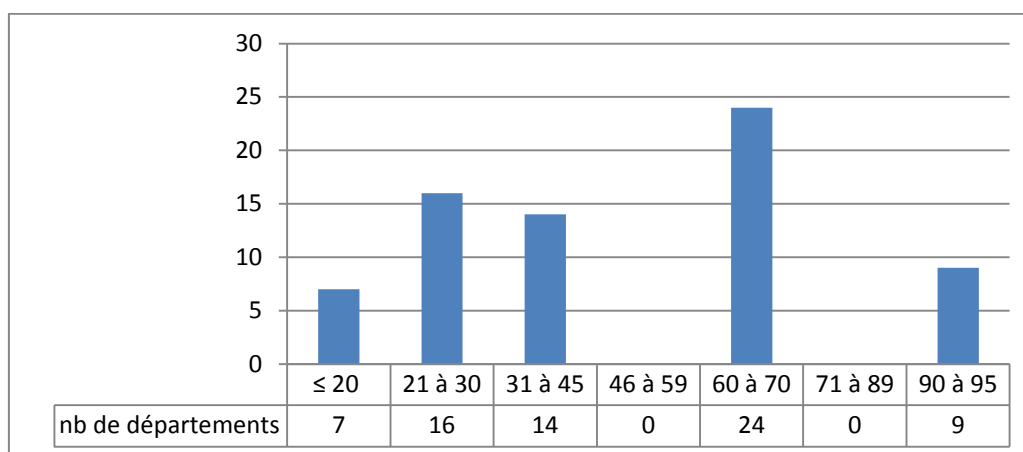
(71 réponses moins une incohérence (3 jours) -70 réponses retenues)

► Le comité médical

Exprimé en nombre de jours dans l'enquête, le délai va de 8 à 92 jours entre le dépôt et le passage en comité, pour un délai moyen de 50 jours et un délai médian de 45 jours (un mois et demi).

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.

Graphique 8 : Délais de traitement en nombre de jours – distribution par départements



Source : *Enquête Mission - Décembre 2016*

Même si ce sont des données déclaratives, avec le côté réducteur d'une approche moyenne s'agissant de dossiers individuels, ce constat relativise la vision de délais moyens très excessifs, pour d'une procédure administrative complexe, faisant intervenir une multiplicité d'acteurs sur lequel le secrétariat de l'instance n'a pas nécessairement tous les leviers.

Par ailleurs, on ne note pas vraiment de corrélation entre le délai et le nombre de dossiers ou le nombre de séances dans un département donné : 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 donne lieu à un délai plus important de 45, 60 ou 90 jours.

A l'exception du Rhône, les départements les plus importants en 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 de 90 jours.

Outre le biais lié à l'aspect déclaratif de ces délais, ces différences peuvent aussi renvoyer à d'autres facteurs : démographie médicale et attractivité de ce type de fonction, qualité des dossiers déposés (donc compétences des gestionnaires RH), organisation (recours plus ou moins important à l'expertise préalable, prise de RDV ...).

➤ Le recours au comité médical supérieur (CMS)

Les délais *supra* ne prennent pas en compte les délais du CMS, notoirement plus longs (de six à neuf mois en moyenne selon les interlocuteurs de la mission).

Le recours au CMS ne concerne qu'un part minime des dossiers, de un dans quelques départements à 34 dossiers pour le Gard (y compris dossiers de la FPT).

Le nombre de recours est celui en cours au 31 décembre 2015. Par convention, il est rapporté au nombre de dossiers passés en comité médical pour la même année, afin de déterminer un taux de recours.

Pour les 57 départements ayant renseigné cette donnée, **le taux de recours est très faible, compris entre 0 et 3,1 %, pour une moyenne de 0,5 %.**

L'interprétation de ce taux présente bien sûr des limites : le mode de calcul (*cf. supra* les recours ne portent pas sur les dossiers auxquels ils sont rapportés) et le faible nombre de réponses (57 % des DDCS/PP).

Il n'y a aucun recours dans neuf départements sur 57 répondants (soit 15 %) et l'on note, par exemple, qu'aucun recours n'est fait dans le Nord qui traite pourtant le plus grand nombre de dossiers alors qu'*a contrario*, un nombre plus important existe dans le Loiret pour un nombre de dossiers sept fois plus petit. Ceci peut 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 et donnent dès lors plus fréquemment lieu à recours.

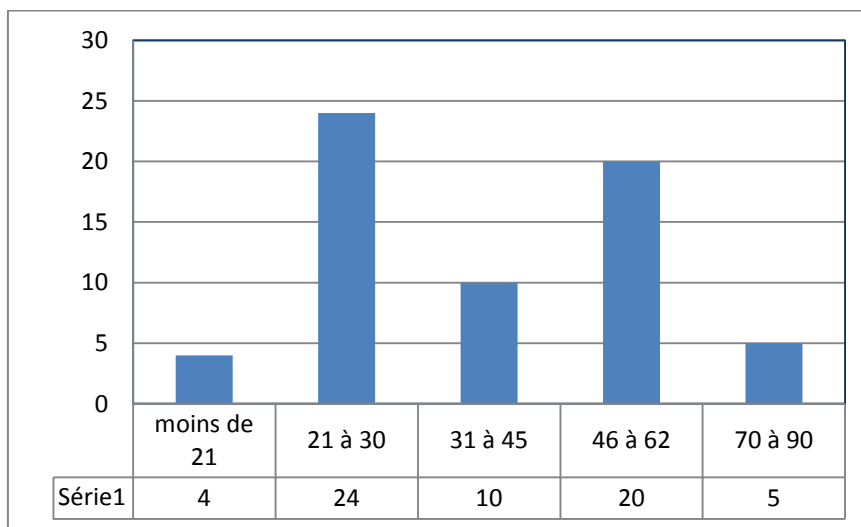
2.3.2 Des délais moyens d'un mois et demi en CR

65 départements ont répondu à cette question, dont 63 exploitables (Mayotte n'a pas réuni de CR et une réponse mentionne un délai de trois jours).

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 et un délai médian de 42 jours.**

La très grande majorité des dossiers (92 %) est traité en deux mois, 45 % en un mois.

Graphique 9 : Délais moyens en nombre de jours – distribution par groupes de départements



Source : Enquête Mission - Décembre 2016

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 délais moyens, ce qui n'exclut nullement des temps d'instruction beaucoup plus importants sur certains dossiers.

Le processus de traitement du dossier 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 de la CR n'inclut donc pas l'attente d'une expertise, qui est jointe au dossier reçu.

De façon générale pour le CM comme la CR, ce constat illustre toutefois l'écart entre le ressenti des agents ou employeurs et la conception du secrétariat, pour lequel un dossier incomplet n'est pas considéré comme prêt à être proposé à l'ordre du jour. Pour l'agent notamment, ce délai court dès le moment où il voit son médecin traitant et saisit son employeur du certificat médical initial.

2.4 Le ressource médicale, au cœur du dispositif, est rare, perçue comme peu mobilisable quoique fréquemment sollicitée et insuffisamment formée

2.4.1 Une ressource médicale rare et/ou peu mobilisable

Outre la difficulté évoquée au §2.1.2 concernant le secrétariat médical, se pose le problème de la participation aux instances et de la réalisation des expertises dont le dispositif est très consommateur.

Sur les 70 réponses, 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 ou même « régime dérogatoire » (un cas ainsi signalé au-delà de l'âge limite de 73 ans dans l'Indre).

13 DDCS/PP sur 70 estiment ne pas disposer de généralistes en nombre suffisant, et 31 (44 % des répondants) indiquent manquer d'un ou plusieurs spécialistes.

Si 93 % des réponses 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).

Et dans une large majorité (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 trop de 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 (exemple des Hauts-de-Seine).

La psychiatrie est la spécialité la plus représentée, à mettre en regard du poids 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.

Tableau 4 : Spécialités susceptibles d'être mobilisées⁹

Type de spécialités	cité par les DDCS/PP
Psychiatrie	55
Rhumatologie	26
Cancérologie	24
Cardiologie	17
Neurologie	14
Pneumologie	9
Orthopédie	7
ORL	6
Ophthalmologie	6
Gastro entérologie	5
Médecine interne	3
Néphrologie	2
Dermatologie	2
Radiologie	1
Anesthésie	1
Angiologie	1
Phtisiologie	1
Hématologie	1
Psychologue	1
Affection tuberculeuse	1
Médecine légale	1
Stomatologie	1
Urgences	1
Endocrinologie	1
Rééducation fonctionnelle	1
Gynécologie	1

Source : *Enquête mission-Décembre 2016*

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.

⁹ Ces spécialités ne sont pas présente en CM/CR dans la majorité des cas (sauf psychiatrie le plus souvent, avec parfois une autre spécialité).

2.4.2 Le recours à l'expertise est dans l'ensemble très fréquent

Seules 53 directions ont répondu aux questions sur ce point.

En pratique, le secrétariat du CM commande le plus souvent les expertises et les diligente ; pour la CR, ce sont les administrations employeurs qui le font dans la majorité des cas ; 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'expertise, celles dont ils ont la maîtrise pour le comité médical.

On dénombre en 2015 pour les DDCS/PP 54 575 expertises, représentant plus de 53 % de la totalité des dossiers CM/CR des départements ayant répondu.

Toutefois, la mission a pu observer lors de ses déplacements une tendance à une expertise quasi-systématique préalable au passage en CM. Si l'on considère cette pratique et le biais quant aux chiffres fournis évoquée *supra*, il est plus légitime de rapprocher le nombre de ces expertises des seuls **dossiers CM : il y a alors recours à une expertise pour 66,8 % des dossiers.**

En réalité, les réponses montrent néanmoins des pratiques différentes :

- un recours quasi-systématique ou très fréquent à l'expertise dans la majorité des cas (30 réponses sur 53)
 - dans 18 cas, le nombre d'expertises correspond exactement ou est supérieur au nombre de dossiers présentés en CM, ce qui traduit une pratique de recours systématique à l'expertise avant tout examen par l'instance ;
 - dans 8 cas, ce nombre est très proche de celui de dossiers CM, ce qui là aussi laisse penser à un recours très fréquent à une expertise préalable (de l'ordre de 80 / 100 %) ;
 - trois cas sont très proches de ces taux, de près de 80 % rapportés au nombre de dossiers CM et de près de 70 % rapportés à l'ensemble des dossiers CM/CR ;
 - un cas est à 70 % de taux de recours (dossiers CM - 60 % pour l'ensemble des dossiers) ;
- 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.

Tableau 5 : Les domaines de recours aux expertises

Champs des expertises	%
Médecine générale	45,0
Psychiatrie-Santé mentale	51,4
Cardiologie	0,9
Cancérologie	0,9
Rhumatologie	0,9
Neurologie	0,9

Source : *Enquête mission – Décembre 2016*

2.4.3 La qualité ressentie des avis n'est pas toujours totalement satisfaisante

L'avis des instances ne correspond pas toujours aux attentes de l'employeur selon 67 % des réponses.

Plus de la moitié des réponses 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. Il s'agit là du ressenti de la seule DDCS mais il est par ailleurs conforme aux entretiens de la mission avec les employeurs lors de ses déplacements. Le côté laconique et peu étayé est de façon récurrente perçu comme un 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.

Ce constat de la difficulté de motivation d'un rejet 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 renvoie aussi à une méconnaissance par certains médecins des textes statutaires et des métiers des fonctions publiques. Cette nécessité de meilleure formation est évoquée *infra* dans les propositions d'amélioration et/ou de réforme du dispositif.

2.4.4 Le niveau insuffisant de la rémunération des médecins conduit à des pratiques diverses pour tenter de maintenir l'attractivité de cette mission

Les constats faits plus haut sur la pénurie ou l'insuffisance de médecins illustrent aussi 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. La démographie médicale, si elle est clairement une des causes de la difficulté à mobiliser dans les instances et pour les expertises, n'est pas la seule explication.

Dans la majorité des réponses, c'est le niveau des rémunérations qui est cité comme facteur premier (57 % des réponses) ou second (49 %) de la difficulté à mobiliser les médecins; la démographie médicale étant la seconde cause de la difficulté à en trouver: ces deux éléments apparaissent comme intimement liés.

L'appétence pour les missions n'est clairement pas perçue comme un facteur déterminant.

► **L'arrêté relatif à la rémunération des médecins membres des instances n'est appliqué que dans un tiers des cas**

70 directions ont répondu sur ce point ; parmi celles-ci, dix n'ont pas précisé les montants annuels consacrés à cette rémunération.

Tableau 6 : Application des tarifs réglementaires pour la participation aux IM

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

Source : Enquête mission - Décembre 2016

L'arrêté n'est appliqué d'après les répondants que dans un gros tiers des cas.

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 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.

Dans certains cas enfin, l'arrêté n'est simplement pas appliqué.

Pour 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 d'1M € pour 101 départements).

- Le texte serait mieux appliqué en matière d'expertises

Pour la rémunération des expertises, l'arrêté serait mieux respecté (63 % des 62 réponses). Ce n'est pas le cas partout et 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 Gard¹⁰ par exemple).

Les éléments financiers ne sont toutefois pas exploitables en raison du très faible nombre de réponse (trois seulement).

3 LES PROPOSITIONS DE REFORME, SI ELLES N'EVOQUENT QUE RAREMENT UN BOULEVERSEMENT DU DISPOSITIF, INCITENT A DES EVOLUTIONS POUR CERTAINES SIGNIFICATIVES

La mission présente ici les propositions remontées via l'enquête sans se prononcer sur leur pertinence.

3.1 L'appréciation positive portée sur une organisation départementale n'exclut pas la réflexion sur d'autres formes d'organisation

3.1.1 Le niveau départemental reste globalement jugé le plus pertinent...

- 90 % des répondants ne souhaitent pas la suppression des instances
- Une majorité est favorable au maintien du niveau départemental

Sur le niveau de rattachement des instances et la possibilité d'une autre gestion, **une majorité est favorable au maintien au niveau départemental** (68 % des 65 réponses) **et insiste sur la notion de proximité**. Les agents sont amenés à se déplacer pour consulter leurs dossiers, le secrétariat CM/CR joue un rôle de conseil et d'information sur les procédures vis-à-vis d'employeurs trop souvent mal formés à ces questions mais aussi d'agents parfois en souffrance et en rupture avec leurs services RH. Pour la plupart des DDCS/PP, l'évolution de la taille des régions ne se prête pas à la réalité des instances et l'idée d'un transfert au niveau national paraît encore moins appropriée. Quelques gros départements (59, 62, 69, 93) ne sont pas favorables à un niveau régional, compte tenu du volume qu'ils ont à traiter.

32 % défendent néanmoins un autre positionnement, au niveau régional pour la très grande majorité.

¹⁰ Au demeurant avec des tarifs non déraisonnables et communs à l'ensemble des professionnels pratiquant des expertises.

3.1.2 ... Mais n'exclut pas de rechercher une autre administration de rattachement des instances...

89 % des répondants (58 sur 65) **se prononcent sur un changement de rattachement des instances.**

Parmi ceux-là, **9 (14 %)** sont favorables à un rattachement au ministère dont relèvent les agents et donc à la remise en cause de l'approche transversale actuelle. Cette modalité proposée correspond aux propositions de regrouper la gestion au niveau national, mais également à une partie de celles visant à régionaliser le dispositif et, de manière plus curieuse, à deux cas de maintien au niveau du département, ce qui aboutirait à une forme d'éparpillement entre de multiples instances.

3.1.3 ... Selon des modalités variées

Parmi ceux qui ont précisé leur vision de l'organisation (un tiers des réponses ont fait des commentaires) plusieurs directions font remarquer qu'en dépit de la tension sur les effectifs, le transfert de ce dispositif à un autre échelon pourrait entraîner des difficultés dans l'organisation et la tenue de ces instances médicales, en raison de **l'équité à respecter lors du traitement des dossiers et de la difficulté à recourir aux médecins membres de ces instances médicales** (Vaucluse).

La multiplication du nombre de commissions poserait problème au regard de la rareté de la ressource médicale et d'une possible « concurrence » entre instances. Le Rhône préconise ainsi de « *ne pas démultiplier les CMCR par périmètre ministériel au regard des problématiques de démographie médicale et de l'indispensable présence des médecins au sein de ces instances* ».

Il est pour certains souhaitable que ces instances soient maintenues en DDCS ou, à défaut dans un **lieu garantissant la neutralité par rapport au gestionnaire RH**. Le rattachement par ministère de gestion pourrait comporter un risque en matière d'égalité de traitement et l'intérêt de la neutralité de la DDCS est souligné ainsi que les difficultés à envisager si les administrations se retrouvaient « *juge et partie* » (Alpes-Maritimes).

- Pour autant, ces DDCS proposent **de soulager le secrétariat** :
 - en rattachant tous les dossiers de la FPT, quelle que soit le type de collectivités au CDG (Indre) ;
 - en conventionnant avec l'ARS et/ou les hôpitaux pour un appui humain pour les dossiers relevant de la FPH (Charente maritime – Moselle) ;
 - en instaurant une contribution du ministère de l'Education nationale et de la FPH au fonctionnement en ETP du secrétariat de ces instances médicales (Rhône) ;
 - en créant une « plate-forme » spécialisée et mutualisée avec mise à disposition d'agents d'autres administrations (FPE ou FPH), de façon à ce que la charge de travail ne repose pas exclusivement sur les effectifs Affaires sociales, dans un contexte de flux tendu en termes d'effectifs et de non garantie de remplacement des agents partant en retraite (Alpes-Maritimes, Haute-Vienne), afin de disposer d'un pôle spécialisé de compétences (réglementation médico-administrative complexe) ;
 - dans le même esprit, en organisant la reprise du dispositif par le SGAR (Pyrénées-Atlantiques) ou son rattachement à la Préfecture (Tarn-et-Garonne) ou à une structure régionale d'appui rattachée à une plate-forme RH/médecine du travail (la Réunion).

- Et de **sécuriser le financement du dispositif** :
 - en maintenant les effectifs actuels (agents instructeurs et encadrement) (Puy-de-Dôme) ;
 - en prévoyant un budget vacation ou une mise à disposition par l'ARS (Vaucluse) ;
 - en instaurant un BOP transversal dédié à cette mission (Lozère) ou une contrepartie en ETP des autres administrations au prorata du volume de dossiers à traiter si maintien au BOP 124 (Rhône, Indre et Loire) ;
 - ou en mutualisant sur une plate-forme les personnels et les moyens au prorata des dossiers relevant de chaque institution (La Réunion).

3.1.4 Poursuivre dans la logique du transfert de la FPT le mouvement pour la FPH notamment

Près de la moitié des déclarants se disent favorables à une gestion par fonction publique, s'inspirant clairement du modèle développé pour la fonction publique territoriale, ce qui n'est pas tout à fait cohérent avec les constats relatifs à la rareté de la ressource médicale ou celui de la nécessité de ne pas multiplier les instances...

Plusieurs propositions sont faites :

- rattacher les agents de l'Education nationale à leur administration (au niveau régional) ou académique (Martinique, Moselle, Hauts-de-Seine) ;
- instaurer une approche séparée par fonction publique sur le modèle de ce qui a été fait pour la FPT : pour la FPH, le transfert du secrétariat est proposé vers un établissement pivot (Moselle, Nord), ou vers les ARS (Puy-de-Dôme, Indre) ; pour la FPE, le rattachement des agents à leur administration avec la possibilité de mutualiser au niveau régional pour les services à faibles effectifs, à une plate-forme régionale (cf. *supra*) ou à la CPAM dans le cadre d'une convention nationale d'objectifs et de moyens signée entre le ministère de la Fonction publique et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS - Nord).

Certains auteurs de ces propositions soulignent toutefois la nécessité de bien séparer le rôle de l'administration (RH) et le rôle des instances médicales dans un service ou pôle métier (hors fonctions support) pour limiter le risque sur la confidentialité et celui de conflit d'intérêt si une administration instruit les dossiers de ses propres agents localement.

3.1.5 Le transfert total à l'assurance maladie n'est pas perçu à ce stade comme une alternative crédible

Ce transfert n'est évoqué par aucune DDCS/PP même si la CPAM est citée comme pouvant contribuer au contrôle des médecins comme des arrêts de travail.

3.2 Des propositions d'allègement et de simplification quelle que soit l'organisation retenue

3.2.1 Pour le CM et surtout la CR, de nouvelles règles de composition et de quorum

La difficulté à disposer des médecins pour le CM comme la CR, les règles de composition et de quorum pour la CR posent difficulté : retards dans le traitement de la situation des agents, risque de fragilisation juridique des décisions prises sur la base de leur avis...

- S'agissant du CM :
 - il est proposé de ne prévoir qu'un médecin secrétaire et un médecin généraliste (Aveyron) ;
 - si le dispositif à deux généralistes est maintenu, de permettre :
 - à plusieurs médecins de devenir vice-présidents du comité médical de manière à pouvoir assurer des suppléances (Moselle) ;
 - aux médecins retraités d'être membres du CM (Var) ;
 - et aux médecins généralistes agréés de se substituer aux spécialistes dans l'hypothèse d'un manque de médecins spécialistes agréés dans le département (Moselle).
- Pour la CR, les propositions portent :
 - sur la composition :
 - revoir la désignation de membres représentants du personnel par corps voire par administration qui complexifie l'élaboration des ordres du jour et alourdit les séances : désignation par type de fonction publique au niveau du département (Calvados), par grands types de catégories (A-B-C), en harmonisant la règle pour les trois fonctions publiques et en réduisant le nombre de membres (Aveyron) ;
 - rendre facultative la présence d'un spécialiste en commission de réforme (Moselle) ;
 - sur le quorum :
 - ramener à un le quorum pour les médecins en commission de réforme (et harmoniser les règles entre les FPT-FPH et la FPE) (Moselle) ;
 - donner le droit de vote au président de la commission (Aveyron).

3.2.2 Pour le CM et la CR, la suppression de cas de saisines

Seule une grosse minorité de DDCS (23 sur 62) se prononcent en faveur d'une suppression de certains cas de passage devant les instances contre 39 qui ne souhaitent pas de modifications, ce qui peut paraître étonnant compte tenu par ailleurs de nombreux commentaires visant à dénoncer la charge, considérée comme indue, de cette mission pour les DDCS/PP et alors que ce thème a été évoqué dans l'ensemble des entretiens de la mission au plan national comme en département.

Il est ainsi proposé par ces DDCS/PP de **supprimer l'avis des instances CM/CR dans les cas suivants** :

- En CM et CR :
 - renouvellement du temps partiel thérapeutique en CM comme en CR (7 réponses) avec l'accord du médecin du travail d'accord ;
 - reprise à temps partiel thérapeutique¹¹ :
 - en cas de pathologie lourde si avis concordant de l'expert avec le dossier du médecin traitant (Finistère) ;
 - pour une reprise après congé de maladie ordinaire de moins de 12 mois avec avis médecin traitant/médecin du travail (Rhône) ;
 - voire dans tout type de reprise à temps partiel thérapeutique (Mayenne, Gironde, Pyrénées-Orientales) avec un double avis concordant d'expert et de médecin de prévention¹² ;
 - reprise à temps complet : se satisfaire d'un double avis médecin expert et médecin de prévention (Mayenne, Gironde, Pyrénées-Orientales) ;
 - demande de recours gracieux (réexamen) (Ardennes, Haute-Loire) ; le recours gracieux serait géré par la seule autorité administrative ayant pris la décision ;
 - recours contre les quotités décidées après passage en CM/CR (Côte-d'Or).
- En CM :
 - prolongation d'un congé maladie ordinaire au-delà de six mois sur avis médecin du travail/médecin agréé ;
 - octroi de CLM/CLD par durée d'un an (et non six mois) pour les cas médicaux lourds (traitements en cancérologie notamment) (Alpes-Maritimes) ;
 - et même suppression de tous les cas de saisine du CM dès lors qu'il y a accord de l'ensemble des expertises médicales (médecin traitant, expert et médecin de prévention) (Var), en s'inspirant de la présomption d'imputabilité¹³ (Jura).
- En CR :
 - l'accident simple avec arrêt de moins de 15 jours et certificat final de guérison (Gard) ;
 - l'examen en CR des demandes de retraite pour invalidité non imputable au service déjà examinées par le CM, lorsque l'agent n'a pas 28 ans de service (dans le cadre de la procédure dite simplifiée) (Loiret).

¹¹ 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 la sécurité au travail dans la fonction publique ne rend plus obligatoire la consultation du CM et de la CR lorsque médecin traitant et médecin agréé sont concordants.

¹² Ce point a été introduit par l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 qui pose le principe de l'imputabilité de tout accident survenu pendant le temps et le lieu du service.

¹³ L'avis favorable médecin traitant/expert et l'accord de l'employeur dispensent du passage en CR en cas d'accident de service en application du décret du 17 novembre 2008 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.

3.3 Des propositions pour répondre à l'insuffisance de médecins

Outre une diminution des flux qui aurait un impact sur le fonctionnement des instances, d'autres propositions visent à permettre de développer l'attractivité de ces fonctions tout en optimisant l'utilisation de cette ressource rare.

3.3.1 Revaloriser la rémunération

Comme constaté *supra* au §2.4.4, c'est le niveau des rémunérations qui est cité comme facteur déterminant de la difficulté à mobiliser les médecins dans les instances et pour les expertises.

88 % des répondants sont favorables à une revalorisation des indemnités des médecins siégeant dans les instances et 75 % à celle des expertises. Seul un peu plus de 13 % des réponses considère que cela constituerait un effet d'aubaine pour les médecins en place (malgré la difficulté par ailleurs pour trouver des professionnels de santé en nombre suffisant).

Gironde : du caractère extrêmement peu attractif des rémunérations assurées aux médecins

- > Pour les expertises (conduisant les médecins à limiter la durée de ces dernières donc leur qualité finale)
- > Pour les médecins membres du CM/CR (dont la rémunération ne peut dépasser, même en interprétant simplement l'arrêté de 2007, 130 € pour 4h30 de présence, ce qui est peu au regard des honoraires d'un médecin libéral ou de la rémunération d'autres catégories d'expertises)
- > Pour le médecin responsable du secrétariat CM/CR : il ne peut pas être rémunéré par vacations ; la rémunération décidée au niveau national dans le cadre contractuel est insuffisante et ne permet pas une présence adaptée aux besoins du secrétariat CM/CR (seulement quelques heures par semaine). Aujourd'hui, la DDCS recherche un médecin pour deux demi-journées par semaine : il serait rémunéré environ 85 € la demi-journée...

3.3.2 Optimiser l'utilisation de la ressource médicale

Outre une diminution du nombre de médecins participant aux instances (cf. propositions *supra* sur la composition des instances), plusieurs propositions visent à permettre une meilleure utilisation des compétences et de la ressource médicale existante.

➤ L'intérêt d'un médecin secrétaire

Il est très inégalement perçu par les DDCS/PP. **Seules 25 réponses sur 62 se prononcent pour le maintien par un médecin du secrétariat des IM**, contre 37 qui y sont défavorables.

Parmi ces 25, onze indiquent ne pas disposer de médecin-secrétaire, alors que seulement huit des 32 départements ayant indiqué en disposer parfois ou toujours sont favorables à ce maintien.

La DDCS de Saône-et-Loire souligne qu' « *un tel profil de poste permettrait pourtant d'optimiser le suivi des dossiers* » et celle du Vaucluse considère que sa présence est la seule à même de garantir véritablement le secret médical, relevant que « *certaines médecins refusent, conformément à la réglementation, que leur expertise soit ouverte par un administratif et s'assurent avant de transmettre leur rapport qu'un médecin sera destinataire* ».

Les Bouches-du-Rhône comme la Gironde estiment enfin qu' « *un médecin responsable du secrétariat (et non seulement un administratif) est indispensable : pour les aspects médicaux de l'instruction des dossiers, pour l'interprétation des avis médicaux du CM lors de la transcription au sein des extraits de PV transmis aux administrations, pour le lien avec les autres médecins, et enfin pour recevoir les agents souhaitant consulter les pièces médicales des dossiers.* »

➤ Une réflexion sur le recours à l'expertise

- Limiter certaines expertises.

On a vu que le recours à l'expertise avant passage devant les instances est la pratique la plus répandue. Cette pratique n'est pas questionnée par les DDCS/PP. Une seule (Alpes-Maritimes) estime nécessaire de s'interroger sur la nécessité d'une expertise pour certains dossiers médicaux lourds, relevant que dans certains cas (cancers, ...) l'acceptation d'un certificat du médecin traitant pourrait suffire.

- Eviter que les médecins des instances soient aussi ceux qui réalisent les expertises en distinguant les deux fonctions (Loir –et-Cher).

➤ Elargir la compétence des certificats des praticiens hospitaliers aux médecins de cliniques privées (Aisne).

Le décret du 14 mars 1986 prévoit en effet que l'autorité administrative peut se dispenser d'avoir recours à un médecin agréé si l'intéressé produit sur la même question un certificat médical émanant d'un médecin qui appartient au personnel enseignant et hospitalier d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire ou d'un médecin ayant dans un établissement hospitalier public la qualité de praticien hospitalier.

➤ Recourir à des médecins retraités.

3.3.3 Accroître le nombre de médecins agréés, les fidéliser et les former

L'agrément donné aujourd'hui par le préfet est, en pratique, préparé par l'ARS qui saisit le conseil départemental de l'Ordre des médecins et propose l'arrêté au préfet, sur la base du volontariat des médecins et du respect des conditions réglementaires soit trois ans d'exercice dans le département et un âge de 73 ans au plus.

Plusieurs propositions sont relatives à l'agrément, dans le sens d'une plus grande formalisation, d'un encadrement et d'une animation.

➤ Revoir la procédure :

- en redonnant la compétence en matière d'agrément à celui qui gère les instances CM/CR : cette proposition n'est faite que par deux répondants (Loiret, La Réunion) ; la très grande majorité des DDCS préfèrent le maintien d'une gestion par l'ARS ;
- en n'ayant qu'une seule liste de médecins agréés en lieu et place de celles existantes (CM/CR, étrangers malades, sécurité routière) (Mayenne) ;
- ou en confiant à l'Ordre des médecins la gestion de cet agrément (Haute-Garonne, Lot et Garonne, Meuse) : l'Ordre doit en effet d'ores et déjà donner son avis à l'ARS, qui le joint à son propre avis en vue de la signature de l'arrêté par le préfet.

La liste n'est pas tenue à jour au fil de l'eau par l'ARS mais le plus souvent lors du renouvellement, alors même que l'Ordre a connaissance plus directement des installations, retraites ou refus de désignation.

- à défaut de volontaires, désigner d'office les médecins membres des CMCR au niveau départemental et pour l'année (cela se fait déjà pour les comités médicaux des praticiens hospitaliers) (Aisne).

➤ Accompagner les médecins agréés :

- lors de l'obtention de l'agrément, envoyer au médecin un guide relatif à l'expertise (notamment barème des pensions civiles et militaires ainsi que critères relatifs au tableau des maladies professionnelles) et aux avis rendus par le CMCR (Aisne) ;

- mettre en place une formation obligatoire préalable des médecins : une majorité de répondants est favorable à cette formation, sans toutefois la détailler vraiment ; deux DDCS (Bouches-du-Rhône, Seine-Saint-Denis) mentionnent expressément le diplôme universitaire de médecine agréée, une autre (Drôme) celui de médecine statutaire ; cette formation préalable devrait porter pour la majorité des DDCS sur les aspects statutaires (bien différencier le régime des salariés des trois fonctions publiques) et la rédaction d'une expertise.

➤ Des conditions pour l'agrément

La revalorisation de la rémunération pourrait s'accompagner de contreparties s'agissant de l'agrément, sans toutefois que ce point ne fasse l'unanimité (**55 % y sont favorables** -65 réponses). Quelques DDCS relèvent que l'obligation pourrait avoir un effet contre-productif et insistent sur la nécessaire concertation et l'intérêt de la formation.

Parmi d'éventuelles conditions au maintien/renouvellement de l'agrément, onze réponses mentionnent le respect d'un délai de retour des expertises ainsi que celui d'un certain format pour garantir la qualité.

Sont également suggérés le non paiement ou la réfaction en cas de retard manifeste ou de mauvaise qualité, la formalisation d'un engagement via une charte (qualité et respect de certaines règles – Bouches-du-Rhône, Pas-de-Calais), l'obligation d'assister à un certain nombre de séances par an (Martinique), le retrait pur et simple en cas de refus de réaliser une expertise (Eure) et la dissociation de la fonction de membre des instances et d'expert (Puy-de-Dôme).

3.4 Le besoin d'un pilotage national et régional

De nombreuses propositions ont trait au pilotage du dispositif et soulignent le besoin de doctrine et d'harmonisation des pratiques.

➤ Au plan administratif :

- mettre en place **un appui et/ou pilotage national** permettant un éclairage sur les aspects juridiques et organisationnels des CM et CR. Ce pilotage pourrait proposer :
 - un recueil de jurisprudence mis à jour (Puy-de-Dôme) ;
 - un service juridique dédié (ligne téléphonique, ...) et/ou la mise en place de référents nationaux identifiés et disponibles pour les questions posées : compétences, accidents du travail, choix CLM/MP etc.) (Puy-de-Dôme, Haute-Vienne, Belfort, Haute-Loire) ;
 - des outils de suivi et des fiches de procédure pour harmoniser les documents utilisés par chaque secrétariat ;
 - des programmes de formation pour les gestionnaires RH, les médecins, les agents chargés des instances (Puy-de-Dôme, Martinique, Indre, Haute-Vienne) ;
 - une véritable animation de réseau via des groupes de travail CM/CR (Bouches-du-Rhône), permettant l'échange de bonnes pratiques et susceptible de faire évoluer la réglementation à la lumière des enjeux ou difficultés rencontrées (Martinique).
- disposer **d'un appui régional en relais** :
 - disponibilité d'un médecin expert régional pour toute question relative aux CM/CR (Indre) ;
 - appui régional devant permettre une harmonisation des pratiques (appui juridique, procédure et jurisprudence) (Territoire de Belfort).

- Au plan médical :
 - harmoniser les interprétations des textes réglementaires pour les pathologies pouvant ouvrir des droits (Martinique) et la doctrine dans les avis rendus par le CM et les CR (Indre, Aisne) en vue d'une plus grande équité sur le territoire (Bouches-du-Rhône) ;
 - harmoniser les supports pour les expertises (Côtes d'Armor) ;
 - lister précisément les pathologies entrant dans le champ des maladies mentales (Moselle) ; encadrer la prise en compte de certaines pathologies (canaux carpiens par exemple - Calvados) ou réfléchir aux pathologies nouvelles (exemple de la sclérose en plaque - Haute-Vienne).
- En termes de SI :
 - disposer d'un applicatif commun, efficace et d'usage facile (12 réponses) ;
 - réfléchir à la dématérialisation des dossiers et des échanges (Vaucluse).

3.5 Faire le lien avec la politique de prévention

Le sujet est évoqué dans plusieurs réponses, l'objectif étant de traiter les situations en amont afin de prévenir une gestion via les instances médicales.

- Gérer à l'amont les sujets RH : rappeler aux administrations et collectivités le périmètre et les missions des instances médicales (notamment la commission de réforme) ; la commission de réforme est souvent perçue comme une instance d'arbitrage et de règlement des conflits RH. (Haute-Marne) ;
- Intégrer l'analyse du flux chargé du CM-CR à une réflexion sur les conditions de travail et les problématiques récurrentes (exemple du secteur hospitalier) portant sur le stress au travail, le manque d'effectifs, le management, les conditions matérielles...(Alpes-Maritimes) ;
- Renforcer la prévention dans les milieux identifiés dont les risques sont avérés du fait de leur fréquence et de leur gravité (Martinique) ;
- Renforcer la médecine de prévention/travail et sa place dans le dispositif (Eure-et-Loir, Calvados) ; l'associer au suivi /contrôle des situations qu'ont à connaître les instances (Dordogne) ;
- Renforcer l'accompagnement des agents et des administrations lors de réorganisations (Martinique) ;
- Avoir une approche prospective intégrant notamment le sujet du vieillissement de la population.

Pour la Mayenne :

Au 1er janvier 2016, la pyramide des âges en France présente les générations du baby-boom atteignant des âges compris entre 45 et 70 ans. Cette tranche démographique est donc à mettre en parallèle avec l'augmentation des dossiers devant les instances médicales. Nonobstant, le transfert de compétence de la FPT vers le centre de gestion en 2015, on observe parfois une faible diminution du nombre de dossiers largement compensée par une augmentation dans la FPE et FPH.

4 ENQUETE DDCS/PP

ENQUETE SOLEN – Mission interministérielle Instances médicales de la fonction publique

Présentation

Une mission interministérielle a été lancée sur le sujet des instances médicales de la fonction publique (comités médicaux et commissions de réforme), dont l'objectif est à la fois d'affiner le diagnostic et de faire des propositions d'évolution du dispositif.

Les données statistiques disponibles sont relativement anciennes puisqu'elles remontent à une enquête de janvier 2011 lancée par le ministère des affaires sociales et de la santé, complétée courant 2011 par un travail réalisé pour le compte de la DGAFP.

Il s'agit d'actualiser ces données, compte tenu notamment de l'impact désormais stabilisé de la RéATE et du transfert du secrétariat des instances, pour la fonction publique territoriale, aux centres de gestion par la loi du 12 mars 2012 ou aux collectivités territoriales qui ne souhaitent pas confier cette fonction aux centres de gestion.

Pour tout questionnement concernant le sens de certaines questions, vous pouvez contacter par mail anne.bruant-bisson@igas.gouv.fr ou par téléphone : Anne Bruant-Bisson au 01 40 56 80 43 ou 06 32 91 57 79 ou Marianne Bondaz au 06 70 95 95 49.

Chapitre 1 Activités des instances

Nb de services RH de soumettre des dossiers (si vous en avez connaissance) :

- FPE
- FPT
- FPH

I - COMITE MEDICAL (chiffres 2015)

Nb de réunions du comité médical :

Nb de dossiers :

- répartition :

- FP Etat =
- FPT =
- FPH =

- au sein de la FPE :

- Education nationale
- Finances
- Défense
- Intérieur
- Santé-Social
- Autres

Le médecin de prévention assiste-t-il aux séances ?

Toujours – souvent - rarement – jamais (choix)

Le quorum est-il atteint ?

Toujours – souvent - rarement – jamais (choix)

Qui est absent ?

médecin généraliste – médecin spécialiste

Reportez-vous le comité dans ce cas ?

Oui- non – parfois (si parfois, précisez)

Nb de dossiers en instance au 31.12.2015 :

- Dont en attente d'expertise médicale:

Délai moyen entre la réception du dossier et le passage en comité (*jours*) :

II – COMMISSION DE REFORME (chiffres 2015)

Nb de réunions de la commission de réforme :

Nb de dossiers (pour l'année):

- répartition :

- FP Etat =
- FPT =
- FPH =

- au sein de la FPE :

- Education nationale
- Finances
- Défense
- Intérieur
- Santé-Social
- Autres

Le quorum est-il atteint ?

Toujours – souvent - rarement – jamais

Qui est absent ?

médecin – organisation syndicale – employeur – TPG

Reportez-vous la commission dans ce cas ?

Oui – non – parfois (précisez)

Délai moyen entre la réception du dossier et le passage en commission :

Nb de dossiers en instance au 31.12.2015 :

- Dont en attente d'expertise médicale :

III – PREPARATION DES INSTANCES ET SECRETARIAT

Nb d'ETP dédiés à la préparation :

- Catégorie A : ...ETP
- Catégorie B: ...ETP
- Catégorie C: ...ETP

Le secrétariat est-il assuré par un médecin ?

Toujours – parfois – jamais (choix)

- Si parfois ou jamais, par qui : *préciser*
- Si toujours ou parfois, le médecin-secrétaires est :
 - ✓ Mis à disposition par l'ARS
 - ✓ Contractuel DDCCS
 - ✓ Autres ... préciser :

Nb d'heures de vacation :

Budget consacré à cette fonction de médecin secrétaire (coût annuel brut en K €) :

La loi du 12 mars 2012 a-telle eu un impact sur la charge de travail ?

Oui – non

Commentaire :

Existe-t-il d'autres expériences de « délégations » du secrétariat des IM (pour d'autres populations)

Oui – en projet - Lesquelles :

Non

IV - MEDECINS AGREES ET EXPERTISES

Nb de médecins généralistes siégeant en CM/CR

Nb de médecins spécialistes pouvant siéger en CM/CR

Préciser les spécialités :

Si l'équipe est incomplète, combien manque : *...généralistes...spécialistes*

Combien d'expertises le CM ou la CR ont-ils requis sur l'année :

- sur quels grands champs :

- Médecine :
- Psychiatrie-santé mentale :
- autres

Budget des vacations (annuel-en K €)

- Médecins agréés membres/siégeant :
- Expertises :

Système de rémunérations des médecins membres des CM/CR :

- application des forfaits de l'arrêté du 3 juillet 2007 : *oui- non – en les aménageant*
- si non ou en les aménageant :

Par séance quelle que soit sa durée – par plage horaire de deux heures - par dossier

Autre (préciser) :

Système de rémunération des expertises :

- application de l'arrêté du 3 juillet 2007 (article 3) : *oui- non*
- si non préciser :

Chapitre 2 Piste d'évolution du dispositif

I – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES INSTANCES

- Etes-vous favorable à ?

- La suppression du CM : *oui – non*
- La suppression de la CR : *oui-non*
- La suppression de certains cas de recours : *oui- non*
Si oui, dans quels cas :
-
- Le maintien du secrétariat du CM par un médecin ? *oui- non*
Si non La prise en charge du secrétariat du CM par un personnel administratif dédié et tenu au secret professionnel ? *oui- non*
- Le portage du dispositif à un autre niveau que le niveau départemental actuel ?
oui –non

- Si oui* : au niveau régional – au niveau national - autre
- Le portage de ces instances par un autre acteur :
par type de fonction publique – par ministère de rattachement - autre (préciser)

II – Disponibilité et Qualité de l'expertise médicale

Si vous avez des difficultés à trouver des médecins membres ou des experts, quelles en sont les raisons ?

Démographie médicale – niveau des rémunérations – manque d'appétence pour cette fonction de service public (*par ordre d'importance 1 à 3*)

La qualité des avis des médecins du CM/CR et des experts répond-elle à vos attentes :

Oui – non – pas toujours

Si non ou pas toujours, pourquoi (plusieurs réponses possibles) :

- Avis laconique et/ou peu étayé
- Caractère non opérationnel des avis au regard des règles statutaires
- Caractère non opérationnel des avis au regard de la réalité des conditions de travail
- autres

Une revalorisation de la rémunération vous paraît-elle de nature à fluidifier le dispositif ?

- pour les médecins membres des instances *oui- non*
- pour les expertises médicales *oui-non*

N'est-elle pas de nature à créer un effet d'aubaine pour les médecins déjà en place ? *oui-non*

Faut-il en contrepartie faire évoluer la procédure d'agrément pour la rendre plus contraignante ?

oui- non

- Si oui, selon quelles modalités (*plusieurs choix possibles*)
 - Formation préalable obligatoire
 - Maintien de l'agrément lié
 - ✓ Au respect de délais dans le rendu de l'expertise
 - ✓ Au respect d'un « format » : cf. instruction du 4 août 2016 (codage CIM-10, présentation, etc.)
- Possibilité de « pénalités » (non paiement ou réfaction de la vacation)
- Autres : précisez

Qui devrait être chargé du suivi/contrôle de cet agrément :

DDCS – ARS – CPAM- Autres

Autres commentaires ou propositions d'évolution du dispositif (zone de saisie libre)

ANNEXE 3 : ENQUETE CENTRES DE GESTION

1	Méthodologie, précautions et périmètre de l'enquête	51
1.1	Il s'agit de données déclaratives, non vérifiées et n'ayant parfois qu'une valeur d'estimation.....	51
1.2	Certaines questions ont pu prêter à confusion ou entrainer des réponses biaisées	51
1.3	Le taux de réponse est de 80 % ce qui est tout à fait significatif.....	52
2	Le transfert du secrétariat des IM pour la FPT et la couverture par les centres de gestion de cette fonction	53
2.1	Le transfert de la fonction de secrétariat des IM est plus ou moins achevé	53
2.1.1	Le transfert de la fonction de secrétariat a parfois mis en lumière des difficultés.....	53
2.1.2	L'indépendance du CDG vis-à-vis de la DDCS(PP) est plus ou moins complète.....	54
2.2	Les centres de gestion exercent la fonction de secrétariat des IM bien au-delà des collectivités affiliées	54
3	L'activité des centres de gestion.....	55
3.1	Les moyens consacrés montrent que les centres de gestion ont investi cette fonction ..	55
3.1.1	Les effectifs représentent 215 ETP.....	55
3.1.2	Le secrétariat des IM se fait en synergie avec d'autres fonctions RH, notamment en matière de prévention	56
3.2	Le volume d'activité est important avec des variations entre départements pas toujours explicables	57
3.2.1	Le volume d'activité est logiquement très différent d'un département à l'autre	57
3.2.2	La proportion de dossiers CM par rapport aux dossiers CR diffère beaucoup d'un département à l'autre	59
3.2.3	Le nombre de séances et la charge d'activité par séance varient fortement.....	59
3.3	Les délais de traitement des dossiers sont en général raisonnables.....	60
3.3.1	Les délais de passage en instance médicale sont modérés, notamment en CR.....	60
3.3.2	La pénurie de ressources médicales est un véritable handicap.....	61
3.3.3	La faiblesse des tarifs de rémunération des médecins vient aggraver la situation	62
4	Les propositions d'évolution	63
4.1	Des propositions pour pallier le manque de médecins	63
4.1.1	Limiter la charge pour les médecins membres des IM ou les expertises.....	63
4.1.2	Accroître la liste de médecins agréés et les former	63
4.1.3	Revaloriser la rémunération des médecins.....	64

4.2	Le maintien de la compétence au plan départemental dans le cadre d'un pilotage national	64
4.2.1	Maintenir la compétence au niveau départemental	64
4.2.2	Répondre au besoin de formation et de travail en réseau	65
4.3	Un assouplissement du formalisme de la commission de réforme (CR)	65
4.3.1	Autonomiser les centres de gestion dans l'organisation de leurs CR.....	65
4.3.2	Revoir les règles de composition des CR.....	66
4.3.3	Préciser les règles de quorum pour les alléger.....	67
4.3.4	Interroger la présence des agents aux CR et réduire le formalisme	67
4.3.5	Voire interroger l'existence même d'une instance paritaire pour rendre un avis médical	67
4.4	La suppression de cas de passage en CM-CR et devant le CMS.....	68
4.4.1	Supprimer la possibilité de recours devant le CMS.....	68
4.4.2	Supprimer des cas de saisine du CM	68
4.4.3	Supprimer des cas de saisine de la CR.....	69
4.4.4	Prévoir des souplesses ou des éclaircissements dans certains cas	69
4.5	Des propositions de modification statutaire	70
5	Questionnaire envoyé aux centres de gestion.....	72

1 METHODOLOGIE, PRECAUTIONS ET PERIMETRE DE L'ENQUETE

L'enquête a été lancée avec la fédération nationale des centres de gestion (FNCDG) après concertation sur son contenu et test auprès de deux centres de gestion (Ardenne et Haute-Savoie) - cf. questionnaire en fin de cette annexe.

La présente synthèse a été validée par la FNCDG qui souligne l'intérêt qu'il y aurait à rendre obligatoire pour toutes les collectivités et établissements l'adhésion au socle insécable de la loi du 12 mars 2012.

1.1 Il s'agit de données déclaratives, non vérifiées et n'ayant parfois qu'une valeur d'estimation.

Les données relatives aux fonctionnaires potentiellement concernés par les instances médicales (IM) sont parfois vagues ou absentes. De ce fait, par exemple, la disparité du ratio « nombre de dossiers devant les IM/nombre de fonctionnaires potentiellement concernés » doit être relativisée.

Les données relatives aux effectifs traitant ces dossiers ne comportent souvent aucune part d'encadrement (catégorie A), ce qui peut poser question.

Les données relatives au nombre de dossiers peuvent parfois être en doublon avec celles données par les DDCS/PP (cf. annexe 1).

Celles relatives aux délais de passage devant les instances peuvent varier fortement en fonction des procédures en vigueur : lorsque c'est au gestionnaire RH de faire procéder aux expertises médicales, le délai de passage est plus court que lorsque c'est le secrétariat des instances médicales qui s'en charge. C'est ce qui peut expliquer que le délai de passage en commission de réforme (CR) est souvent plus court que devant le comité médical (CM). La comparaison de ces données doit donc être relativisée.

Les retards de traitement des dossiers lors du passage de la compétence de l'Etat, soulignés par les centres de gestion, n'ont pas été validés par les DDCS(PP) concernées ; sans que chaque retard puisse être certifié dans son ampleur par la mission, ces données agrégées donnent toutefois une indication des difficultés globales de transfert, variables d'un département à l'autre.

1.2 Certaines questions ont pu prêter à confusion ou entraîner des réponses biaisées

La notion d'organisation des CM et des CR a souvent été perçue comme l'organisation du secrétariat et non comme l'organisation des séances elles-mêmes ; la réponse à cette question n'est en général pas pertinente comme la mission a pu le constater pour certains centres dont elle avait rencontré les acteurs.

Les questions relatives à la dissociation du CM entre Etat et collectivités territoriales, y compris en termes de composition de ce comité, n'ont pas été comprises de façon univoque. Le détail ne peut donc en être exploité.

La réponse à certaines questions peut être biaisée. Ainsi les centres de gestion qui ne réunissent pas eux-mêmes le comité médical ne ressentent pas de la même façon la pénurie de médecins. De même, les centres de gestion qui payent les expertises au-delà du tarif réglementaire ne ressentent pas de la même façon l'utilité d'une augmentation du tarif des expertises.

Par convention afin de rendre la synthèse plus proche de la réalité, la mission a intégré dans les réponses des éléments différents de ce qui était précisé dans les réponses écrites dans les cas suivants :

- si le nombre de collectivités ayant conventionné avec un centre de gestion a augmenté dans le courant de l'année 2015 ou au début 2016, les colonnes « nombre de collectivités ayant conventionné » ou « assurant leur propre secrétariat » prenant en compte cette évolution, les chiffres d'activité 2016 (nombre de dossiers) ont été intégrés lorsqu'ils étaient disponibles, en lieu et place des données 2015 ;
- le délai de retard a été traduit en nombre de mois (six semaines = 1,5 mois ; deux à quatre mois = trois mois...);
- en cas de retard de traitement lors du transfert des dossiers par la DDCS, les notions vagues ont été traduites en nombre de mois : plusieurs mois = six mois ; lorsque le retard ne concerne qu'un type d'instance, le nombre de mois de retard a été inscrit sans autre précision... ;
- en cas d'incohérence entre une réponse fermée et un commentaire, la réponse a été rectifiée en fonction des commentaires ; exemple : « non » à la diminution des cas de saisine puis ensuite « propositions en ce sens » entraîne l'inscription de « oui » ; absence de réponse à la proposition de revalorisation de rémunération des médecins puis éléments sur la revalorisation de la rémunération entraîne l'inscription d'un « oui » à cette question...

Certains centres de gestion ont été rappelés pour préciser certaines données par téléphone ; ces données ont été prises en compte (notamment nombre de séances de CR, souvent omis).

1.3 Le taux de réponse est de 80 % ce qui est tout à fait significatif

Sur 95 centres de gestion interrogés représentant 99 départements (tous départements, hors Paris, en prenant en compte la prise en charge par le CIG de petite couronne des trois départements de la petite couronne ainsi que la prise en charge par le CIG de grande couronne de trois des quatre départements de la grande couronne : Essonne, Val-d'Oise et Yvelines), **75 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 79 % des CDG et de 80 % des départements.**

Ces réponses couvrent potentiellement près de 1,4 million de fonctionnaires territoriaux (selon les déclarations faites par les centres de gestion, six centres ayant renseigné le questionnaire n'ayant pas répondu à cette question¹⁴). Les centres de gestion ayant répondu ont la gestion de 780 000 salariés de collectivités affiliées¹⁵.

¹⁴ Lorsque le centre de gestion n'a donné que les effectifs des collectivités affiliées, ce chiffre, inférieur à la réalité, a été comptabilisé : quatre réponses dans ce cas.

¹⁵ Trois centres n'ont pas répondu à cette question : Aisne, Aveyron, Mayenne.

2 LE TRANSFERT DU SECRETARIAT DES IM POUR LA FPT ET LA COUVERTURE PAR LES CENTRES DE GESTION DE CETTE FONCTION

2.1 Le transfert de la fonction de secrétariat des IM est plus ou moins achevé

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.

Il semble toutefois que, dans la majorité des cas la reprise ait été postérieure à 2012 et se soit échelonnée sur plusieurs mois, voire plusieurs années, notamment pour les CM qui impliquent un important transfert d'archives.

2.1.1 Le transfert de la fonction de secrétariat a parfois mis en lumière des difficultés

41 centres de gestion ont dû gérer un retard de traitement lors de la reprise de la compétence de secrétariat des instances médicales, soit 54 % des centres ayant répondu. Ce retard a pu dépasser trois mois dans 28 cas. Dans 26 cas, les archives transférées au centre de gestion l'ont été avec difficulté, voire parfois avec des pertes totales d'archives.

« Les dossiers n'étaient pas archivés par fonction publique. Nous avons dû ré-ouvrir toutes les boîtes. Ne sachant pas la place que tous les dossiers pouvaient représenter, nous sommes repartis uniquement sur 5 années antérieures à la date de reprise du CMD » ;

« la DDCS a exigé que nous nous occupions du récolement des dossiers des agents territoriaux avant de récupérer ceux-ci avec la difficulté de plusieurs lieux et méthodes d'archivage à la DDCS. Nous avons pu récupérer une grande partie des dossiers vivants (2 500 environ) seulement en juillet 2014 alors que nous avons repris le secrétariat du comité médical en 2013. Aujourd'hui encore, nous récupérons, avec l'aide d'une archiviste de la DDCS, certains dossiers restés à la DDCS du fait de la complexité des différents archivages précédents » ;

« de nombreux dossiers détruits ... (aucun historique antérieur à 2009) » ;

« Des dossiers n'ont pas été transmis ou ont été perdus à la suite de la reprise de la fonction de secrétariat (notamment pour la Région). »

Par ailleurs des erreurs d'application de texte sont alléguées ainsi qu'une mauvaise qualité du service avant le transfert :

- *« Il est apparu que, sur certains dossiers, les dispositions réglementaires n'étaient pas totalement respectées (exemples : temps partiel thérapeutique attribué après une période de disponibilité d'office pour raison de santé, congé de longue durée accordé sans demande expresse de l'agent) » ;*
- *« certaines demandes n'aboutissaient jamais du fait de situations complexes » ;*
- *« pour la CR, les membres des collèges « administration » et « personnel » ne voulaient plus siéger car ils ne pouvaient pas s'exprimer » ;*
- *« de nombreuses erreurs statutaires ont été constatées par méconnaissance du statut et un manque de suivi des dossiers. » du fait d'un effectif insuffisant ;*
- *« d'après certaines collectivités, la DDCS refusait de passer certains dossiers en CDR ».*

2.1.2 L'indépendance du CDG vis-à-vis de la DDCS(PP) est plus ou moins complète

► Pour ce qui concerne les CM

Les questions n'étant pas suffisamment claires, il est difficile d'avoir un état précis sur le fait de savoir si la composition du CM est différente pour les CDG et la DDCS. Dans 18 cas, le CM ne se tient pas au centre de gestion, mais vraisemblablement à la DDCS(PP) avec une commission commune à toutes les fonctions publiques, même si le centre assure le secrétariat de ses dossiers. Certains centres de gestion se félicitent d'ailleurs de cette mutualisation, économe en ressource de médecin membre de commission.

► Pour ce qui concerne les CR

Dans 61 cas, c'est le centre de gestion qui assure la présidence de la CR et dans seulement dix cas les séances ne se tiennent pas au centre de gestion.

Plusieurs centres de gestion indiquent que leur indépendance reste encore mesurée et que les textes relatifs à l'organisation des instances sont à réécrire notamment afin de confier à l'autorité qui assure la mission de secrétariat de la commission le soin de désigner le président de la commission :

- « La désignation des membres des instances médicales par arrêté du préfet n'a plus de sens dans la mesure où la compétence est désormais confiée aux Centres de gestion » ;
- « la planification des dates de réunion des comités médicaux et la désignation des médecins siégeant à chaque séance est encore réalisée par la DDCS bien que le CDG dispose d'une réunion mensuelle qui se tient au CDG et où seuls les dossiers FPT sont examinés » ;
- « le lien avec les services de l'Etat n'est pas coupé et pose des problèmes logistiques (en pratique, il n'est pas possible de s'affranchir des locaux de l'Etat) ».

2.2 Les centres de gestion exercent la fonction de secrétariat des IM bien au-delà des collectivités affiliées

Les centres ayant répondu se répartissent comme suit au regard de la population de fonctionnaires potentiellement couverte.

Tableau 1 : Répartition des centres de gestion ayant répondu à l'enquête au regard de la population d'agents potentiellement couverts

Nb d'agents potentiellement couverts	Moins de 5 000	De 5 000 à <10 000	De 10 000 à <20 000	De 20 000 à <30 000	De 30 000 à <50 000	50 000 et plus	Nb de centres ayant répondu à cette question
Nb de centres ayant répondu	10	19	26	7	5	7	74

Source : Enquête de la mission (déclaration des centres de gestion)

19 centres de gestion couvrent 20 000 fonctionnaires ou plus. Les centres de gestion représentant les populations les plus importantes sont : le CIG de petite couronne (150 000 fonctionnaires couverts), la Réunion (70 000), les Bouches-du-Rhône (63 000), le Nord et le Rhône (50 000 chacun).

51 centres de gestion sur 75, couvrant 54 départements, soit 68 % des CDG ayant répondu, couvrent la totalité des collectivités du département par affiliation ou par convention¹⁶. Dans 13 départements, une seule entité a souhaité garder son propre secrétariat (parfois uniquement le SDIS ou une partie du SDIS comme par exemple en grande couronne francilienne).

Sur la base des 75 réponses transmises, **509 collectivités non affiliées ont conventionné avec le centre de gestion sur la fonction de secrétariat des instances médicales et seulement 56 continuent à assurer ce secrétariat de façon autonome**. Un certain nombre de ces conventions sont relativement récentes (2015 ou 2016).

A noter que les régions ont largement confié cette compétence aux centres de gestion, même si ce transfert n'a souvent été finalisé que récemment. Selon les entretiens que la mission a eu avec plusieurs DRH de région à l'ARF, il semblerait que les régions aient dans l'ensemble conventionné avec les centres de gestion de chaque département. La région Normandie a indiqué avoir renoncé après étude à une internalisation de la fonction, essentiellement pour des questions de neutralité. Le centre de gestion de grande couronne gère la compétence pour l'ensemble des effectifs de la région Ile-de-France. Les interlocuteurs de l'ARF ont indiqué rémunérer cette prestation soit sur la base du bloc insécable (de l'ordre de 0,1 % de la masse salariale), ce qui leur convient peu car ils n'utilisent pas toutes les prestations de ce bloc, soit sur la base d'un tarif par dossier (80 à 110 € par dossier en CM, 100 à 130 € par dossier en CR).

3 L'ACTIVITE DES CENTRES DE GESTION

3.1 Les moyens consacrés montrent que les centres de gestion ont investi cette fonction

3.1.1 Les effectifs représentent 215 ETP

Les effectifs correspondant à la fonction de secrétariat s'élèvent à **215 ETP au total** pour les 75 CDG ou CIG ayant répondu.

27 centres ont un effectif inférieur à deux ETP consacrés à cette fonction. Seulement huit CDG ont un effectif supérieur ou égal à cinq ETP. 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. Il s'agit essentiellement d'agents de catégorie C ; un quart des effectifs est toutefois de catégorie B (53) et quelques agents sont de catégorie A (19).

Le **nombre de dossiers traités annuellement par agent** va de moins de 150 (Jura, Maine-et-Loire et Yonne) à plus de 1 000 (Alpes-Maritimes, Meuse, Oise et Seine-Maritime avec un « record » à 1 348).

Ce ratio doit être modulé en fonction de la part des dossiers CR, ces derniers demandant une plus grande technicité et un travail beaucoup plus important que les dossiers en CM. Or la proportion de ces dossiers est très variable d'un centre de gestion à l'autre (cf. point 3.2.2 ci-dessous).

¹⁶ La loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 dispose que les collectivités non affiliées peuvent adhérer au bloc insécable de missions obligatoires pour lesquelles une contribution est fixée par chaque centre de gestion dans la limite d'un taux de 0,20 % de la masse salariale. Cependant, les taux fixés par les centres sont souvent inférieurs et correspondent, en toutes hypothèses, au coût réel des missions effectives dont bénéficient les collectivités.

Toutefois ces données doivent être maniées avec précaution dans la mesure où l'organisation peut différer d'un département à l'autre ; ainsi en Seine-Maritime c'est la DDCS qui organise les séances du CM, avec un fonctionnement extrêmement rapide et efficace.

Certains centres de gestion assument par ailleurs des tâches complémentaires comme un conseil et un accompagnement de proximité aux collectivités, le paiement des expertises médicales pour assurer le secret médical, voire la prise de rendez-vous avec les experts, la convocation des agents et leur relance 48 heures avant le rendez-vous. Le CIG de grande couronne prend les rendez-vous d'expertise et assure un paiement des expertises sous forme des vacations remboursées par les collectivités intéressées.

D'autres structures, comme le CIG de petite couronne, doivent rattraper un retard important que le nombre de dossiers passés dans l'année ne permet pas d'apprécier.

Enfin, les données d'effectif peuvent avoir été mal estimées : les agents concernés peuvent remplir d'autres fonctions à temps partiel ou les charges d'encadrement peuvent ne pas avoir été comptabilisées.

Certains centres font état de la **présence d'un médecin secrétaire** qui leur permet souvent d'éviter des expertises. Comme la question n'a pas été posée précisément, il n'est pas possible de comptabiliser tous ces cas.

Ainsi le centre de gestion de la Drôme indique une « *préparation des dossiers avant séance [des CM] avec le médecin secrétaire, ce qui est un véritable atout dans la tenue des séances mais également en termes de gain de temps et de qualité de travail* ».

Le CDR des Côtes-D'armor précise que « *le médecin secrétaire du service sollicite avec l'accord de l'agent le médecin traitant (généraliste /spécialiste) pour obtenir les pièces médicales utiles à l'instruction. Le dossier passe ainsi sur pièce évitant une expertise* ».

Le centre de la Réunion bénéficie du concours d'un médecin secrétaire (vacataire, 2 jours/semaine) qui « *prépare les dossiers avant passage, fait le lien avec les professionnels de santé, reconstitue avec précision la situation médicale de l'agent évitant de fait le recours aux expertises* ».

Les deux CIG (grande et petite couronne) disposent également de vacations d'un médecin secrétaire.

3.1.2 Le secrétariat des IM se fait en synergie avec d'autres fonctions RH, notamment en matière de prévention

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.

LIEN AVEC UN POLE SANTE PREVENTION

« *CMD et CDR communiquent quotidiennement avec l'ensemble des services du pôle santé au travail (médecine préventive, prévention et sécurité, handicap, assurance statutaire) et du pôle statut et carrières (statut et carrières, retraite, instances paritaires) ; « la mise en relation de ces instances avec les services de médecine préventive et d'expertise RH du CDG donne du sens à ces missions. Le niveau départemental garantit cette qualité ainsi qu'une certaine proximité (la moitié des agents, majoritairement de catégorie C, assistent aux commissions de réforme) ».*

« Cet accompagnement, grâce à la mission secrétariat du comité médical, a permis de gérer de façon dynamique l'absentéisme : le comité médical est saisi beaucoup plus rapidement, le délai entre saisine et avis est sensiblement raccourci, les renouvellements sont entièrement assurés par le centre qui ne sollicite la collectivité que pour avoir confirmation. Les périodes maladie ordinaire plein traitement, maladie ordinaire demi traitement, demi traitement complété par prévoyance, puis rétablissement à plein traitement en cas de CLM, deviennent plus rares réduisant d'autant la gestion administrative des carrières des agents par les collectivités. Ces 2 missions ont permis d'améliorer les actions de prévention et de réduire la sinistralité des collectivités. (...). Grâce à la mission commission de réforme assurée depuis 2008 pour toutes les collectivités du département, affiliées et non affiliées, le service prévention a bénéficié d'un observatoire pertinent de la causalité des accidents pour mettre en œuvre un certain nombre d'actions qui ont pour conséquence un taux d'absentéisme de 0,57 % dans le département contre 0,70 % au niveau national. Dans les collectivités de moins de 10 agents le taux départemental est de 0,41 % pour un taux national de 0,90 % ».

Le dispositif « a participé à la construction d'un pôle santé et sécurité solide indispensable à la préservation des intérêts des collectivités et des agents qui y travaillent ».

Le CIG de grande couronne organise depuis 3 ans des rencontres avec les médecins agréés volontaires. L'attente d'informations sur la gestion de l'inaptitude et la maladie dans la fonction publique est importante (50 médecins présents en 2015).

► **Conseil statutaire pour accélérer les dossiers**

Le centre travaille « en lien avec les autres services du CDG pour donner aux collectivités au-delà d'un avis médical, un avis qui soit statutairement et rapidement applicable (carrières, retraite, médecine préventive, mission handicap) mais aussi les organisations syndicales, dans le respect du secret médical, pour faciliter l'émergence de solutions dans le cas de situation compliquée ».

Le Centre conseille « les employeurs en amont pour déterminer les bonnes procédures à mettre en œuvre en fonction de la pathologie et de la situation statutaire de l'agent. Lors de l'examen préalable du dossier, nous prenons le temps d'appeler les collectivités ou les agents pour avoir une vision de la situation la plus exacte possible, et ceci pour permettre aux IM de rendre un avis le plus en adéquation possible avec la réalité ; cela évite également de multiplier les saisines. Lorsqu'un dossier est reporté, nous faisons compléter le dossier pour avoir une situation à jour. Grâce à ces actions, les services RH n'ont plus de retard dans les saisines et certains sont même dans l'anticipation ».

« La méconnaissance des collectivités dans le domaine de l'indisponibilité physique entraîne les fonctionnaires territoriaux dans une précarité » car « il n'y a plus d'accompagnement des trésoreries lors de l'élaboration des paies ».

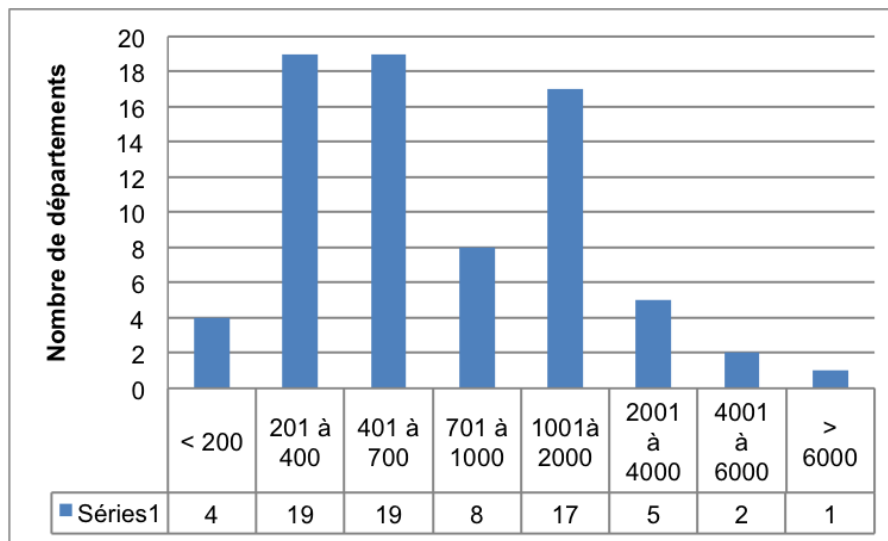
3.2 Le volume d'activité est important avec des variations entre départements pas toujours explicables

3.2.1 Le volume d'activité est logiquement très différent d'un département à l'autre

Sur la base des 75 questionnaires reçus, les centres de gestion ont géré en 2015 : 74 554 dossiers en CM et 26 604 dossiers en CR. Lorsque les statistiques 2016 sont données, on note une augmentation pour les deux instances.

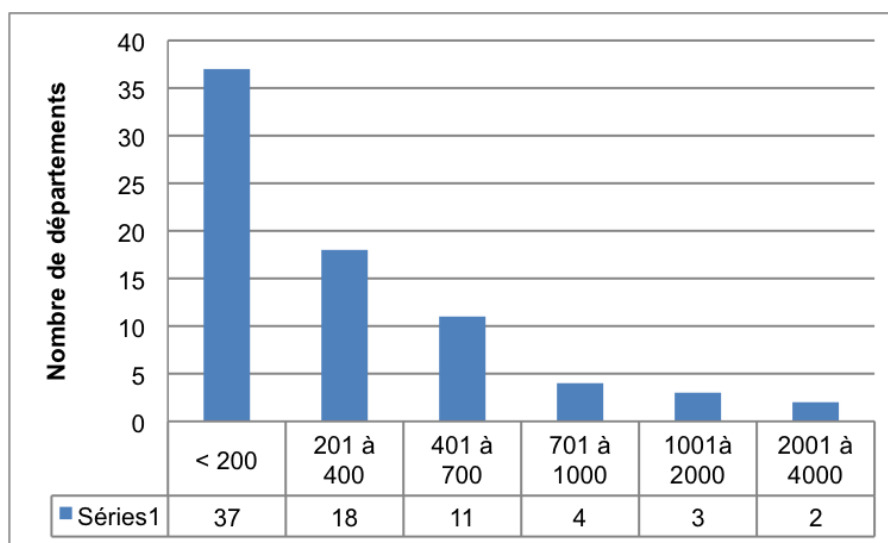
Quatre centres de gestion ont géré moins de 200 dossiers CM en 2015, 31 en ont géré moins de 500. 25 centres ont géré plus de 1 000 dossiers CM par an.

Graphique 1 : Distribution du nombre de dossiers CM par département



Source : Enquête mission – Décembre 2016

Graphique 2 : Distribution du nombre de dossiers CR par département



Source : Enquête mission – Décembre 2016

37 centres ont géré moins de 200 dossiers en CR en 2015 et 59 en ont géré moins de 500, soit 80 % des réponses reçues. Seulement cinq centres ont géré plus de 1 000 dossiers CR dans l'année (Alpes-Maritimes, Nord, Rhône, CIG petite couronne et CIG grande couronne).

Certaines données d'activité apparaissent décalées par rapport à la population de fonctionnaires potentiellement concernés. Par exemple le nombre de dossiers en CM dans les Bouches-du-Rhône apparaît très faible, au même titre que dans le Calvados ou à la Réunion (moins de 20 dossiers pour 1 000 fonctionnaires). Ce ratio dépasse en revanche cent dossiers pour 1 000 agents dans les départements aussi différents que les Alpes-Maritimes, la Creuse, la Dordogne, le Nord ou la Seine-Maritime.

En termes de nombre de dossiers en CR, on observe des disparités encore plus grandes, allant de moins de un dossier CR pour 1 000 agents (La Réunion) à plus de 50 dans les Alpes-Maritimes, le Gers et le Lot-et-Garonne.

3.2.2 La proportion de dossiers CM par rapport aux dossiers CR diffère beaucoup d'un département à l'autre

Le rapport entre le nombre de dossiers en CM (beaucoup plus nombreux en général) et celui en CR va de 1,2 (Gers et Landes) à un nombre atypique de 16,6 dossiers en CM pour un dossier en CR (la Réunion). Il est dans la grande majorité des cas compris entre deux et cinq.

Tableau 2 : Nombre de dossiers CM pour un dossier CR

Nb de dossiers CM / dossier CR	< 2	De 2 à <3	De 3 à <4	De 4 à <5	De 5 à 8,3	16,6	Nb de réponses prise en compte
Nb de centres	10	25	19	14	6	1	75

Source : *Calculs de la mission à partir des données de l'enquête*

La mission n'a pas d'explication sur ce phénomène, ces disparités pouvant tenir à de nombreuses spécificités : moyenne d'âge des fonctionnaires, procédure visant à regrouper ou non les questions posées en CR... Une des explications parfois avancée est la tendance de certaines collectivités à transmettre tous leurs dossiers en CR pour une plus grande sécurité juridique, sans utiliser la faculté de reconnaître directement l'imputabilité au service d'un accident¹⁷.

3.2.3 Le nombre de séances et la charge d'activité par séance varient fortement

► Les CM

Le **nombre de CM par an** va 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 par rapport à leur nombre de dossiers comme la Guyane et la Charente-Maritime avec 24 séances de CM par an. La majorité des centres déclarent 10 à 12 séances annuelles (45 réponses).

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 par séance.

► Les CR

Le **nombre de CR par an** va de cinq (Lozère, Guyane, Réunion) à 48 (Alpes-Maritimes) voire 73 (CIG petite couronne). Ces cas extrêmes correspondent vraisemblablement à un décompte du nombre de CR non par séance mais par type de composition (décompte d'une CR par collectivité ayant conventionné, même si la séance est intégrée dans une demi-journée comportant d'autres CR). Une grosse moitié des centres (43) déclarent entre 9 et 13 séances par an, sept centres de départements démographiquement importants organisent 20 à 24 séances par an (Finistère, Isère, Loire-Atlantique, Nord, Oise, Rhône, Seine-Maritime).

Le **nombre de dossiers examinés par CR** va de moins de dix (Cantal, Charente, Creuse, Jura, Lozère, Haute-Marne, Mayenne, Meuse, Nièvre) à 80 (Nord). 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).

¹⁷ « Certains employeurs n'appliquent pas le décret de 2008 et continuent de se « réfugier » vers un avis de la CR malgré une expertise favorable à l'agent ce qui maintient à un niveau élevé le nombre de dossiers à instruire ».

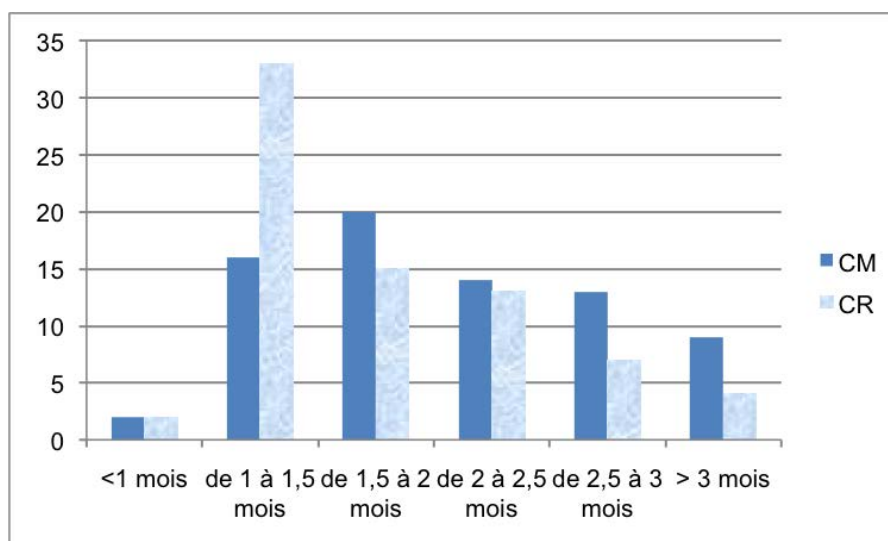
3.3 Les délais de traitement des dossiers sont en général raisonnables

3.3.1 Les délais de passage en instance médicale sont modérés, notamment en CR

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.

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. Seulement quatre centres affichent un délai moyen en CR supérieur à trois mois.

Graphique 3 : Délai moyen de passage en CM-CR déclarés par les centres de gestion



Source : Enquête mission – Décembre 2016

Les délais sont majoritairement attribués aux 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, sachant que les centres n'ont pas tous répondu à cette question).

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

Les cas d'incomplétude du dossier du fait de l'agent ou du fait de l'employeur sont respectivement cités par 34 et 51 centres. Ils sont donc largement constatés même si ces cas ne concernent pas tous les employeurs du département : certains centres précisent que les dossiers provenant de petites collectivités sont souvent de moindre qualité. Ces difficultés sont parfois atténuées par un accompagnement plus appuyé des petites collectivités par les centres de gestion.

Ainsi, selon un centre, « 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 ».

3.3.2 La pénurie de ressources médicales est un véritable handicap

Cette pénurie de médecin concerne tant la participation aux séances des IM que les expertises.

Si les difficultés de présence d'un généraliste en CM-CR ne sont citées que par 31 centres (soit quand même déjà 41 % des réponses), le frein lié à la présence nécessaire de spécialistes est cité par 59 centres, notamment en CR. Pour ce qui concerne les expertises, les difficultés concernent essentiellement, mais pas uniquement, les spécialistes et elles sont avérées dans 66 centres (soit 88 % des réponses). A noter l'intéressante pratique de visio-conférence pour les CR au CIG de grande couronne afin d'assurer la présence de spécialistes concernés que par quelques dossiers.

Les spécialités posant le plus de difficultés pour les expertises sont la rhumatologie (51 réponses), et, loin derrière, la neurologie, l'oncologie, la psychiatrie, la cardiologie (respectivement 29, 27, 24 et 22 mentions). Il est plusieurs fois fait état du refus de médecins agréés de la liste de procéder à des expertises. Dans un cas, il est indiqué que certains psychiatres demandent à « *voir les dossiers avant d'accepter de prendre les agents en expertise* ». D'autres médecins refuseraient la mission d'expertise car ils « *ne savent pas remplir les formulaires AF3 et ATI* ».

Plusieurs centres font par ailleurs état de leurs **craintes pour l'avenir**, de nombreux médecins étant âgés. La perspective d'une aggravation importante de la situation dans un proche avenir est citée par plusieurs centres :

- les médecins membres des instances médicales sont en majorité proches de la retraite et il n'y a pas de perspective de renouvellement ;
- « *les nouvelles générations de médecins ne sont pas attirées par la mission vu la faible rémunération proposée par les textes* » ;
- « *suite au renouvellement de la liste des médecins généralistes et spécialistes agréés en Loir-et-Cher par l'ARS en mai 2016, nous avons perdu environ 50 % de médecins par rapport à la précédente liste d'avril 2013* ».

Enfin plusieurs centres indiquent que le faible vivier de médecins peut créer des **problèmes de conflit d'intérêt** :

- « *Dans certaines spécialités, il est difficile voire impossible d'avoir des médecins différents pour l'expertise et pour siéger au sein de l'instance médicale* » ;
- « *5 médecins généralistes se partagent 4 séances mensuelles (3 à la DDCS et 1 au CDG) ; ce sont les mêmes qui font les expertises exploitables et il faut s'organiser pour qu'ils n'examinent pas les dossiers qu'ils ont expertisés, ce qui pose de plus en plus de difficultés* » ;
- L'obligation de ne pas inscrire le dossier à une séance à laquelle siège soit le médecin traitant de l'agent, soit le médecin qui l'a expertisé, est une contrainte qui peut induire des délais.

Ces constats rejoignent ceux faits par la mission notamment dans les Ardennes où les médecins généralistes ont indiqué qu'ils connaissaient souvent les agents qui passaient en IM.

De nombreux centres de gestion soulignent par ailleurs les problèmes suivants :

- les délais variables et la qualité inégale des expertises rendues par les médecins agréés ;
- le manque de formation des médecins experts sur les procédures aboutissant parfois à des avis inexploitable.

3.3.3 La faiblesse des tarifs de rémunération des médecins vient aggraver la situation

La rémunération réglementaire des médecins experts pour siéger dans les IM ou pour produire des expertises est insuffisante et très inférieure aux tarifs d'autres organismes (CNAM, assurances...). Afin de pouvoir disposer d'expertises pour passer en IM, des dépassements d'honoraires sont fréquents (jusqu'à sept fois dans un département) avec, à la clé, une disparité de tarifs d'une administration à l'autre.

A noter la pratique intéressante du CIG de Grande couronne qui a mis en place depuis 2016 une rémunération des séances et des expertises sous forme de vacations remboursées par les collectivités intéressées, en application du décret 2015-1869 du 30.12.2015. 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 expertises. Il intéresse notamment les médecins hospitaliers.

Ainsi un CDG indique que « certaines collectivités mandatent leurs paiements en se référant à l'arrêté précédemment cité [arrêté du 3 juillet 2007], ce qui a pour conséquence un refus de la part des médecins agréés de réaliser de nouvelles expertises puisque leurs factures ne sont pas acquittées en totalité. Compte-tenu du « désert médical » dont souffre notre département, le nombre de médecins agréés reste faible. Des médecins agréés hors de notre département sont alors sollicités occasionnant ainsi des frais de déplacement supplémentaires. Bon nombre de collectivités règlent les honoraires demandés et se retrouvent donc « hors la loi ». Dans ce cas, l'Autorité Préfectorale peut être amenée à leur faire une remarque dans le cadre du contrôle exercé a posteriori. De même la chambre régionale des comptes dans sa mission de contrôle peut être amenée à faire les mêmes remarques que l'autorité préfectorale. ».

En Pays-de-la-Loire il y aurait « au moins 3 façons de rémunérer les médecins agréés pour les expertises, ce qui crée des conflits lorsque nous avons des agents à envoyer en expertise hors département ».

Dans le cadre de travaux animés par la PFRH de Bretagne, ces divergences de tarifs ont été mises en évidence :

Tableau 3 : Tarif des expertises pratiquées par les centres de gestion de Bretagne (en euros)

	CDG 29	CDG 56	CDG 22	CDG 35
GENERALISTES	56	52	Barème arrêté	80,50
SPECIALISTES	56	56		87,40
PSYCHIATRIE	87.40	87.40		87,40
CARDIOLOGIE	98	98		98
RHUMATOLOGIE	70	56		67,20 (56 + TVA) Ou 80,50 ou 150

Source : Réponse au questionnaire du CDG d'Ille-et-Vilaine tirée des travaux de la PFRH Bretagne en 2016

4 LES PROPOSITIONS D'EVOLUTION

A l'unanimité les centres de gestion souhaitent le **maintien des CM et des CR**.

4.1 Des propositions pour pallier le manque de médecins

4.1.1 Limiter la charge pour les médecins membres des IM ou les expertises

L'intérêt d'un médecin secrétaire pour éviter les expertises systématiques est souligné. Deux départements proposent de généraliser cette pratique (quelques vacations hebdomadaires suffisent) pour réduire le nombre des expertises et partant les délais. Il est en effet souligné que les médecins traitants ne connaissant pas le fonctionnement des instances médicales et sont réticents à donner des informations en mettant en avant le respect du secret médical ; cet obstacle est plus facilement levé par un médecin.

Le centre de la Réunion propose que ce médecin secrétaire puisse, dans certains cas, consulter l'agent afin d'évaluer avec précision son état de santé, ses possibilités de récupération et de reprise ultérieure (prévention de la désinsertion professionnelle).

Plusieurs départements soulignent la **charge induite par la multiplication des instances**, d'une part, lorsque plusieurs collectivités organisent leurs propres IM et, d'autre part, du fait du dédoublement des instances entre FPT et autres fonctions publiques (restant gérées par la DDCS(PP)). Plusieurs départements indiquent l'intérêt d'un CM commun pour les trois fonctions publiques même lorsque le centre de gestion assure le secrétariat de ses dossiers. Cette mutualisation « *évite la concurrence entre administrations* » sur le temps-médecin disponible.

Autre mesure de nature à réduire le nombre d'expertises par une amélioration de leur qualité, **la formation des médecins experts**.

4.1.2 Accroître la liste de médecins agréés et les former

Les difficultés en matière d'expertise motivent de nombreuses propositions en matière de **construction de la liste des médecins agréés** : campagne d'information, sollicitation des médecins retraités... Il est également proposé de mettre à disposition des locaux pour les médecins retraités qui accepteraient de faire des expertises et n'ont plus de cabinet pour ce faire.

Plusieurs centres pointent **l'importance d'un fonctionnement en réseau** et d'un tutorat pour susciter des vocations et proposent des initiatives concrètes :

- constitution par l'ARS d'un groupe référent de médecins agréés tuteurs (généralistes et spécialistes) ; désignation par l'ARS d'un médecin agréé tuteur et dont le nom serait communiqué lors de la délivrance de l'agrément (35) ;
- transmission d'un guide sur le rôle des médecins agréés dans le cadre des procédures administratives traitées en IM (35) ou élaboration d'un document détaillant les différents congés des agents territoriaux et le fonctionnement des instances, à communiquer par l'ARS ou le conseil de l'ordre (25) ;
- formation progressive d'un maillage entre professionnels de santé permettant une meilleure compréhension des IM, un transfert d'informations médicales plus fluide, dans le respect de la déontologie (974) ;

- organisation par les centres de gestion de rencontres avec les médecins agréés volontaires. « *L'attente d'informations sur la gestion de l'inaptitude et la maladie dans la fonction publique est importante (50 médecins présents en 2015)* » (CIG grande couronne notamment).

La formation des médecins agréés est en outre préconisée par de nombreux centres pour améliorer la qualité des expertises : au moins treize centres ont détaillé ce point et certains suggèrent qu'elle soit obligatoire. Plusieurs options sont proposées : formations obligatoires sur le statut de la FPT pour les médecins agréés (par exemple, 5 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, les formations existantes se limitant au seul aspect du dommage corporel.

Des suggestions sont faites pour **recourir davantage aux médecins hospitaliers**. A noter la pratique de la Meurthe-et-Moselle qui 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.

4.1.3 Revaloriser la rémunération des médecins

La revalorisation de la rémunération est considérée comme une nécessité par la quasi-totalité des centres de gestion : 66 centres la demandent.

Les centres soulignent que la rédaction des rapports est chronophage au regard du montant des honoraires facturés, très inférieurs aux tarifs proposés par d'autres organismes. L'existence de tarifs différents entraîne en outre une concurrence entre administrations, au détriment de ceux qui appliquent strictement les textes.

Le CIG de grande couronne propose de systématiser sa pratique de rémunération par vacation qui permet aux médecins de mieux se retrouver dans la multitude de pratiques des administrations.

4.2 Le maintien de la compétence au plan départemental dans le cadre d'un pilotage national

4.2.1 Maintenir la compétence au niveau départemental

A l'unanimité, **les centres de gestion jugent adéquat l'exercice de la compétence au niveau départemental et rejettent toute régionalisation**, même si le centre de Montbéliard fait état d'une mutualisation partielle pour les agents de la région : « *le centre de gestion du Doubs et la Région Bourgogne-Franche-Comté ont mis en place une coordination au niveau du territoire Franc-Comtois : le centre de gestion du Doubs est l'interlocuteur unique de la Région : nous recevons les saisines concernant les 4 départements comtois et nous transférons celles pour lesquelles nous ne sommes pas territorialement compétents aux centres de gestion concernés. Ce dispositif fonctionne avec succès depuis bientôt 1an.* ».

Dans le cadre de ses entretiens avec l'ARF, il a été rapporté un dispositif similaire en région Centre-Val-de-Loire. Par ailleurs le représentant de la région PACA a indiqué avoir conventionné avec le centre des Hautes-Alpes pour ses agents du Var.

4.2.2 Répondre au besoin de formation et de travail en réseau

Plusieurs centres insistent sur le **besoin d'harmonisation nationale des pratiques**. Ce besoin porte d'abord sur la doctrine médicale : par exemple, suivant les départements, les pathologies psychiatriques considérées comme réactionnelles sont considérées ou pas comme justifiant l'octroi d'un CLM. L'harmonisation doit également concerner la conduite juridique à tenir selon la teneur de l'expertise : par exemple, lorsque l'expert valide une prolongation de CLM ou de CLD en précisant « retraite pour invalidité à l'issue », le CM doit-il ou pas envisager de refuser cette prolongation pour se prononcer directement sur cette retraite ?

Les propositions suivantes illustrent le besoin de directives nationales basiques, de formalisation et de référent :

- mise en place au plan national « *d'une aide en ligne sur les questions statutaires et légales concernant les instances médicales* » (58) et d'une veille législative et réglementaire ;
- formalisation « *d'une procédure, claire, définie par des textes officiels pour les contestations auprès de la commission de réforme* » (38), « *des missions et délégations des agents administratifs qui assurent le secrétariat des instances pour le compte des médecins secrétaires (par exemple, création de modèles de délégation de signature pour les courriers d'information d'inscription à l'ordre du jour, etc...)* » (04) ;
- besoin d'une base de données et de conseils mutualisée sur les maladies professionnelles hors tableau (23) ; la reconnaissance des maladies professionnelles est citée par deux autres départements (38 et 77) comme posant problème et nécessitant une officialisation de la référence des tableaux des maladies professionnelles de la sécurité sociale¹⁸ ;
- « *le comité médical supérieur pourrait jouer un rôle de conseil auprès des comités départementaux en diffusant un référentiel, en communiquant sur les pathologies devant ou non être reconnues...* » (24) ;
- échanges de pratiques afin d'uniformiser les pratiques et d'échanger sur les difficultés rencontrées soit inter-centres de gestion, soit dans un réseau au-delà des centres de gestion (13).

4.3 Un assouplissement du formalisme de la commission de réforme (CR)

La complexité de la mise en place des commissions de réforme comporte d'importants inconvénients : retards dans le traitement de la situation des agents, risque de fragilisation juridique des décisions prises sur la base de leur avis...

Les difficultés liées aux exigences de quorum sont fréquemment citées avec des propositions récurrentes de modification de ces règles de quorum voire de la composition des CR.

Les propositions ci-après sont listées sans que la mission en ait vérifié la pertinence ou la faisabilité.

4.3.1 Autonomiser les centres de gestion dans l'organisation de leurs CR

Certains centres proposent une plus grande indépendance par rapport à l'Etat en termes de désignation des membres de ces instances. La réécriture des textes relatifs à l'organisation des instances après le transfert de compétences vers les centres de gestion est nécessaire selon le centre de gestion du Nord. Plusieurs centres proposent, à tout le moins, que les arrêtés de

¹⁸ Point traité dans le cadre de 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 la sécurité au travail dans la fonction publique.

composition des CR soient pris par le président du CDG (55, 64) ou que ce dernier puisse au moins désigner le président de la commission (64, 08).

4.3.2 Revoir les règles de composition des CR

Dans le cadre d'une révision des règles de composition des CR prenant acte de la prise en charge du secrétariat des CR par les CDG, il est suggéré une simplification de la composition de ces instances, actuellement beaucoup trop contraignante :

- **en désignant les mêmes représentants de l'administration pour les collectivités affiliées et non affiliées adhérentes** (69, 64) ;
- **en donnant le pouvoir de siéger aux membres de l'administration du centre de gestion et aux syndicats les plus représentatifs sur le département pour chaque catégorie d'agent** (44) ; en introduisant la possibilité d'effectuer un tirage au sort lorsque la commission administrative paritaire ne comporte pas d'organisation syndicale représentée (64) ;

« pour le collège « représentant des employeurs » une composition issue du Conseil d'administration du centre de gestion concerné puisque l'ensemble des collectivités non affiliées adhère au Socle Commun de Compétences. Cela simplifierait l'organisation des ordres du jour des séances (surtout pour les départements qui ont plusieurs collectivités non affiliées) ».

Sont en outre évoquées par différents départements les difficultés de quorum ou de programmation de réunion avec des élus qui doivent parfois se déplacer pour uniquement pour quelques dossiers ainsi que les délais à la suite des élections locales. Ces éléments sont confortés par les éléments recueillis par la mission sur les inconvénients liés à la représentation de l'employeur sur des dossiers aussi techniques.

- **en réduisant le nombre de configurations de CR à trois (A, B et C) pour les fonctionnaires territoriaux ;**

« il nous arrive fréquemment d'avoir 14 compositions avec les collectivités non affiliées : difficiles à gérer » (44).

« La composition de la Commission de Réforme est contraignante : les multiples compositions par groupes hiérarchiques et pour chaque collectivité adhérente engendrent des difficultés organisationnelles (45 compositions au total dont 3 pour les collectivités affiliées, 24 pour les collectivités adhérentes, 5 pour les sapeurs-pompiers professionnels et 13 pour les sapeurs-pompiers volontaires) » (64).

- **en supprimant l'obligation de présence du médecin spécialiste** en toute hypothèse ou dans les cas où figure au dossier l'expertise d'un spécialiste (22, 33, 38, CIG grande couronne) ; cette proposition est également faite pour le CM ;

« La présence d'un médecin spécialiste « en cas de besoin » implique, selon le juge administratif, qu'un médecin spécialiste doit obligatoirement être présent pour chaque type d'affection. »

« Tout le monde sait par ailleurs que les médecins spécialistes sont peu présents en séance du Comité médical (ils consultent les dossiers en amont de la réunion en fonction de leurs emplois du temps) ».

- **en faisant « disparaître la composition particulière de la commission de réforme pour les sapeurs pompiers volontaires prévue par le Décret 92-620 du 7 juillet 1992 qui complique les choses et ne semble pas apporter une amélioration (ces dossiers sont pour la plupart ajournés faute de quorum) »** (44) ; en transférant la gestion du secrétariat de la commission de réforme des sapeurs-pompiers volontaires aux centres de gestion et en supprimant la désignation des représentants du personnel des sapeurs-pompiers volontaires pour chaque grade¹⁹ (64).

¹⁹ Réglementation jugée par ailleurs « obsolète » la reconnaissance de l'imputabilité pouvant être décidée directement par l'employeur comme pour les fonctionnaires territoriaux.

4.3.3 Préciser les règles de quorum pour les alléger

La fixation du quorum à quatre voix délibératives associée aux multiples compositions est trop contraignante. Il est également signalé que rien n'est prévu en cas d'absence de quorum deux fois de suite et que le statut du médecin spécialiste en termes de voix délibérative n'est pas clair.

Il est donc proposé de :

- se limiter à trois voix délibératives (64) ;
- voire de supprimer toute condition de quorum pour ce qui concerne le passage en CR pour ATI ou retraite pour invalidité (974) ;
- permettre la réunion même en présence d'un seul médecin (77) ;
- permettre des instances médicales restreintes ou par délégation pour les situations urgentes (ex : demande de réintégration en temps partiel thérapeutique - 50).

4.3.4 Interroger la présence des agents aux CR et réduire le formalisme

Il est tout d'abord suggéré de « **réduire le délai de convocation des agents lors des commissions de réforme (passer de 15 jours à 10 jours) pour harmoniser ce délai avec celui des autres membres et permettre ainsi la programmation d'un plus grand nombre de dossiers** » (38), voire à une semaine (974).

Il est également proposé de supprimer l'obligation faite aux médecins de prévention de remettre un rapport écrit (64) et l'envoi d'une note de présentation aux représentants du personnel.

La convocation obligatoire de l'agent est également questionnée par plusieurs départements, l'éventuelle audition pouvant par exemple n'être ouverte qu'en cas de contestation (33).

Cette audition pose en outre un problème d'équilibre, la hiérarchie de l'agent n'étant pas en mesure de s'exprimer devant la CR. Il est proposé soit de permettre l'audition de la hiérarchie (50, 44), soit « d'engager une réflexion sur le contradictoire devant la commission de réforme (accès au dossier par la collectivité, audition possible du service RH dans certains dossiers) » (69). Cette problématique a été soulignée auprès de la mission par l'ensemble des DRH de collectivité rencontrés (association des DRH de grandes collectivités, DRH de région...).

4.3.5 Voire interroger l'existence même d'une instance paritaire pour rendre un avis médical

Des centres de gestion plus isolés interrogent la logique de la CR selon des orientations différentes :

- **pour rapprocher cette instance du régime général** : en la dotant d'un pouvoir de décision, en lui donnant des prérogatives identiques à celles de la CPAM et le pouvoir de déterminer ou non l'imputabilité au service d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle en s'appuyant sur les critères du régime général²⁰ ; en donnant aux médecins de prévention les mêmes prérogatives que les médecins du travail, en particulier en matière d'aptitude ou d'inaptitude ;

²⁰ L'ordonnance du 19 janvier 2017 clarifie en partie ce point.

- **pour mettre fin à des saisines abusives** : en exonérant la commission des saisines liées au contrôle des arrêts de travail et de leur prolongation au titre d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, ce rôle devant relever du seul médecin agréé ; cela clarifierait le rôle de la commission de réforme exclusivement et seulement compétente sur la reconnaissance de l'imputabilité (« *Trop de collectivités saisissent la CDR dans ce cas alors que cela ne ressort pas de son champ de compétence, nulle part ce cas de saisine n'est inscrit dans les textes* ») ;
- **pour limiter la parité aux seuls cas où elle apporte une plus-value** : en limitant les cas de saisine de la commission à ceux où la présence des collègues des employeurs et des représentants du personnel apportent un plus à la gestion du dossier, ce qui n'est pas le cas par exemple des rechutes, de l'octroi ou renouvellement d'un temps partiel thérapeutique ; voire, pour un autre département, en remettant totalement en cause le principe de la parité des CR, l'objet de cette commission étant exclusivement médical ; ceci entraînerait selon les propositions d'un troisième département la fusion des deux instances.

4.4 La suppression de cas de passage en CM-CR et devant le CMS

40 centres proposent un allègement des cas de saisine des CM/CR.

4.4.1 Supprimer la possibilité de recours devant le CMS

Certains souhaitent la suppression du recours devant le CMS (trois réponses en ce sens).

A l'appui de cette proposition sont soulignés le délai d'attente de 18 mois et le caractère consultatif de ce deuxième avis. Un département propose que les agents aient la possibilité de faire un recours dit gracieux, obligatoire avant tout recours contentieux, aux fins d'obtenir un deuxième avis du comité médical départemental ou de la CR (35).

4.4.2 Supprimer des cas de saisine du CM

Les centres de gestion proposent un certain nombre de cas qui ne nécessiteraient pas selon eux un passage devant le CM. La liste ci-dessous énumère toutes les propositions faites, certaines étant contradictoires entre elles²¹ :

- absence de consultation du CM pour **certains cas relatifs aux congés maladie** :
 - avant six mois de congé maladie et pour les arrêts de travail d'un sapeur-pompier volontaire supérieur à 15 jours ;
 - renouvellement des congés dans les cas suivants :
 - tous renouvellements des CLM, CLD et CGM, sur expertise, sous l'éventuelle réserve d'une formation obligatoire des médecins agréés (08, 69, 64) ; la durée d'octroi des CLM / CLD / Grave maladie pourrait être portée à un an en cas de pathologies lourdes (50, 77, 17) ;
 - prolongation du congé de maladie ordinaire au-delà de 6 mois consécutifs (le comité répond toujours favorablement) ;
- pas de saisine du CM en matière de **temps partiel thérapeutique (TPT)**²² :

²¹ Les cas où plusieurs départements ont fait la même proposition sont indiqués.

²² L'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 ne rend plus obligatoire la consultation d'une instance médicale lorsque médecin traitant et médecin agréé sont concordants.

- octroi et renouvellement du TPT si l'agent, l'employeur, le médecin de prévention et le médecin traitant sont d'accord (02, 08, 15, 38, 64, 69, 71, 74, 77, 79, 85, 974, CIG petite couronne) ;
- à défaut de la proposition ci-dessus, permettre un octroi de TPT au-delà de trois mois ;
- pas de consultation du CM en matière de **réintégration, d'aménagement de poste et de reclassement** dans les hypothèses suivantes :
 - réintégration, excepté les cas particuliers de l'inaptitude et du reclassement, la collectivité ayant toujours la possibilité de recourir au médecin agréé et au médecin de prévention (974, 44) ;
 - aptitude à reprendre à plein temps avec ou sans aménagement de poste si l'agent, l'employeur, le médecin de prévention et le médecin traitant sont d'accord (08, 974, CIG grande couronne) ;
 - aménagements de poste, à confier directement à l'appréciation du médecin de prévention (44, 38, CIG grande couronne) ;
 - reclassement si l'agent, l'employeur, le médecin de prévention et le médecin traitant sont d'accord (plusieurs centres) ;
- suppression de la consultation du CM en matière de **retraite et d'allocations invalidité** :
 - procédure simplifiée pour retraite pour invalidité ;
 - en matière d'attribution ou de révision de l'allocation temporaire d'invalidité (transfert au médecin agréé de la compétence).

4.4.3 Supprimer des cas de saisine de la CR

Il est proposé de ne pas avoir à saisir la CR dans les cas suivants :

- demande d'imputabilité pour des arrêts de moins d'un mois ;
- octroi et renouvellement du TPT si l'agent, l'employeur, le médecin de prévention et le médecin traitant sont d'accord (08, 77, 974, CIG grande couronne) ;
- reclassement si l'agent, l'employeur, le médecin de prévention et le médecin traitant sont d'accord (plusieurs centres) ;
- retraite pour invalidité, allocation temporaire d'invalidité (ATI) ou allocation d'invalidité temporaire (AIT) :
 - soit en rattachant la retraite pour invalidité sans lien avec un risque professionnel au comité médical et celle avec un risque professionnel à la commission de réforme ;
 - soit en supprimant les saisines pour ATI, retraite pour invalidité et AIT, la CR n'étant « *qu'une sorte de chambre d'enregistrements pour ces motifs de saisine* ».

4.4.4 Prévoir des souplesses ou des éclaircissements dans certains cas

Certaines situations nécessiteraient des souplesses ou des éclaircissements. Sont ainsi demandées les actions suivantes :

- donner au comité médical plus de latitude afin de pouvoir limiter la durée de prolongation des congés à des périodes inférieures à trois mois (1 mois, 2 mois... - 38 et 17) ;
- officialiser la possibilité du placement en CMO d'office (uniquement prévue par la jurisprudence) ;

- clarifier les conditions d'octroi et de gestion du CLM fractionné, actuellement régi par les dispositions de la circulaire ministérielle du 13 mars 2006 (77) ; détailler les conditions d'octroi d'un CLM pour soins périodiques qui n'est bien souvent accordé que pour les cas de dialyses ;
- éclaircir les saisines pour les disponibilités d'office pour maladie. « *Actuellement c'est le CM qui est compétent sauf pour le dernier renouvellement et la 4ème année exceptionnelle. On pourrait envisager que le CM soit l'instance compétente pour l'intégralité de la gestion d'une disponibilité d'office pour maladie* » (69) ou renoncer à la saisine de la CR pour le dernier renouvellement de la disponibilité d'office pour raison de santé (4ème année - 64).

4.5 Des propositions de modification statutaire

Au-delà des instances médicales, il est proposé de rénover le droit statutaire pour simplifier l'ensemble du dispositif. Les propositions ci-après n'ont pas été expertisées par la mission et sont évoquées le plus fidèlement possible. Certaines d'entre elles ont reçu une réponse dans le cadre de l'ordonnance du 19 janvier 2017.

- **Assouplir les règles d'attribution du TPT :**
 - ne plus avoir de délai (6 mois aujourd'hui) en maladie ordinaire pour pouvoir prétendre à un temps partiel thérapeutique (15, 44, 58)²³ ;
 - ne plus limiter le temps partiel thérapeutique à un an par pathologie dans la carrière.
- **Interroger la pertinence du CLD et de sa durée :** cette durée ne favorise pas forcément la reprise à l'agent (congé trop long) et ce congé est peu souple car limité à l'attribution d'un congé par groupe d'affection au cours de la carrière du fonctionnaire ; en toute hypothèse la liste des pathologies ouvrant droit à congé de longue durée est à actualiser.
- **Rechercher des parades aux arrêts de complaisance** « *Le fait de retrouver des droits à maladie au bout d'un an d'activité (et surtout d'y inclure le temps partiel thérapeutique) parsemé de congé annuel, permet à l'agent une certaine facilité à se maintenir en arrêté de complaisance* ».
- **Faire évoluer la gestion des agents relevant de l'IRCANTEC** (propositions pas toutes cohérentes entre elles) :
 - ne plus voir les agents IRCANTEC au comité médical puisqu'ils dépendent en principe du régime général de la Sécurité sociale (44) ;
 - harmoniser les règles d'accident de service et maladies professionnelles (agents CNRACL et IRCANTEC – 58) ;
 - simplifier la gestion des dossiers des agents fonctionnaires Ircantec relevant à la fois du régime sécurité sociale et du statut de fonctionnaire (68) ;
 - étudier l'opportunité d'adopter pour les agents CNRACL des dispositions identiques à celles du régime général pour une meilleure lisibilité et équité. Les CDG pourraient alors, assurer pour les fonctionnaires territoriaux de leur ressort, le rôle de la CPAM pour les salariés du secteur marchand (74).
- **Améliorer le processus d'indemnisation invalidité :**
 - faire évoluer le barème des infirmités qui est obsolète ou harmoniser les barèmes avec le privé ;

²³ L'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 a répondu à cette demande.

- supprimer le recours préalable aux médecins conseil de la CPAM (décret 60-58 du 11 janvier 1960) lors des demandes d'attribution des indemnités de coordination ou de l'allocation d'invalidité temporaire (AIT). Les IM pourraient statuer directement au vu du dossier médical.

➤ **Faciliter le reclassement et clarifier le processus en cas d'inaptitude :**

- « diminuer le temps de la disponibilité d'office où la plupart du temps les dossiers aboutissent à une inaptitude définitive aux fonctions : ce qui fait que l'agent après 4 ans d'absence sur un poste de travail devient de plus en plus inemployable » ;
- « autoriser les ruptures conventionnelles ou toutes autres solutions (indemnités de départ volontaire) facilitant une séparation rapide, ce qui éviterait à un grand nombre de différends d'évoluer en conflit puis en CLM ou CLD et enfin en retraite pour invalidité. Une fois l'agent enfermé dans la maladie, le retour à l'emploi est compromis voire impossible (surtout en fin de CLD). Le CM est de plus en plus souvent confronté à des situations d'inaptitude non pas à l'emploi mais à l'administration : cette situation n'est pas prévue par le statut et la mobilité est actuellement très difficile à mettre en œuvre dans l'intérêt commun de l'agent et de son employeur. » ;
- « préciser à l'article 24 de l'arrêté du 4 août 2004 que la saisine sur le caractère provisoire ou définitif de l'inaptitude constatée de l'agent peut être effectuée au bout de 12 mois d'arrêt de travail continu au titre de l'accident de service ou de la maladie professionnelle (ce délai par référence au code de pension civile et militaire mérite d'être introduit dans l'arrêté pour lever le doute sur son application au sein de la FPT) » ;
- imposer un délai pour la mise en œuvre du reclassement ; instaurer une position spéciale pour les agents déclarés définitivement inapte à leurs fonctions pour leur permettre d'être reclassés, de se former, remplir des missions temporaires...²⁴ ;
- « rendre obligatoire le reclassement dès la déclaration d'inaptitude définitive au poste (ne plus exiger une demande de l'agent pour rendre possible cette recherche de reclassement) » ;
- faire dépendre des centres de gestion les agents déclarés définitivement inapte à leurs fonctions et en cours de reclassement avec prise en charge de leur rémunération par la collectivité dernier employeur ou par la voie d'une mutualisation (44) ;
- obliger les collectivités lorsqu'elles ont des vacances de poste à engager ces agents en priorité ;
- faire évoluer le cadre législatif et réglementaire (ex : exigence d'une double visite à l'embauche).

➤ **Améliorer la rémunération des agents malades :**

- « clarifier les textes sur la rémunération des congés (exemple : prise en charge en maladie professionnelle ou en accident jusqu'au lendemain de la commission de réforme qui a rendu un avis sur la question de la consolidation lorsque celle-ci est effective depuis 2 ans, 6 mois...) » ;
- « obliger les collectivités territoriales à adhérer au contrat groupe assurance statutaire du Centre de gestion pour une meilleure garantie des employeurs, des agents, une gestion équitable sur le territoire départemental ».

²⁴ L'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 prévoit une période de préparation au reclassement avec traitement d'une durée maximale d'un an. Cette période est assimilée à une période de service effectif.

5 QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX CENTRES DE GESTION

Présentation

Le Premier ministre a souhaité qu'une évaluation des politiques publiques soient menée concernant les instances médicales de la fonction publique (comités médicaux et commissions de réforme) des trois fonctions publiques. Cette démarche est menée en cohérence avec les négociations en cours menées par la DGAFP sur le plan santé au travail.

Une mission composée par quatre inspections (IGAS, IGF, IGA, IGAENR) est chargée de réaliser cette évaluation. Elle a sollicité la FNCDG pour mieux prendre en compte les réalités de la Fonction publique territoriale qui ont beaucoup évolué avec la loi du 12 mars 2012.

Les données statistiques disponibles sont relativement anciennes puisqu'elles remontent à une enquête de janvier 2011.

Pour tout questionnement concernant le sens de certaines questions, vous pouvez contacter par mail les membres de la mission (marianne.bondaz@iga.interieur.gouv.fr ou aurelien-ardillier@iga.interieur.gouv.fr) et la FNCDG lucie.vilmot@fncdg.com, ainsi que par téléphone : Lucie Vilmot de la FNCDG au 01 XXXXXX ou Marianne Bondaz au 06 XXXXXXXX.

Centre de gestion de :

Nom et coordonnées de la personne à rappeler pour demander des précisions :

1. Données propres au secrétariat assuré par le centre de gestion :

Nb de fonctionnaires territoriaux potentiellement concernés par les instances médicales (IM - ordre de grandeur) :

- dont effectif relevant de collectivités affiliées ?

Nb de collectivités non affiliées mais ayant passé convention avec le CDG pour la tenue du secrétariat des IM ? :

Nb des collectivités assurant leur propre secrétariat ? :

Nb de dossiers traités par le centre de gestion en 2015

- pour traitement en comité médical (CM) :

- pour traitement en commission de réforme (CR) :

Effectifs consacrés à cette mission au centre de gestion (en ETP par catégorie) :

2 Eléments relatifs aux réunions des instances médicales

Organisez-vous les réunions

- de CM ?

oui - non (rayer la mention inutile)

- de CR ?

oui - non (rayer la mention inutile)

Comité médical

Vos dossiers sont-ils examinés dans des **CM** spécifiques ? *oui - non (rayer la mention inutile)*

- si oui, combien de réunions de CM concernant le centre de gestion en 2015 ?.....

- si oui, ces réunions se tiennent-elles au centre de gestion ?.....

Vos dossiers sont-ils examinés lors de séances spécifiques au centre de gestion ?

oui - non (rayer la mention inutile)

- si oui, combien de réunions de CM concernant le centre de gestion en 2015 :
- si oui, ces réunions se tiennent-elles au centre de gestion ? *oui - non (rayer la mention inutile)*

Quel est le délai moyen de passage en CM (arrivée du dossier complet jusqu'au passage en comité) ?

.....

- ampleur et raisons d'éventuels délais excessifs :
- autres difficultés rencontrées ou commentaires :

Commission de réforme

Combien de **CR** organisées en 2015 spécifiques au centre de gestion :

- Assurez-vous la présidence de la CR ? *oui - non (rayer la mention inutile)*
- Ces réunions se tiennent-elles au centre de gestion ? *oui - non (rayer la mention inutile)*

Quel est le délai moyen de passage en CM (arrivée du dossier complet jusqu'au passage en comité) ?

.....

- ampleur et raisons d'éventuels délais excessifs :
- autres difficultés rencontrées ou commentaires :

3 Difficultés rencontrées

Difficultés rencontrées à la reprise de la fonction de secrétariat

- retard d'instruction de la DDCS *oui - non (rayer la mention inutile)*
 - o si oui, nb de mois de traitement de retard :
- dossiers mal archivés *oui - non (rayer la mention inutile)*
- Commentaires éventuels :

Difficultés liées au retard dans la constitution du dossier

- par l'agent *oui - non (rayer la mention inutile)*
- par l'employeur *oui - non (rayer la mention inutile)*
- Commentaires éventuels :

Difficultés liées à la disponibilité des médecins

- médecins généralistes pour siéger en CM /CR ? *oui - non (rayer la mention inutile)*
- médecins spécialistes pour siéger en CM/CR ? *oui - non (rayer la mention inutile)*
- médecins spécialistes pour réaliser les expertises ? *oui - non (rayer la mention inutile)*
 - o si oui en quelle spécialité ? :
- Commentaires éventuels :

Autres difficultés rencontrées :

4 Evolutions souhaitées

Etes-vous favorable à :

- La suppression du CM ? *oui - non (rayer la mention inutile)*
- La suppression de la CR ? *oui - non (rayer la mention inutile)*
- La suppression de certains cas de recours ? *oui - non (rayer la mention inutile)*
 - o Si oui, dans quels cas :

- Le portage du dispositif à un autre niveau que le niveau départemental actuel ?
oui - non (rayer la mention inutile)
 - o Si oui, au niveau régional ? *oui - non (rayer la mention inutile)*
 - o Autre :
- L'amélioration de la rémunération des médecins membres des instances médicales ?
oui - non (rayer la mention inutile)

Commentaires éventuels :

Plus généralement, quelles sont les propositions concrètes que vous souhaiteriez faire pour améliorer le dispositif ?.....

ANNEXE 4 : LES CONSTATS EN ADMINISTRATION CENTRALE ET LA SPECIFICITE DE LA POLICE NATIONALE

1	Un système globalement efficace et satisfaisant	77
1.1	Des périmètres d'action variables selon les départements ministériels	77
1.2	Une organisation homogène.....	77
1.2.1	Une volumétrie maîtrisable	77
1.2.2	Un formalisme très similaire... ..	77
1.2.3	...permettant des délais de traitement convenables mais parfois longs en commission de réforme	78
1.3	Des moyens dédiés	79
1.3.1	Des secrétariats bien identifiés	79
1.3.2	Un suivi statistique propre à chaque ministère.....	79
1.3.3	Des avis pratiquement toujours suivis.....	79
1.4	Des instances moins concernées par la pénurie de médecins.....	79
1.5	Un contentieux très peu important et un recours exceptionnel au CMS	80
2	Un système qui reste perfectible.....	80
2.1	La connaissance du dispositif par les agents peut être améliorée.....	80
2.2	La formation des personnels gestionnaires et membres des secrétariats des IM est à renforcer	80
2.3	Le suivi d'activité est très lacunaire	81
2.4	Les coûts dédiés ne sont pas identifiés	81
3	Une méconnaissance des situations en services déconcentrés et une absence de pilotage et de directives	81
3.1	L'activité des opérateurs et des services déconcentrés ne fait l'objet d'aucun suivi.....	81
3.2	Le dispositif n'est pas piloté par ministère en direction des gestionnaires locaux en matière de préparation du travail des instances médicales.....	82
3.3	Il n'existe pas non plus de pilotage transversal aux administrations centrales.....	82
4	La mise en place de quelques solutions innovantes pour pallier les carences et difficultés constatées.....	82
5	Un système singulier : le régime dérogatoire de la police nationale.....	83
5.1	Une organisation territoriale particulière	83

5.2	Des dispositions contraignantes liées à un système de médecine statutaire	84
5.3	Des dispositions statutaires permettant de résoudre de façon plus souple les situations individuelles	84

Les constats ci-après sont une synthèse des entretiens menés par la mission auprès des administrations centrales pour leurs agents et pour le cas particulier des personnels non administratifs de la police nationale. Ils s'appuient sur les éléments chiffrés quand ils ont été communiqués par les administrations.

1 UN SYSTEME GLOBALEMENT EFFICACE ET SATISFAISANT

1.1 Des périmètres d'action variables selon les départements ministériels

Les périmètres théoriques d'intervention des instances ministérielles varient selon les effectifs des administrations centrales (de 2 800 à 14 500 ETP).

Les instances médicales ministérielles gèrent en principe le périmètre du personnel de l'administration centrale affecté en Île-de-France mais parfois également les personnels d'opérateurs ou plus rarement de services déconcentrés.

Ainsi, le ministère de la justice gère, en plus des 3000 agents de l'administration centrale, de Nanterre, Bobigny et Créteil, les agents et magistrats de la cour de cassation, d'appel et des tribunaux de Paris, de l'administration pénitentiaire de Paris, du service d'insertion et de probation de Paris, du Conseil constitutionnel, de la direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse, de la Grande chancellerie de la Légion d'honneur, de Nouvelle-Calédonie et de Saint Pierre et Miquelon. Il en est de même pour le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche qui prend en charge les agents du rectorat de Paris, les agents de l'académie de Paris ainsi que les professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH) parisiens. Les instances du ministère des affaires sociales et de la santé prennent en charge les établissements de santé parisiens hors Assistance publique des Hôpitaux de Paris.

Ces pratiques de gestion se sont développées sans fondement réglementaire formalisé.

Le ministère des affaires étrangères et du développement international (MAEDI) fait exception puisqu'il gère de façon centralisée, en plus des 2.800 agents de l'administration centrale, l'ensemble des agents et des dossiers des personnels en poste à l'étranger (y compris la population spécifique des gendarmes et des conseillers militaires en poste et des policiers contractuels qui dépendent du MAEDI, soit au total environ 9 000 agents, hors les 5 000 agents de droit local).

1.2 Une organisation homogène

1.2.1 Une volumétrie maîtrisable

Le nombre de dossiers examinés reste globalement raisonnable et maîtrisable (entre trois et treize dossiers par commission de réforme et 10 à 90 dossiers par le comité médical). Aucun des départements ministériels rencontré par la mission n'a fait état de situation de stocks non traités.

1.2.2 Un formalisme très similaire...

En règle générale, le processus est le suivant : programmation d'un calendrier des commissions ou comités – convocation et envoi des dossiers nominatifs aux experts environ quinze jours avant-tenu de l'instance (rapporteur rédigeant une fiche de synthèse puis décision) et rédaction du procès-verbal en cours d'instance ou dans les 48 heures au plus tard .

Dans la majorité des cas, le comité médical se réunit une fois par mois sauf au mois d'août. Les commissions de réforme sont en revanche nettement moins fréquentes (cinq à huit selon les cas, trois pour le Conseil d'Etat) compte tenu du nombre moins importants de dossiers.

Le ministère des affaires étrangères et du développement international fait exception : il n'y existe pas de comité médical formel, mais un système de consultation des dossiers par messagerie électronique, dans des conditions de traçabilité à améliorer. Ce processus permet un traitement des dossiers au fil de l'eau même s'ils sont rattachés à un comité mensuel d'environ 12 dossiers en moyenne pour le règlement des vacances des médecins. La commission de réforme se réunit environ cinq à sept fois par an et traite en moyenne sept à huit dossiers à chaque fois.

L'administration se charge du choix de l'expert et il appartient dans la plupart des cas à l'agent concerné d'organiser sa prise de rendez-vous avec le médecin agréé. Là encore, le MAEDI a une organisation particulière puisque c'est le bureau en charge des instances (des retraites, des accidents du travail et des maladies statutaires) qui prend les rendez-vous en fonction des congés ou missions des agents.

Selon les départements ministériels, l'avis est préparé par le secrétariat sur des formulaires types (fichier de traitement de texte sans lien avec l'application du ministère des affaires sociales dans la plupart des cas), le plus souvent complété à la main en séance et signé en séance ou parfois à l'occasion du passage du président du CM. Dans le cas d'un ministère, le chef du bureau responsable du secrétariat signe le PV par délégation du président à réception de l'avis par voie électronique.

Selon les départements, cet avis est envoyé soit uniquement au service gestionnaire interlocuteur unique, ou parallèlement à l'agent et au médecin de prévention.

Les administrations centrales prévoient en règle générale la participation du médecin de prévention aux séances des instances médicales. Bien souvent le médecin de prévention et/ou l'assistante sociale sont impliqués en amont et parfois à l'issue des décisions des instances médicales pour le suivi des situations individuelles.

1.2.3 ...permettant des délais de traitement convenables mais parfois longs en commission de réforme

Les délais déclarés par les secrétariats à la mission et remontés via l'enquête réalisée par le centre interministériel de services informatiques relatifs aux ressources humaines (CISIRH) varient entre un et trois mois pour le comité médical, un à six mois pour la commission de réforme²⁵. Plusieurs administrations insistent néanmoins sur la difficulté parfois à trouver une expertise spécifique, ce qui peut sur quelques dossiers contribuer à un allongement du délai.

Le MAEDI indique des délais de un à quatre mois mais qui peuvent être singulièrement allongés, pour les agents en poste à l'étranger, en lien avec la situation géographique et médicale de l'agent et à certaines prises de rendez-vous chez un médecin agréé à l'occasion d'un séjour de l'agent en France.

²⁵ Soit des durées similaires à celles des instances départementales.

1.3 Des moyens dédiés

1.3.1 Des secrétariats bien identifiés

Entre un et trois agents dédiés (principalement de catégorie B ou C) assurent le secrétariat des instances médicales dans la plupart des cas.

Une attention réelle est portée à la protection du secret médical. Le courrier médical est adressé sous double enveloppe au secrétariat des instances et les échanges papiers sont privilégiés (sauf au MAEDI) en l'absence de messagerie sécurisée. Les responsables indiquent rappeler régulièrement que seuls les médecins et les secrétaires ont à connaître la partie médicale. Dans certains cas, le président du comité médical a formalisé l'habilitation de tel ou tel agent du secrétariat à ouvrir les courriers.

1.3.2 Un suivi statistique propre à chaque ministère

Il n'existe généralement pas de SIRH dédié mais des solutions « maison » propres à chaque ministère : l'instruction des dossiers se fait principalement sous forme papier et le suivi administratif s'effectue la plupart du temps à l'aide d'un tableur Excel qui permettent le suivi de l'agent (renseignement administratif et demande de l'agent, décision prise et commentaires).

Certains ministères ont développé en local des progiciels, qui ne sont toutefois « *que des fichiers Excel améliorés* », et ne permettent ni la sortie de courrier, ni de calcul d'alerte pour les dossiers devant repasser en instance ou lorsqu'un agent est sur le point d'atteindre la durée maximale de congé par exemple.

Il n'y a pas de lien avec les SIRH, les agents du secrétariat des instances adressent les informations, éventuellement sous forme de tableur aux gestionnaires RH qui saisissent à nouveau les données dans le SIRH.

1.3.3 Des avis pratiquement toujours suivis

Les services de ressources humaines suivent quasi systématiquement les avis des instances médicales même si dans certains cas, ils sont jugés peu « opérationnels » et difficiles à mettre en œuvre.

L'administration apprécie de s'appuyer sur les avis des instances considérées comme neutres et objectives (médecins compétents, relation de confiance encadrée). Un DRH résume ainsi la perception et les préoccupations des autres DRH ministériels : « *le système donne des garanties d'un minimum de sécurité sur la décision médicale : la décision médicale doit être solide, avérée, vérifiée* ».

Les rares contestations portent sur les dates d'effectivité et les refus d'invalidité mais concernent souvent les dossiers les plus atypiques. Elles se traduisent le plus souvent par une demande d'expertise complémentaire.

1.4 Des instances moins concernées par la pénurie de médecins

Les administrations centrales indiquent que le vivier d'experts est pour l'instant jugé globalement suffisant en Île-de-France même s'il a tendance à s'épuiser et qu'il n'y a pas de tension notable sur les listes d'expert, sauf pour le département de la Seine-et-Marne ou pour certaines spécialités plus rares.

Les taux de rémunération des expertises paraissent peu élevés dans un contexte général de concurrence avec les assurances et autres organismes qui paient mieux. Les pratiques diffèrent d'une administration à l'autre mais les pratiques de dépassement du barème officiel et de la mise en place de taux plus avantageux se sont développées pour permettre de maintenir le vivier de médecins.

1.5 Un contentieux très peu important et un recours exceptionnel au CMS

Le nombre de recours est très faible : il varie de zéro à quatre par an et relève principalement de recours gracieux devant l'administration. Les administrations centrales expliquent cela par l'importance accordée à l'accompagnement de l'agent tout au long de la chaîne de traitement de son dossier et par une proximité entre les gestionnaires RH de proximité, les services de gestion de personnel et les acteurs du secteur médico-social (assistance sociale et médecin de prévention). Cet accompagnement permet d'anticiper le passage à mi-traitement, les changements de situation (passage de congé maladie à congé de longue maladie ou congé de longue durée, préparation d'un temps partiel thérapeutique, invalidité, etc.) et donc les ruptures dans la prise en charge.

Les recours hiérarchiques devant le CMS sont également peu nombreux (deux ou trois par an pour le ministère de l'économie et des finances à titre d'exemple). Les administrations centrales ne consultent pas le CMS sur des points juridiques préférant utiliser leurs structures juridiques en interne ou, pour certaines, la DGAFP.

2 UN SYSTEME QUI RESTE PERFECTIBLE

2.1 La connaissance du dispositif par les agents peut être améliorée

L'information de l'agent sur les procédures et les modalités de prise en charge des situations éligibles aux instances médicales se fait essentiellement via le gestionnaire de proximité et parfois aussi par les assistantes sociales de référence.

Ces éléments sont rarement disponibles sur les intranets des ministères ou, quand ils existent, peu facilement accessibles et peu consultés.

Pourtant, quelques ministères, comme celui des affaires sociales et de la santé, ont mis en place une information spécifique. Ainsi, pour les commissions de réforme, l'intranet de ce ministère offre une information relativement complète sur la procédure à suivre en cas d'accident ou de maladie professionnelle. Lors de l'instruction de son dossier, l'agent est également tenu informé des étapes successives : demande de pièces complémentaires, convocation en expertise, notification des conclusions de l'expertise, notification de la décision prise, notification du taux d'IPP retenu, proposition d'une ATI. Il est en de même pour les comités médicaux pour lesquels des fiches pratiques sur les modalités de saisine ainsi que des informations juridiques sont mises à disposition en ligne.

2.2 La formation des personnels gestionnaires et membres des secrétariats des IM est à renforcer

D'une manière générale, les administrations centrales n'ont que peu mis en place de formations au bénéfice des services gestionnaires RH sur les questions relatives au fonctionnement des instances médicales et à la spécificité des expertises et avis médicaux.

La plupart du temps, les secrétaires des instances médicales disposent de vade-mecum internes avec parfois des fiches réflexes notamment relatives aux procédures de saisine et au fonctionnement des instances médicales. Les quatre livrets publiés par la DGAFP servent aussi d'outils.

Il convient toutefois de signaler quelques initiatives : le ministère des affaires sociales et de la santé a dispensé des sessions d'informations « AT-MP/Instances médicales » à l'attention des gestionnaires RH de proximité et des gestionnaires des commissions de réforme et des comités médicaux. Le ministère de la culture a confié à un prestataire extérieur l'organisation d'une formation médico-statutaire à destination des gestionnaires et des représentants du personnel.

2.3 Le suivi d'activité est très lacunaire

Les progiciels SIRH prévoient une extraction de quelques données relatives à la position statutaire de l'agent une fois l'avis des instances pris en compte et confirmé par une décision, de manière à établir un lien le cas échéant avec sa rémunération. Néanmoins, s'il existe des statistiques sur les accidents maladie et du travail, souvent présentés en CHSCT centraux ou nationaux, il n'y a pas d'informations fiables sur l'activité du comité médical et de la commission de réforme dans les bilans sociaux ministériels, faute notamment de s'intéresser à cette question.

En administration centrale, les ministères disposent de peu voire d'aucun retour statistique documenté sur les pathologies et les profils les plus fréquemment examinés. Par expérience les services gestionnaires des ministères indiquent que 50 % des dossiers examinés concernent des affections mentales et que 25 % à 15 % des pathologies sont en lien avec la cancérologie, le reste se partageant entre rhumatologie et médecine interne.

2.4 Les coûts dédiés ne sont pas identifiés

Hors masse salariale, les administrations centrales n'ont pas pu fournir à la mission d'éléments chiffrés précis sur l'évaluation des coûts de prise en charge des instances médicales et sur la ventilation des différents postes de dépenses (hors coûts de paiement des expertises, parfois identifiés).

3 UNE MECONNAISSANCE DES SITUATIONS EN SERVICES DECONCENTRES ET UNE ABSENCE DE PILOTAGE ET DE DIRECTIVES

3.1 L'activité des opérateurs et des services déconcentrés ne fait l'objet d'aucun suivi

Les ministères n'ont pas mis en place de remontées systématiques de l'activité de leurs services déconcentrés et de leurs opérateurs²⁶ pour les problématiques liées au traitement des dossiers des agents affectés en service déconcentré et gérés par leur département ministériel.

Ils n'ont donc pas une vision consolidée de la volumétrie et des modalités de prise en compte de la situation de leurs agents hors administration centrale. Les administrations centrales expliquent

²⁶ Le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche a conduit une enquête flash en 2014 à destination des rectorats sur la question des instances médicales (éléments quantitatifs et qualitatifs). L'enquête nationale « Accident du travail », gérée par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes permet également de connaître la proportion de dossiers soumis à l'avis des commissions de réforme départementales.

cette situation par le fait qu'elles ne sont pas directement responsables des BOP déconcentrés et que les opérateurs sont autonomes. Elles ne disposent que d'éléments d'appréciation au détour d'échanges informels avec les gestionnaires locaux ou de la connaissance de certains dossiers individuels complexes, notamment pour les ministères qui ont une politique d'accompagnement des cas difficiles (agriculture par exemple).

Certes, dans les systèmes « paie », quelques « événements » sont également visibles : traitement et demi traitement, abatement, rétroactivité « trop perçu ». Les positions statutaires figurent également dans les SIRH, mais les directions des RH et les services de personnels ne constatent que les arrêtés de placement en congé et pas les conditions dans lesquelles est prise la décision lors des séances des instances médicales.

3.2 Le dispositif n'est pas piloté par ministère en direction des gestionnaires locaux en matière de préparation du travail des instances médicales

Il n'y a pas au niveau de chaque département ministériel de directives spécifiques, de travail d'harmonisation des pratiques, ni de pilotage administratif de l'activité des services déconcentrés en ce qui concerne la préparation des dossiers et le suivi des décisions des instances médicales traitant des situations de leurs agents.

3.3 Il n'existe pas non plus de pilotage transversal aux administrations centrales

Le ministère des affaires sociales et de la santé qui « porte » le dispositif déconcentré via le réseau des DDGS/PP n'assure pas ce rôle en transversal aux administrations centrales, la DGAFP n'a pas mis en place ce pilotage et cette animation, bien qu'elle ait produit des guides et référentiels.

Le CISIRH a récemment initié sous l'égide de la DGAFP l'animation d'un groupe de gestionnaires afin de faire remonter les pratiques et les propositions.

4 LA MISE EN PLACE DE QUELQUES SOLUTIONS INNOVANTES POUR PALLIER LES CARENCES ET DIFFICULTÉS CONSTATEES

D'ores et déjà, quelques administrations centrales ont mis en place des solutions innovantes pour améliorer ainsi un système qui fonctionne malgré tout correctement. Les démarches suivantes ont été présentées lors des entretiens :

- Le ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer a mis en place un groupe de travail « retour à l'emploi » associant le service RH et une assistance sociale avec une formation de conseillère du travail pour accompagner les agents qui doivent reprendre ou ont repris une activité à l'issue d'un congé maladie.
- Au ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, a été créé un réseau d'appui aux personnes et aux structures, composé d'une trentaine d'ingénieurs généraux et d'inspecteurs généraux dénommés IGAPS répartis sur l'ensemble du territoire. Chaque IGAPS assure, pour son secteur départemental au sein de l'inter région (y compris en établissement local d'enseignement agricole), une mission d'écoute, de suivi, de conseil et d'orientation pour tous les agents du ministère (à l'exception des enseignants qui relèvent de l'Inspection de l'enseignement agricole). Cette formule permet d'accompagner dès l'amont les situations difficiles.

- Au sein des services de la DGPN le médecin conseil voit systématiquement l'agent, qu'il s'agisse de personnel actif ou non, au préalable de son passage en commission de réforme ou en comité médical.
- Enfin au ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, dans le cadre de la gestion en paie intégrée, les gestionnaires qui gèrent et génèrent le mouvement « paie » connaissent la situation statutaire de agents. L'alerte paie est donc individualisée, ce qui évite les remboursements et la rétroactivité.
- Le ministère des affaires sociales et de la santé a entamé la refonte de son logiciel CM/CR, afin notamment d'améliorer les remontées statistiques ainsi que la saisine dématérialisée du CMS par les différents comités médicaux. Cette rénovation, sans doute indispensable, est toutefois conçue sans lien à ce stade avec les diverses pistes de réformes ou d'évolution par ailleurs souhaitées dans le cadre de la mission et des travaux de la DGAFP.

5 UN SYSTEME SINGULIER : LE REGIME DEROGATOIRE DE LA POLICE NATIONALE

La nature même des missions dévolues aux policiers nationaux, exigeant une excellente santé physique et mentale, les contraintes liées au port de l'arme et les prérogatives d'usage de la force ont justifié la mise en place au sein de la police nationale d'un système dérogatoire à celui de la fonction publique. Il réside dans l'existence d'un système propre de médecine statutaire pour ses personnels dits « actifs » policiers et de mesures dérogatoires, en parallèle à la mise en place d'une médecine de prévention.

Le décret n°95-654 du 9 mai 1995 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires actifs des services de la police nationale, reprises dans l'arrêté du 6 juin 2006 portant règlement général d'emploi de la police nationale, pose un certain nombre de principes décrits ci-après.

5.1 Une organisation territoriale particulière

Les comités médicaux et les commissions de réforme dont relèvent les personnels actifs de la police nationale²⁷ sont propres à la police et ont une compétence interdépartementale sauf aux Antilles-Guyane. Les instances médicales locales existent au niveau zonal (sept structures en métropole qui correspondent aux échelons de gestion/SGAMI et Réunion). Pour les Antilles-Guyane, les dossiers sont confiés aux instances départementales gérées par les DDCS pour faciliter les déplacements des représentants du personnel ou des agents. Pour les avis rendus par ces instances, le recours devant le CMS est possible.

Il existe un service de médecine statutaire dans chaque zone. En principe un médecin inspecteur régional (MIR) et un adjoint sont affectés à chaque SGAMI, appuyés par un bureau des affaires médicales (préparation des dossiers). Le médecin du service de médecine statutaire a autorité fonctionnelle sur les MIR. Les médecins statutaires sont renforcés par des vacataires dont le tarif horaire est notoirement insuffisant.

²⁷ Article 57 du décret du 9 mai 1995 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires actifs des services de la police nationale.

5.2 Des dispositions contraignantes liées à un système de médecine statutaire

Cette médecine statutaire est une médecine du contrôle de l'aptitude du policier à l'incorporation et en cours de carrière.

C'est ainsi que, conformément à l'article 113-47 de l'arrêté du 6 juin 2006, les fonctionnaires actifs des services de la police nationale qui totalisent 15 jours de maladie, en une seule fois ou cumulativement, au cours de douze mois consécutifs, doivent se présenter en temps utile avant leur reprise de service devant un médecin de l'administration ou un médecin agréé, en vue d'obtenir un certificat de reprise.

Le chef de service peut demander au service médical de diligenter une visite à domicile par un médecin agréé, notamment lorsque le fonctionnaire actif concerné n'a pas adressé de certificat d'arrêt de travail dans le délai prévu (article 113-45 et 113-46 de l'arrêté du 6 juin 2006). Une telle visite s'impose dans l'hypothèse d'un arrêt de travail pour maladie ordinaire ou blessure en service d'une durée égale ou supérieure à 15 jours.

Dans le respect des prescriptions médicales relatives, notamment, aux autorisations de sortie, le chef de service ou son représentant procède ou fait procéder à tous contrôles domiciliaires d'ordre administratif qui lui paraissent nécessaires à l'égard des fonctionnaires actifs de la police nationale absents du service par suite d'un congé de maladie (article 113-49 de l'arrêté précité).

Elle diffère du système de médecine de prévention, avec laquelle les relations sont parfois compliquées (différence entre ce qui relève de l'emploi et ce qui relève du poste, positionnement différent par rapport à l'employeur).

5.3 Des dispositions statutaires permettant de résoudre de façon plus souple les situations individuelles

Le décret du 9 mai 1995 précise que les fonctionnaires actifs des services de la police nationale placés en congé de maladie conservent pendant une durée d'un an l'intégralité de leur traitement auquel s'ajoutent les indemnités dont la liste est fixée par arrêté interministériel, ce qui donne davantage de délais pour réunir les instances médicales.

Par ailleurs, les fonctionnaires de police peuvent obtenir, après avis de la commission administrative paritaire (CAP) et dans la mesure compatible avec les nécessités de service, des mutations dérogeant aux règles d'établissement des tableaux périodiques de mutation pour raison de santé ou autres circonstances graves ou exceptionnelles (article 47 du décret). Les mutations dérogatoires constituent l'exception à la règle du mouvement collectif et sont destinées à permettre à des fonctionnaires de la police nationale, touchés par un événement grave ou exceptionnel ou pour des raisons de santé, de mieux en surmonter les conséquences à la faveur d'une affectation plus adaptée.

ANNEXE 5 : LES INSTANCES MEDICALES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE – SYNTHÈSE DES CONSTATS DE LA MISSION

1	Les agents concernés	87
2	L'organisation des instances et la perception des utilisateurs, employeurs comme agents.....	88
2.1	Un CM/CR commun à la FPE et à la FPH.....	88
2.2	Le système actuel présente des avantages mais paraît largement perfectible tant aux établissements employeurs qu'aux représentants des personnels.....	88
3	L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et son organisation particulière	91
3.1	Sur le fondement juridique	91
3.2	Sur le fonctionnement.....	92
3.3	L'activité et les évolutions constatées	93
3.4	Intérêt du dispositif et difficultés rencontrées	95
4	Les pistes d'évolution pour la FPH proposées par les acteurs du secteur.....	96
4.1	Alléger les modes de traitement des dossiers.....	96
4.2	Simplifier et alléger le dispositif lui-même.....	96
4.3	Améliorer la qualité (et le rendu dans des délais raisonnables) des avis et des expertises	97
4.4	Développer la compétence des gestionnaires RH des établissements	97
4.5	Faire le lien avec la médecine de prévention et les initiatives d'accompagnement mises en œuvre dans les EPS (cellules d'accompagnement à visée d'anticipation des situations délicates).....	97
5	Autres modifications statutaires ou d'organisation.....	98

1 LES AGENTS CONCERNES

La fonction publique hospitalière compte 1,161 million de personnes physiques dont 1,026 en établissements de santé et 0,135 en établissements sociaux et médico-sociaux²⁸.

L'âge moyen est de 41,5 ans soit inférieur à l'âge dans la fonction publique d'Etat (42,3 ans) comme la fonction publique territoriale (44,6 ans), avec une part des moins de 30 ans (19,1 %) très supérieure à celle des autres fonctions publiques (respectivement 15,2 % et 10,9 %).

Tableau 1 : Répartition par familles professionnelles – établissements publics de santé

Familles professionnelles ¹	Part dans l'effectif total ²
Agents d'entretien (dont ASH)	10,5 %
Aides-soignants	23,5 %
Infirmiers – sages-femmes	28,9 %
Médecins et assimilés	10,2 %
Professions paramédicales	7,3 %
Professions administratives	12,4 %
Autres (conducteurs ambulanciers, agents de sécurité cuisiniers, etc.)	7,2 %

1 classification DARES 2009 -

2 pourcentage pondéré des effectifs bruts

Source : *Panorama des établissements de santé 2014 - DREES*

Les contractuels²⁹ et autres non fonctionnaires ne sont pas concernés par le dispositif des instances médicales prévu par le statut de la fonction publique hospitalière et ses textes d'application³⁰.

Près de 900 000 agents relèvent des instances médicales, comité médical (CM) et commission de réforme (CR). Le traitement est différencié s'agissant des médecins et professions médicales : les praticiens hospitaliers, non fonctionnaires, relèvent d'un comité médical spécifique³¹ ; les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) relèvent en revanche du « droit commun ».

Ces agents travaillent dans 915 établissements de santé et environ 3 500 établissements médicaux sociaux (hospitaliers), soit un peu moins de 4 500 employeurs.

Le secteur est marqué par une relative dispersion sur le territoire et une très grande variété de type d'établissement, de l'hôpital local au CHU pour les établissements de santé, d'importance très variable. Ce dernier point joue sur la taille des équipes RH mobilisables dans la préparation des dossiers pour transmission aux instances.

²⁸ Rapport annuel sur l'état de la fonction publique - Édition 2016 – Ministère de la fonction publique.

²⁹ Les contractuels de droit publics passent devant le CM pour les congés de grave maladie mais le nombre de dossiers est minime.

³⁰ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, 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 et arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière.

³¹ Code de la santé publique - Article R6152-36. Le comité médical pour les praticiens hospitaliers comprend trois membres désignés, lors de l'examen de chaque dossier, par arrêté du préfet sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, parmi des membres du personnel enseignant et hospitalier titulaires et les praticiens hospitaliers. Il est chargé de donner un avis sur l'aptitude physique et mentale des praticiens régis par le présent statut à exercer leurs fonctions, ainsi que sur toute question d'ordre médical. Il est saisi par le DG de l'ARS, le directeur de l'établissement ou le directeur du centre national de gestion.

La DGOS ne relève pas vraiment de particularité en termes de pathologies, étant par ailleurs peu au fait de l'activité de ces instances, même s'il y a sans doute plus de troubles musculo-squelettiques (TMS) et problèmes de rhumatologie, notamment en établissement médico-social ou dans certains services de gériatrie par exemple, que dans les autres fonctions publiques.

Elle insiste en revanche sur la charge mentale liée à l'environnement particulier de l'hôpital : le contact quotidien avec la maladie mais aussi avec la souffrance et la mort, l'augmentation des actes de violence à l'hôpital. La culture de la tarification à l'activité (T2A) a contribué à modifier les pratiques et la contrainte financière pèse sur les politiques de reclassement.

2 L'ORGANISATION DES INSTANCES ET LA PERCEPTION DES UTILISATEURS, EMPLOYEURS COMME AGENTS

2.1 Un CM/CR commun à la FPE et à la FPH

Les fonctionnaires hospitaliers relèvent, en fonction de leur lieu d'affectation, du comité médical et de la commission de réforme du département d'implantation de l'établissement ou des instances ministérielles s'ils sont détachés en administration centrale.

Il existe toutefois quelques exceptions à ce principe à la connaissance de la mission qui se sont construites « au fil du temps » :

- les PU-PH exerçant sur Paris relèvent des instances ministérielles du rectorat de Paris et non de la DDCS de Paris ;
- l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) gère ses propres instances (cf. *infra*) ;
- les agents des établissements de Sainte-Anne, Quinze-Vingt et Maison Blanche sur Paris (hors AP-HP) relèvent du comité ministériel Santé-Social.

2.2 Le système actuel présente des avantages mais paraît largement perfectible tant aux établissements employeurs qu'aux représentants des personnels

- L'étude des dossiers par une instance externe pilotée par l'Etat paraît gage de neutralité

Malgré certaines difficultés voire, de manière plus ponctuelle, des dysfonctionnements, les instances en tant que telles et le positionnement à la DDCS ne sont pas remis en cause. « L'externalisation » que constitue la gestion du secrétariat des instances par un service de l'Etat est au contraire soulignée comme permettant une vraie différenciation entre le service RH gestionnaire d'une part et l'examen du dossier médical de l'autre.

Ce point est relevé par la quasi-totalité des directions de ressources humaines rencontrées par la mission lors de ses déplacements. Il l'est également par les DRH des Hospices civils de Lyon (HCL)³² et de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM)³³ qui estiment que ce « dépaysement » des dossiers est gage de distanciation vis-à-vis des dossiers et de leur composante médicale et facilite la décision administrative (« *c'est plus confortable pour nous* »).

³² HCL : 16 000 agents sur 23000 relevant des instances départementales – 1801 avis CM – 560 avis CR en 2016.

³³ APHM : environ 9000 agents sur 12000 relevant des instances – 816 dossiers CM et 180 dossiers CR en 2016.

Les organisations syndicales, sur le terrain, portent le même discours et ne souhaitent pas une internalisation des instances au sein des établissements, sur fond parfois d'une forte opposition à leur hiérarchie.

➤ Le fonctionnement des instances reste perfectible

Nombre d'établissements rencontrés ou entendus par la mission se disent globalement satisfaits du dispositif actuel. C'est le cas du CHU de Nîmes (dont les OS estiment les délais dans l'ensemble « *très raisonnables* » et « *bien meilleurs depuis quelques temps* »), des HCL, de l'AP-HM, ou des CH de Charleville ou de Béclair dans les Ardennes.

D'autres sont plus sévères et notamment la Fédération des hôpitaux de France (FHF) : elle ne note pas d'amélioration depuis 2013 malgré le transfert du secrétariat FPT aux centres de gestion (CDG), et ce, quelle que soit la taille ou la nature des établissements. Une sévérité sans doute à nuancer car par nature, la FHF n'est informée, sur ce sujet, que des problèmes. Les constats des points de difficultés sont toutefois ceux qui ont été signalés à la mission, dont tous ne sont pas imputables au seul secrétariat des instances mais plus globalement au dispositif lui-même :

○ Des délais parfois excessifs :

avec des conséquences pour l'agent et l'établissement en termes financiers comme d'organisation du service : dossiers examinés tardivement, avec paiement d'indus et donc remboursement ensuite par l'agent (parfois plusieurs mois) ; ou au contraire prolongation de congés maladie alors que toutes les parties sont d'accord pour la reprise par exemple.

Ces délais tiennent :

- pour partie aux établissements eux-mêmes : certains ne connaissent pas parfaitement la réglementation, n'envoient pas les dossiers à temps ou parfois de manière incomplète ; c'est, selon les représentants du personnel comme les secrétariats des instances entendus par la mission, plus souvent le cas dans de petits établissements dont les services RH, plus petits ne sont pas vraiment spécialisés. Plusieurs organisations syndicales relèvent aussi des procédures internes qui créent du délai (exemple du visa nécessaire par un cadre, fût-il absent lors de l'accident, en cas d'accident de travail ; délai de prise de décision par la DRH de l'établissement « *facilement quinze jours à trois semaines* » après avis du CM ou de la CR selon certains représentants du personnel) ;
- au temps plus ou moins long, selon les spécialités, pour faire réaliser les expertises : à Rouen par exemple, c'est le cas pour la rhumatologie, spécialité absente en médecine agréée mais ce point est relevé de façon très générale ;
- à la composition de la CR elle-même : la mobilisation des représentants du personnels n'est pas toujours simple (dix CAP et quatre sous-groupes...) ; les représentants de l'employeur sont des élus du conseil de surveillance pas toujours très mobilisés sur ces sujets. L'absence de quorum doit conduire à reporter le dossier, d'où des délais supplémentaires ;

- à la programmation des instances elles-mêmes : beaucoup déplorent le trop faible nombre de séances avec une seule commission par mois³⁴ et un nombre de dossiers limités : la mission a, de fait, constaté que dans certains départements, les secrétariats, en raison de la disponibilité des médecins et/ou sur leurs indications, fixaient un nombre maximum de dossiers, ce qui conduit ce même secrétariat à répartir entre administrations le nombre de dossiers inscrits à la séance.

La relation entre secrétariat des instances et établissements n'est pas toujours fluide : tel CHU mentionne ainsi par exemple près de 100 dossiers en attente en CR, là où la DDCS dénombre une trentaine de dossiers en attente de réponse du CHU. La perception de « l'urgence » de telle ou telle situation n'est pas non plus toujours identique entre le service RH employeur et le secrétariat des instances médicales.

Le dispositif repose par ailleurs sur une ressource humaine fragile au sein des petites DDCS/PP : si la personne secrétaire est absente un certain temps, c'est toute la procédure qui peut prendre du retard. Les représentants du personnel hospitalier de la CR Rouen relevant que « *Le système génère un absentéisme évitable dans les établissements puisque certains agents sont prêts à reprendre et qu'on prolonge les arrêts dans l'attente* ».

- un formalisme parfois tout à fait insatisfaisant.

La décision administrative, susceptible d'être attaquée devant le tribunal administratif, se fonde sur des avis médicaux dont la régularité, y compris de forme, doit être inattaquable.

Le CHS Chartreuse (Dijon) a ainsi été condamné comme employeur pour défaut de quorum et donc vice de forme de la décision prise en application de cet avis.

D'autres établissements relèvent la piètre qualité de certains PV (rature, erreurs de dates, écriture illisible), dont quelques exemples ont été produits à la mission.

Les délais de convocation ne sont pas toujours respectés, tant pour les agents que les représentants du personnel en CR et, dans certains cas, les agents ne sont pas même informés de la réunion du CM.

Plusieurs représentants du personnel ont également souligné l'absence de vote formel en CR, ce que corroborent les observations de la mission. C'est évidemment particulièrement problématique en cas de désaccord interne à la CR.

- des avis médicaux jugés parfois laconiques et peu opérationnels.

Ce reproche n'est pas propre à la FPH et se retrouve dans les propos de nombreux services employeurs entendus par la mission, notamment en matière de reclassement ou d'aménagement du poste de travail. Certains avis sont perçus comme très « théoriques », peu au fait des préoccupations de gestion des établissements et faisant insuffisamment le lien avec les situations de travail. Si dans certains établissements, la relation entre médecine de prévention et instances est bonne, ce n'est pas toujours le cas. Ainsi dans le Gard, le CHU mentionne la difficulté à organiser la présence des médecins de prévention au CM en dépit de ce que prévoit le décret de 1988 (le médecin de prévention « *peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à la réunion* ».)

- Une confusion des rôles pour les médecins

Certains représentants du personnel et organisations syndicales de la FPH, tout en soulignant le problème de la pénurie de médecins, relèvent que ce sont souvent les mêmes médecins qui sont

³⁴ C'est effectivement le cas dans plus de la moitié des cas, cf. annexe 2 DDCS.

médecins traitants, membres des instances et réalisent les expertises sans toujours d'ailleurs se retirer de l'instance au cours de laquelle leur expertise est examinée. « *C'est un peu limite* » remarque une représentante des personnels rencontrée par la mission.

- de manière générale un traitement lourd de dossiers papiers.

L'ensemble du processus implique de nombreuses pièces, parfois des allers-retours ; aucun stade de la procédure n'est dématérialisé et la nécessaire protection du secret médical ajoute à la complexité des manipulations (avec les doubles enveloppes...) ; les processus d'information des agents exigent en principe une traçabilité (courriers recommandés). Pour la FHF, l'ensemble concourt à la complexité et au coût du dispositif.

3 L'ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS ET SON ORGANISATION PARTICULIERE

3.1 Sur le fondement juridique

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. Ce comité médical est constitué par le ou les préfets territorialement compétents avec la composition et pour la durée prévues à l'article 5 du décret du 14 mars 1986 susvisé. Il est compétent à l'égard de l'ensemble des fonctionnaires de l'établissement ou du groupe d'établissements quels que soient le lieu d'exercice de leurs fonctions et leur position* ».

En revanche, aucune disposition ne figure quant à la commission de réforme, ni dans ce texte ni dans le décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, ni dans l'arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière.

Cet arrêté prévoit (Article 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. Dans ce cas, un président suppléant, n'appartenant pas à la même collectivité, est désigné pour le cas où serait examinée la situation d'un fonctionnaire appartenant à la collectivité dont est issu le président. Le président dirige les délibérations mais ne participe pas au vote.* »

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. Suite à une modification intervenue par arrêté préfectoral du 1^{er} décembre 2005, la présidence en est confiée à un représentant de l'administration de catégorie A désigné par la direction générale (en lieu et place du directeur général initialement prévu dans l'arrêté préfectoral de 1993). La direction générale désigne aussi les membres de la commission de réforme.

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

Par ailleurs, peut se poser la question de la présidence par le DG ou son représentant au regard de l'appartenance à la collectivité de gestion, expressément exclue par l'arrêté de 2004 compte tenu du conflit potentiel d'intérêt que constitue la présidence de la CR par l'employeur. Il est vrai 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 pourrait être une solution.

3.2 Sur le fonctionnement

- Le périmètre : les 37 établissements parisiens et provinciaux de l'AP-HP

Les instances spécifiques de l'AP-HP ont compétence sur les 12 groupes hospitaliers regroupant 37 établissements de santé sur Paris et la région parisienne ainsi que quatre établissements en province à Bercq, Paul Doumer dans l'Oise, Hendaye et San Salvador à Hyères (d'anciens sanatoriums restés au sein de l'AP-HP). Elles concernent un public potentiel de 80 000 fonctionnaires.

- Composition des instances

La composition du comité est celle prévue par le décret du 14 mars 1986, à savoir deux médecins généralistes auquel s'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.

Le comité médical de l'AP-HP, dont les membres sont désignés par le préfet de Paris sur proposition du directeur général de l'AP-HP, compte neuf membres titulaires (deux généralistes et sept spécialistes³⁵) et onze suppléants (quatre généralistes et sept spécialistes)³⁶. Ce peut être des médecins de l'AP-HP (président et psychiatres) ou des médecins extérieurs.

La situation est un peu plus compliquée pour la CR. Les deux médecins généralistes sont désignés par le directeur général de l'AP parmi les membres du comité médical ; il s'agit de deux médecins agréés de l'AP-HP³⁷ ; ils viennent parfois plus nombreux (trois) si l'un d'entre eux a également fait l'expertise. En revanche, aucun spécialiste n'est présent en CR, ce qui a conduit l'AP-HP à perdre des contentieux sur ce point. Le médecin de prévention est informé par l'intermédiaire de l'établissement mais n'est qu'exceptionnellement présent même s'il arrive qu'il produise un rapport.

Les organisations syndicales ont parfois plus de mal à trouver des représentants. En pratique, les organisations syndicales ont fourni au secrétariat **une liste de représentants disponibles** pour les instances, **qui peuvent être issus de CAP, CHSCT, CT...**

- Un secrétariat administratif dédié de 8 ETP au total.

Le secrétariat est assuré par 5 agents (4,5 ETP) de la direction des ressources humaines de l'AP-HP (1 responsable du secrétariat et 3,5 gestionnaires)³⁸. Chaque gestionnaire suit plusieurs pathologies. Le secrétariat CR compte 3,5 agents (3,5 ETP)³⁹.

³⁵ Cardiologie, neurologie, oncologie, ophtalmologie, psychiatrie (2) et rhumatologie).

³⁶ Idem.

³⁷ Parmi les quatre du service de médecine statutaire.

³⁸ Soit un ratio nombre de dossiers par ETP de 1/1395 – chiffres 2016.

³⁹ Soit un ratio nombre de dossiers par ETP de 1/213 – chiffres 2016.

Il n'y a pas de médecin-secrétaire, c'est *de facto* le président du CM qui assume ce rôle. Il n'y a toutefois pas de tri *a priori* des dossiers selon la qualité « médicale » ; tous les dossiers sont ainsi programmés pour le CM.

Le secrétariat est saisi par les services RH mais essaye d'anticiper certaines situations. Par exemple, tout arrêt de travail supérieur à trois mois fait l'objet d'un suivi en vue de préparer son passage en CM, pour anticiper le passage à mi-traitement.

En CM, c'est le secrétariat du comité qui prend les RDV pour les expertises **après le comité**, en fonction de la demande du CM et sur la base de la liste de médecins agréés. La saisine se fait par le biais de courriers-types.

Les agents sont systématiquement informés de la tenue des instances et sont convoqués pour la CR en stricte application de l'article 14 de l'arrêté de 2004. 70 % environ se présentent en commission.

Les avis des instances sont envoyés à l'établissement de gestion dans la semaine qui suit, mais le secrétariat n'a toutefois pas d'information sur la suite donnée et dans quel délai.

La protection du secret médical reste une préoccupation. Les dossiers médicaux sont reçus sous enveloppe sécurisée pour les expertises et le secrétariat ne travaille que pas courrier sécurisé. Mais de nombreux établissements envoient des pièces par messagerie (y compris des certificats médicaux), ce qui nécessite de fréquents rappels.

- Deux applications informatiques différentes.

Le secrétariat du CM travaille sur COMED alors que celui de la CR dispose de l'application CM/CR développée par le ministère des affaires sociales et de la santé et qui est en cours de refonte ; l'AP-HP en souligne l'efficacité relative et l'impossibilité de faire des requêtes. Prorisq n'est utilisé que lorsque le logiciel AT/MP de l'établissement lui est interfacé, ce qui est rarement le cas.

➤ La rémunération des médecins agréés

Elle est présentée comme conforme aux textes sauf pour le président et le « vice-président » (fonction existante à l'AP-HP) pour la participation aux instances.

Le montant des expertises payé pour les 11 premiers mois de 2016 est de 51 440 € pour 400 expertises (362 en psychiatrie et 68 en rhumatologie) soit un montant moyen de 128,6 €, supérieur aux tarifs de l'arrêté de 2007.

3.3 L'activité et les évolutions constatées

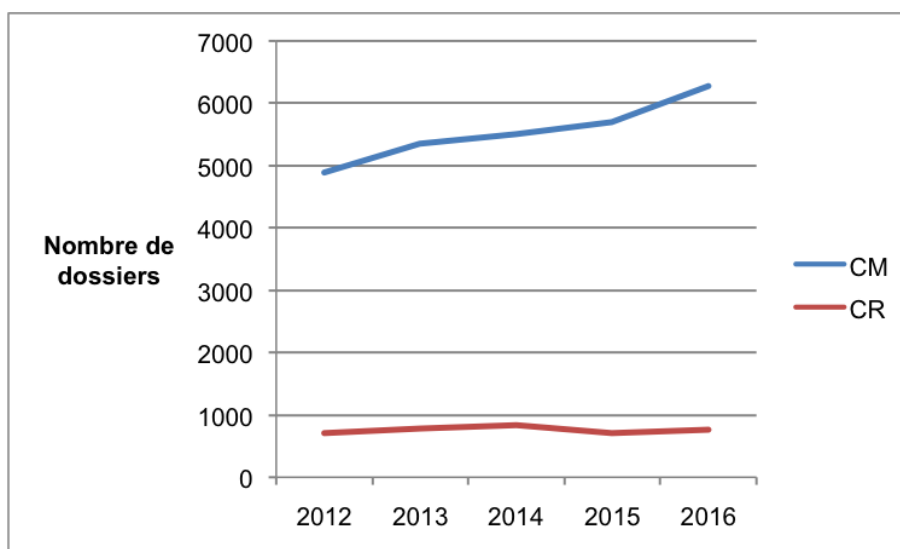
Le comité médical tient onze séances, soit une par mois à l'exception du mois d'août. Chaque séance voit passer de 500 à 800 dossiers par mois ; la CR se réunit toutes les semaines en dehors des vacances scolaires, soit 32 à 33 fois par an et examine de l'ordre de 17 à 25 dossiers par séance.

- le nombre de dossiers devant le CM augmente de 28,5 % entre 2012 et 2016 et reste relativement stable devant la CR (hors 2014)

Le nombre de dossiers pour 2016 est de 6276 dossiers, contre 4889 en 2012 ; il est de 645 devant la CR contre 708 en 2012, mais 836 en 2014.

L'augmentation en CM tient en partie à une légère augmentation des dossiers « santé mentale » mais aussi à un suivi plus rapproché en la matière (avec un examen systématique à 3 mois au lieu de 6).

Graphique 1 : Evolution du nombre de dossiers CM/CR 2012-2016



Source : *Chiffres du secrétariat CM/CR de l'AP-HP*

Le nombre de recours devant le comité médical supérieur (CMS) est de 13 en 2016, contre 8 en 2015 et 10 en 2014. Les recours des agents donnent lieu à rejet et confirmation de l'avis du CM de l'AP-HP dans plus de 95 % des cas. Le délai moyen de réponse du CMS selon le secrétariat est de 6 à 8 mois.

- Les affections mentales représentent 42 % des dossiers CM et quatre pathologies regroupent plus de 90 % des dossiers

Tableau 2 : Evolutions des dossiers par pathologies

Dossiers examinés	2012	2013	2014	2015
Affections mentales	1990	2160	2256	2397
Affections cancéreuses	797	849	857	874
Affections tuberculeuses	12	8	6	7
SIDA	32	59	49	37
Cardiologie	191	148	141	162
Neurologie	296	312	318	330
Rhumatologie	780	1067	1062	951
Pneumologie	36	45	9	/
Médecine Générale	710	672	781	920
Néphrologie	345	35	4	/
Reclassement professionnel	6	7	7	5
TOTAL	4889	5355	5490	5678

Source : *CM/CR AP-HP*

Le poids des affections mentales augmente sensiblement sur la période (+17 %) avec toutefois un ralentissement sur les trois dernières années, celui des affections cancéreuses et de médecine générale reste stable et le poids de la rhumatologie décroît légèrement, de 19,9 % en 2013 à 16,4 % en 2015.

- En CR, les dossiers relatifs à l'imputabilité AT/MP représente entre 50 et 60 % des dossiers
Cette proportion est globalement stable de 2013 à 2016.

Les dossiers ATI et retraite (suite à inaptitude, pour invalidité ou à jouissance immédiate et du conjoint de manière résiduelle) représentent respectivement 25 % et 12 % du nombre total de dossiers en 2016.

3.4 Intérêt du dispositif et difficultés rencontrées

- Un dispositif global et une procédure maîtrisée

En pratique, l'organisation actuelle pour l'AP-HP, que justifie le nombre d'agents potentiellement concernés (80 000 fonctionnaires) répond à un besoin à la fois en termes de volumétrie, de cohérence de la réponse et d'harmonisation des pratiques au sein de cette communauté hospitalière particulière.

L'AP-HP y voit en outre l'intérêt d'une maîtrise complète de la chaîne, du calendrier, des délais, avec la possibilité d'adapter le rythme au besoin en CR, pour une volumétrie qui reste « gérable » ce qui ne serait sans doute pas le cas d'une instance transversale.

- Les difficultés sont de plusieurs ordres :
 - la ressource médicale est parfois difficile à mobiliser : beaucoup de médecins sont partis ou ne souhaitent pas répondre à la demande en raison de la trop faible rémunération ;
 - trop de saisines sont jugées inutiles ou du moins sans aucune valeur ajoutée pour l'instance : l'AP-HP pointe notamment le cas des ATI (1/4 des dossiers de la CR 2016) pour lesquels « *on sert de boîte aux lettres à la CNRACL, [...] c'est eux qui revoient tout et décident vraiment* » ;
 - le reclassement est très complexe : l'allongement des carrières impacte les personnels hospitaliers qui ont des métiers physiques, fatigants avec horaires compliqués (quand les agents travaillent en 12 heures par exemple). Les interlocuteurs de l'AP-HP évoquent « *des personnels « cassés » : ouvriers, blanchisserie, cuisiniers, aides soignants, ASH surtout auprès des personnes âgées [...] Les gens de 50 à 60 ans sont plus abîmés par le travail et peuvent difficilement poursuivre* ».
 - les possibilités de reclassement deviennent moins nombreuses : les fonctions d'accueil ont évolué et sont plus automatisées, le travail administratif est devenu complexe, en particulier au plan technique (SI), et les suppressions de postes touchent surtout les fonctions support.

4 LES PISTES D'ÉVOLUTION POUR LA FPH PROPOSÉES PAR LES ACTEURS DU SECTEUR

Les professionnels du secteur entendus ont proposé de nombreuses pistes pour améliorer le fonctionnement du dispositif et de manière plus générale la prévention et le reclassement. La mission ne se prononce pas à ce stade sur leur intérêt ou faisabilité.

4.1 Alléger les modes de traitement des dossiers

- Dématérialiser ce qui peut l'être ; examiner la possibilité de consultation électronique sécurisée entre membres du comité, celle de recourir à la visioconférence /conférence téléphonique.
- Standardiser la fiche de présentation devant les instances au moins au niveau territorial sinon national afin que tous les dossiers soient présentés de manière simplifiée et identique pour un même comité, avec les éléments dont on a besoin et seulement ceux-là.
- Adapter la périodicité des réunions et avoir au moins une réunion mensuelle (sujet des « petits » départements).
- « Sécuriser » la situation juridique des secrétariats administratifs (cf. décret du 21 juillet 2016 dans le secteur médico-social).
- Pour l'outre-mer, pour tenir compte de l'exiguïté de la communauté et de la faiblesse de la ressource médicale, envisager d'autres solutions : visioconférence, recours à un département de métropole...

4.2 Simplifier et alléger le dispositif lui-même

- Limiter les cas de recours.

Pourraient ainsi ne plus passer devant les instances, dès lors que l'avis du médecin traitant, du médecin agréé et du médecin de prévention sont convergents et que l'agent et l'employeur sont d'accord :

- la prolongation et reprise à temps partiel⁴⁰ comme à plein après un congé de plus de six mois (à l'AP-HP, toutes les reprises à TP ne passent pas devant les instances) ;
- les ATI, les retraites pour invalidité en CR comme en CM (dans le cadre de la procédure simplifiée) ;
- la reconnaissance CLM et CLD (proposition FHF) et leur renouvellement.

Pour la FHF, le CM et la CR ne resteraient saisis dans les cas supra qu'en cas de désaccord de l'employeur ou de l'agent ainsi que pour :

- la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement ;
- le reclassement dans un autre emploi du poste de travail en cas d'évolution de la condition physique de l'agent ;
- un désaccord du médecin agréé.

⁴⁰ 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 la sécurité au travail dans la fonction publique prévoit l'absence de saisine dans ce cas pour le temps partiel thérapeutique.

- Rendre le recours CMS non suspensif : il suit l'avis du CM dans la quasi-totalité des cas ce qui contribue à l'allongement des délais et crée des difficultés financières pour l'agent lors de la récupération des indus.
- Revoir la composition des instances (CR surtout) :
 - prévoir que le spécialiste peut ne pas être présent quand le dossier contient une expertise ;
 - simplifier la représentation des personnels : avoir une liste de représentants désignés par les OS représentatives (sur le modèle de ce que pratiquent les instances de l'AP-HP) ; ou bien une représentation par catégorie A, B, C ;
 - revoir la représentation de l'employeur et prévoir que le directeur RH ou son représentant puisse représenter l'établissement.

4.3 Améliorer la qualité (et le rendu dans des délais raisonnables) des avis et des expertises

- Prévoir des formations préalables à l'agrément : à la fois sur le corpus juridique et sur les métiers (notamment de la santé pour la FHF compte tenu à la fois des spécificités physiques pour certains métiers et de la particularité même de la notion de rapport au patient).
- Trouver les modalités d'un suivi/contrôle de l'agrément.

4.4 Développer la compétence des gestionnaires RH des établissements

- Former les gestionnaires RH notamment dans les EPS et ESMS ;
- Avoir un relais/appui dans les gros établissements.

4.5 Faire le lien avec la médecine de prévention et les initiatives d'accompagnement mises en œuvre dans les EPS (cellules d'accompagnement à visée d'anticipation des situations délicates)

- Travailler sur l'amélioration des conditions de travail, ce qui nécessite une présence de médecins du travail.

La connaissance des postes de travail est essentielle à la bonne appréciation de l'aptitude au poste. Or les médecins du travail sont en nombre insuffisant.

La DGOS pointe par ailleurs la difficulté à anticiper le reclassement, faute de réflexion sur des postes de « repli » et d'un travail suffisant sur des dynamiques de mobilité fondées sur une meilleure identification des postes et des compétences.

Cette préoccupation est largement partagée par les directions RH des établissements et les représentants du personnel qui estiment que faute de postes aménagés en nombre suffisant, on a de plus en plus d'orientations sur des retraites pour invalidité, y compris pour des agents jeunes.

Dans plusieurs départements, les acteurs soulignent l'intérêt des commissions de reclassement ou commissions de retour à l'emploi internes aux établissements tout en insistant sur leurs limites dans un contexte de tension sur les emplois. Il faut, a-t-on dit à la mission à Rouen par exemple, « assumer le vieillissement et la tension sur les effectifs. On n'a plus de « gras » dans les services, et toute reprise mal gérée ou reclassement mal anticipé peut mettre l'ensemble d'un service en difficulté ».

5 AUTRES MODIFICATIONS STATUTAIRES OU D'ORGANISATION

➤ Des évolutions statutaires :

- revoir la visite d'aptitude à l'entrée et ne l'exiger que pour certains métiers, (plutôt sur les soignants que les administratifs ?) ;
- prévoir la possibilité d'avoir deux CLD au titre d'une même maladie si la localisation est différente (exemple du cancer) ;
- introduire la possibilité d'un temps partiel thérapeutique sans attendre six mois de congé maladie⁴¹.

➤ Des modifications dans l'organisation même.

La DGOS note ainsi que le MAS assume une charge indue depuis des années au niveau local alors que par ailleurs, le niveau ministériel prend en charge les agents des hôpitaux parisiens hors AP-HP par exemple, ce qui nécessite *a minima* une clarification.

D'autres évolutions sont envisageables.

- Une préparation des dossiers mutualisée entre établissements.

Un modèle totalement centralisé paraît en effet irréaliste pour la FPH compte tenu du nombre d'agents et de leur dispersion. Le niveau régional ou celui du groupement hospitalier de territoire (GHT) pourrait être une piste.

La DGOS est sans surprise peu favorable à confier la mission à l'ARS dont on a expurgé toutes les missions de gestion pour la recentrer sur son rôle de pilotage des politiques et de régulation.

- Une révision du système des praticiens hospitaliers pour introduire de la distance entre les membres du comité médical et les médecins qui en relèvent, soit en les faisant dépendre du comité « de droit commun » soit en dépayasant totalement l'examen (niveau des nouvelles grandes régions ?).
- La prise en charge, pour la FPH, du dispositif par l'hôpital de référence du territoire

C'est le projet proposé dans le département du Nord dans le cadre d'une convention de partenariat entre le CHRU de Lille, le préfet du département et la DDCS.

Le CHRU reprendrait, pour les personnels relevant de la FPH, le secrétariat du CM et de la CR et l'ensemble des tâches afférentes confiées à la DDCS par le décret du 14 mars 1986. Le projet de convention prévoit la mise à disposition par le CHRU des locaux et personnels nécessaires à l'étude des dossiers et la tenue des séances, la reprise progressive des archives concernant la FPH. L'Etat mettrait à disposition l'outil informatique, les personnels volontaires de la DDCS actuellement affectés à cette mission (ou à défaut compenserait la charge financière), la formation des agents du CHU et le transfert de compétences. Un comité de suivi et d'évaluation est prévu pour cette expérimentation d'une durée de trois ans.

Le CHRU reprendrait cette compétence pour l'ensemble de la FPH du département à ce stade et, s'agissant des expertises, assumerait la réattribution des factures relatives aux émoluments des médecins experts aux différents établissements concernés.

⁴¹ Prévu par l'ordonnance du 19 janvier 2017 précitée.

La direction du CHRU n'exclut toutefois pas de reprendre dans un deuxième temps la compétence pour la région. Le positionnement « naturel » de l'établissement comme établissement de recours, son statut d'établissement pivot pour la CNRACL, son poids économique dans le secteur hospitalier (un tiers de l'effectif d'agents de la FPH du département) et la légitimité de l'agglomération lilloise comme centre de gravité sont invoqués par les acteurs. Une conjonction qui n'est pas évidente dans d'autres territoires ; l'évaluation de cette expérimentation devra être l'occasion d'en apprécier l'intérêt.

A noter qu'une convention existe depuis 2013 entre le centre de gestion du Nord et le CHRU pour la réalisation par ce dernier des expertises au profit du CDG qui donne de bons résultats.

ANNEXE 6 : LE POINT DE VUE DES USAGERS

Les constats ci-après résultent d'une enquête préparée par la mission et administrée par le secrétariat des instances de la DDCS de Côte-d'Or auprès de 349 usagers, agents de la fonction publique d'Etat (FPE) et de la fonction publique hospitalière (FPH) des comités médicaux et commissions de réforme dont les dossiers avaient été présentés aux instances des mois d'octobre et novembre 2016. La DDCS a assuré la réception des questionnaires et l'exploitation brute des réponses. Le nombre de réponses a été de 142, soit un taux de retour de près de 41 % en tenant compte de 12 erreurs d'adresse.

Ces constats sont complétés par les entretiens de la mission avec deux usagers qui ont accepté de la rencontrer lors de ses déplacements en Côte-d'Or et dans le Nord.

La mission a privilégié un questionnaire très court et volontairement simple. Les questions avaient trait pour l'essentiel à l'information reçue par l'agent avant le passage de son dossier en instance et tout au long de la procédure jusqu'à la décision administrative ainsi que sur les délais de cette procédure. Elles ont un caractère purement déclaratif et renvoient au ressenti des personnes qui ont répondu.

1 UNE PREPARATION ET UNE INFORMATION SATISFAISANTES SUR LE PASSAGE EN INSTANCE CM/CR, LE SERVICE RH RESTANT L'INTERLOCUTEUR PRIVILEGIE

Préparation du dossier

- 75 % des répondants indiquent n'avoir pas eu de difficulté particulière dans la préparation de leur dossier.

Ce sont dans la grande majorité des cas (56 %) leurs services de ressources humaines qui les ont informés de la procédure devant les instances médicale. Dans 25 % des cas, ce sont d'autres services : sont cités les assistantes sociales, le médecin de prévention.

Une minorité (16 %) indique avoir pris l'initiative de la demande de passage en CM/CR. C'est aussi le cas d'un des agents rencontrés par la mission qui signalent n'avoir eu aucune information de son service gestionnaire mais s'être renseigné sur Internet.

- En cas de difficultés, celles-ci viennent pour l'essentiel de délais ou d'explications jugées insuffisantes du service RH ou de la difficulté à obtenir les pièces médicales.

Dans plus de la moitié des cas (60 %), c'est le service RH qui est jugé peu réactif ; c'est aussi le cas d'un agent rencontré par la mission qui indique avoir régulièrement sollicité son service quand il est passé à mi-traitement, avec beaucoup de difficultés pour être renseigné rapidement et clairement sur la suite donnée à son dossier. La difficulté à réunir les pièces médicales est néanmoins évoquée dans plus 30 % des réponses.

L'information sur le cours de la procédure

- La quasi-totalité (91 %) des agents ont bien été informés de la date de l'instance.

8 % indiquent néanmoins n'avoir pas reçu cette information, sans autre précision. A noter que la mission a constaté, dans un autre département que celui de l'enquête, que les agents n'étaient pas informés par le secrétariat du CM de la date de passage de leur dossier. Un agent rencontré par la mission rapporte aussi que son dossier, initialement programmé pour une date dont il était informé, a finalement été reprogrammé ultérieurement sans qu'il en ait eu connaissance.

- La majorité (68 %) des répondants a été informée de la possibilité de consulter le dossier.

29 % estiment toutefois n'avoir pas eu clairement cette information, ce qui est cohérent avec l'organisation peu structurée de cette consultation dans le département (pas de local dédié pour consulter son dossier) et la pratique par ailleurs évoquée par les représentants du personnel qui consisterait à décaler un dossier à la séance suivante si l'on manifeste le souhait de consulter son dossier.

- 44 % 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. C'est notamment le cas, dans ce département comme dans ceux où s'est rendue la mission, pour l'Education nationale ; le secrétariat renvoie donc auprès du service RH, à charge pour ce dernier de communiquer les éléments.

A noter toutefois que 31 % des répondants n'ont pas répondu à cette question.

- 90 % ont bien eu connaissance de l'avis du CM ou de la CR.

10 % des répondants indiquent toutefois ne pas en avoir eu communication. C'est le cas d'un agent rencontré par la mission qui précise n'avoir pas reçu les pièces médicales de son dossier envoyées uniquement au médecin traitant.

- C'est le plus souvent (69 % des cas) le service RH de l'agent qui lui communique cet avis ;
- Mais c'est également le secrétariat de l'instance (19 % des cas) : la mission a de fait constaté que si le service RH met trop de temps à transmettre l'avis ou si les agents souhaitent l'avoir immédiatement, les agents se retournent vers le secrétariat des instances, y compris par téléphone ou mail.

- Une part importante des usagers s'estime mal informée quant aux voies de recours

- 46 % s'estiment mal informés s'agissant du recours devant le CMS, à part égale avec ceux qui indiquent avoir bien reçu l'information ;
- Cette proportion est de 53 % s'agissant du recours devant la juridiction administrative après décision.

Ces pourcentages interpellent car dans les départements où la mission s'est rendue, les lettres aux usagers comportent bien les mentions obligatoires quant aux voies de recours, certes dans le courant du texte et sans insistance particulière. Il serait réducteur pour autant de considérer que les usagers sont de mauvaise foi. Leur perception d'une information insuffisante renvoie au moment particulier que vit l'agent malade et donc fragilisé, période pendant laquelle il est moins à même de suivre tous les aspects administratifs de son dossier. D'où l'importance à travailler la lisibilité des courriers administratifs et à l'accompagnement par les services sociaux ou les représentants du personnel.

2 DES DELAIS JUGES RAISONNABLES DANS LA MAJORITE DES CAS

- 61 % jugent le délai de traitement par les instances raisonnable. Et 8 % le jugent court.

Un agent rencontré par la mission précise même avoir eu le rendez-vous pour l'expertise très rapidement.

30 % jugent toutefois ces délais trop longs et relèvent que, dans trois-quarts des cas, ils ont eu un impact sur leur situation administrative : impact financier, utilisation de congés maladie ou congés annuels dans l'attente d'une réponse.

- La décision administrative intervient dans le mois suivant l'instance dans près de trois-quarts des réponses ; elle est formalisée dans 89 % des cas.

Le retard de l'administration d'emploi dans la formalisation a été signalé à la mission par certains centres de gestion et certaines organisations syndicales.

Cette enquête ne confirme pas que ce soit un cas général ; 22 % des réponses font toutefois état d'une décision intervenue dans un délai supérieur à un mois.

PIECE JOINTE : QUESTIONNAIRE USAGERS

Mission interministérielle d'évaluation des instances médicales de la fonction publique

Enquête auprès des agents

Préparation au passage devant le comité médical ou la commission de réforme

1- Comment avez-vous été informé de la procédure devant le comité médical/la commission de réforme ?

- vous en connaissiez déjà l'existence et avez donc pris l'initiative de la demande auprès de votre service RH
- par votre service RH ?
- autres (organisations syndicales, collègues, etc.)

2- avez-vous rencontré des difficultés dans la constitution de votre dossier ?

Oui

De quelle nature : difficulté à obtenir les pièces médicales
 délais de réponse ou explications insuffisantes de votre service RH
 autres : précisez

Non

Délais de traitement par les instances

Ce délai a-t-il été

- court
- raisonnable
- trop long (précisez) :

Si vous jugez ce délai trop long, a-t-il eu un impact sur votre situation administrative et/ou financière ? (retard dans la reprise, impact sur le traitement, etc.)

- Oui
- Non

Votre information

1- Avez-vous été informé

- de la réunion du comité/de la commission oui non
- de la possibilité de consulter le dossier oui non
- pour la commission de réforme, des coordonnées des représentants syndicaux Oui non

2- Avez-vous eu connaissance de l'avis du comité médical/de la commission de réforme

- Oui
- Non

3- cette information est-elle venue :

- du secrétariat du comité ou de la commission de réforme
- de votre service RH

4- Avez-vous été informé des voies de recours :

- devant le comité médical supérieur pour le comité médical oui non
- devant la juridiction administrative (CM/CR) oui non

Décision de votre administration après avis du comité/ de la commission

1- Cette décision a-t-elle été formalisée (arrêté, décision administrative, courrier administratif, ...) ?

- Oui non

2- Dans quels délais après l'avis du comité de la commission ?

- moins de 15 jours moins d'un mois plus d'un mois

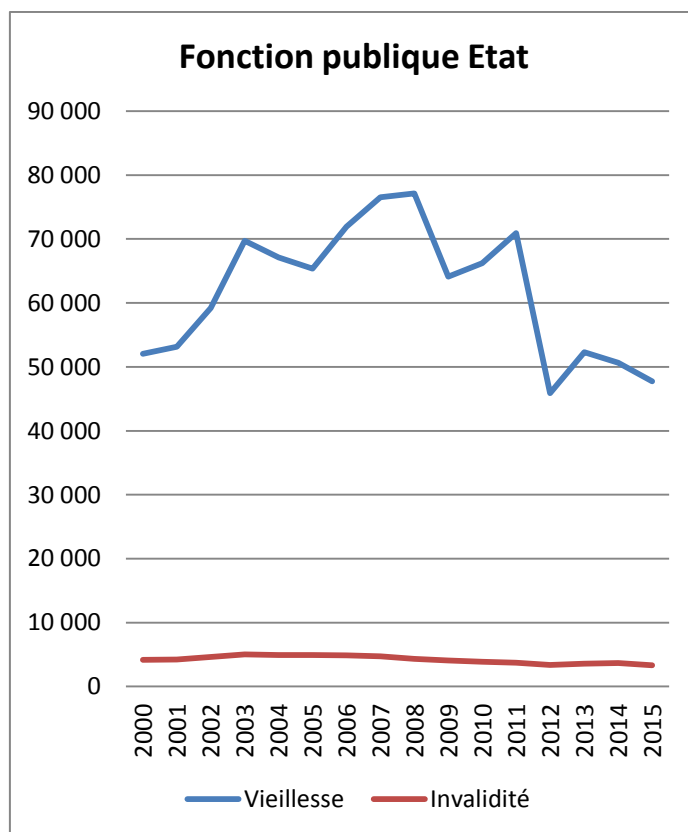
La mission vous remercie de vos réponses

ANNEXE 7 : ELEMENTS RELATIFS A L'EVOLUTION DES RETRAITES POUR INVALIDITE

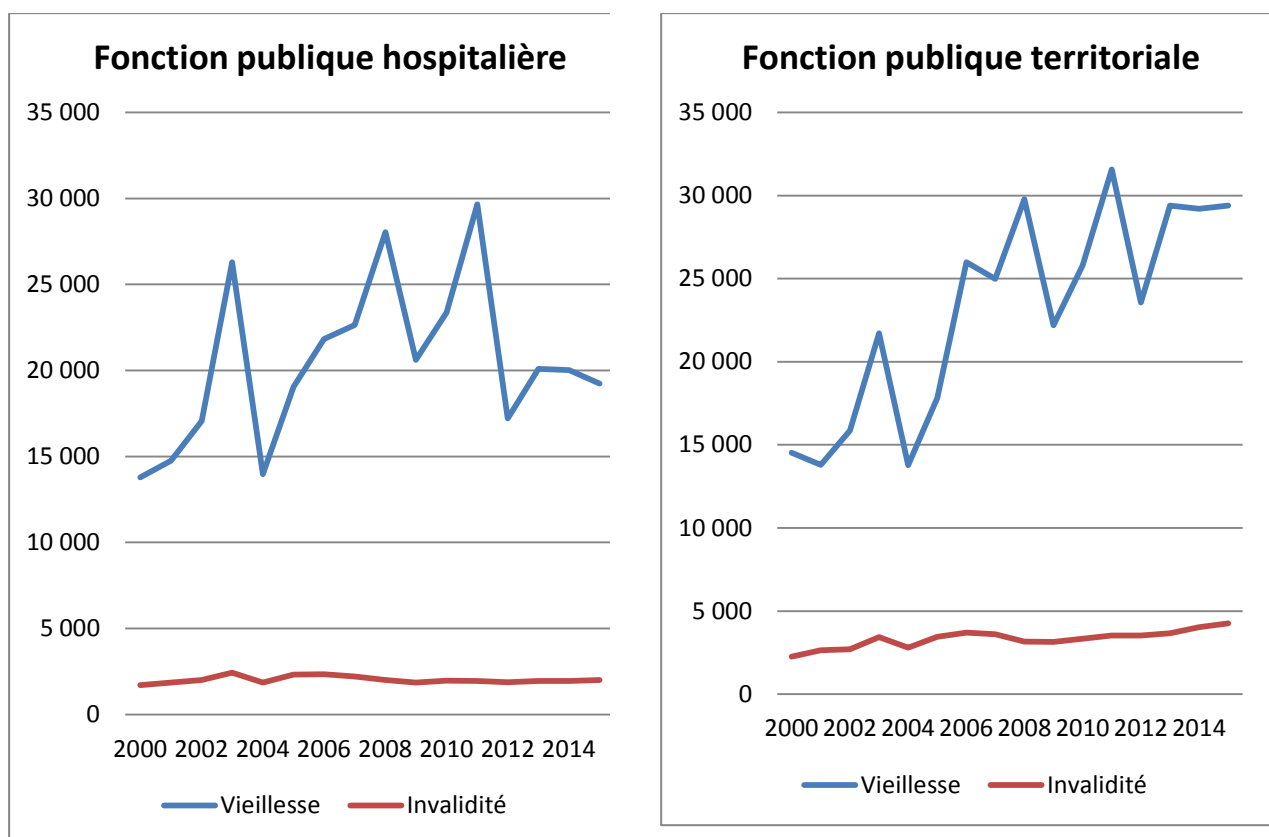
Les données sur 10 ans de départ à la retraite ne mettent pas en évidence une croissance particulière des départs à la retraite pour invalidité, sauf pour la fonction publique territoriale.

En revanche le flux des départ à la retraite pour vieillesse ont pu être « perturbés » par :

- 2003 : la réforme des retraites qui a entraîné une anticipation des départs ;
- 2008 : l'élargissement du dispositif carrière longue qui a entraîné plus de départs ;
- 2011 : la fin du dispositif parents trois enfants qui a entraîné une anticipation des départs.



Source : données Service des Retraites de l'État - Recueil statistique 2015 -



Source : CNRACL

La croissance des retraites pour invalidité en FPT peut être liée à l'effet conjugué du vieillissement de la population et de l'accroissement de l'âge de la retraite.

Selon les statistiques de la CNRACL, il n'y a pas de phénomène de rajeunissement de l'âge moyen de départ à la retraite pour invalidité, tant pour la FPT que pour la FPH. Mais il y a une moindre augmentation de l'âge moyen de départ à la retraite pour invalidité (+ 0,8 an pour la FPT contre +2,3 ans pour un départ à la retraite pour vieillesse).

Tableau 1 : Evolution de l'âge moyen de départ à la retraite

	Hospitaliers			Territoriaux			Etat	
	Catégorie sédentaire	Catégorie active	Invalidité	Catégorie sédentaire	Catégorie active	Invalidité	Vieillesse	Invalidité
2009	60,7	56,8	53,7	61	57,4	55,3		
2010	60,8	56,8	53,9	61,1	57,5	55,4		
2011	61,1	57,1	54,2	61,5	57,8	55,5		
2012	61,5	57,7	54,1	62,1	58,6	55,8	60,7	56,1
2013	61,7	57,8	54,4	62,2	59,1	56,1	60,8	56,4
2014	62,2	58,3	54,9	62,9	59,3	56,2	61,1	56,7
2015	62,4	58,7	54,5	63,3	59,6	56,2	61,3	56,7
2015/2009 *	1,7	1,9	0,8	2,3	2,2	0,9	0,6	0,6

Source : CNRACL et SRE. *2015/2012 pour la FPE

ANNEXE 8 : LE MAINTIEN DE CERTAINES REGLES STATUTAIRES

1 FAUT-IL METTRE EN COHERENCE LA NOTION D'APTITUDE DANS LA FONCTION PUBLIQUE AVEC LES DIFFERENTS NIVEAUX D'APTITUDE EXISTANT DANS LE PRIVE ?

La notion d'aptitude est appréhendée différemment en droit privé et se différencie de celle d'invalidité. L'invalidité, définie par le code de la sécurité sociale, implique un droit à une pension sans nécessairement emporter l'éviction du monde du travail⁴². L'inaptitude, prévue par le code du travail, a des conséquences en termes de reclassement ou de licenciement⁴³.

Le code de la sécurité sociale (CSS) distingue plusieurs types d'invalides :

- 1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3°) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie » (article 341-4 du CSS).

L'invalidité est reconnue par le médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et est appréciée « *en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle* » (article L 341-3 du CSS).

Dans la fonction publique, les notions d'invalidité et d'inaptitude aux fonctions sont plus confuses. La radiation des cadres et donc l'exclusion du travail comme fonctionnaire dépend 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* »⁴⁴. Cette radiation ouvre droit à pension même en l'absence d'un nombre suffisant d'annuités⁴⁵.

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 public⁴⁶ et de la possibilité de reclassement de l'employeur (plus étroite s'agissant d'une petite collectivité ou d'un EHPAD par exemple).

⁴² 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* ».

⁴³ Articles L1226-2 et suivants du code du travail.

⁴⁴ Articles L 27 et L 29 du code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR)

⁴⁵ Article L4 du code des pensions civiles et militaires de retraite : « *Le droit à la pension est acquis :*

1° Aux fonctionnaires après une durée fixée par décret en Conseil d'Etat ;

2° Sans condition de durée de services aux fonctionnaires radiés des cadres pour invalidité résultant ou non de l'exercice des fonctions. »

⁴⁶ 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.

Or, pour les agents ayant peu de temps de service, la pension pour invalidité est très faible, ce qui pousse les intéressés à rechercher une activité adaptée à leur état de santé dans le privé. Certains élus ont ainsi fait part de leur étonnement face à des situations où leur collectivité se retrouve à prendre en charge des allocations chômage pour un agent déclaré inapte à toute fonction par la commission de réforme mais considéré comme apte au travail dans le privé. Ils souhaiteraient que l'avis de la commission de réforme s'impose à la caisse d'assurance maladie. Cela pose toutefois problème au regard des droits individuels.

La mission s'interroge plutôt sur l'intérêt qu'il y aurait à créer une situation intermédiaire 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. 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 RQHT 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 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 %. Ce régime qui peut être encouragé comme le souligne un rapport conjoint IGA-IGAS de décembre 2011⁴⁷, est sans doute insuffisamment mobilisé par des agents que freine l'idée même qu'ils pourraient être « handicapés ».

Cette interrogation vient notamment du risque de progression des mises à la retraite, qui n'est pas neutre en termes de coût des emplois publics et de coût social. Certains représentants du personnel au plan national ont ainsi fait part de leur crainte de voir reporter sur les régimes de retraite la charge des agents malades du fait d'injonctions croissantes en termes de productivité.

⁴⁷ 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.

2 UN AVIS D'UNE INSTANCE MEDICALE EST-IL AVANT TOUTE PROCEDURE DE RETRAITE POUR INVALIDITE OU D'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE ?

L'article L 31 du code des pensions prévoit un passage obligatoire en commission de réforme pour toute allocation d'allocation ou de pension liée à l'invalidité :

« La réalité des infirmités invoquées, la preuve de leur imputabilité au service, le taux d'invalidité qu'elles entraînent, l'incapacité permanente à l'exercice des fonctions sont appréciés par une commission de réforme selon des modalités qui sont fixées par un décret en Conseil d'Etat. »

► Plusieurs services proposent de supprimer l'obligation de passage en CR pour les dossiers d'ATI et de pension pour invalidité⁴⁸.

Cette obligation concerne tant les demandes d'octroi ou de révision d'allocation temporaire d'invalidité⁴⁹ que de retraite pour invalidité. Dans ce dernier cas une procédure simplifiée permet un simple passage en comité médical lorsque l'agent demande à partir en retraite, ne peut pas prétendre à une majoration pour l'assistance d'une tierce personne et à un nombre de trimestres d'activité suffisant pour que sa retraite s'élève à 50 % du traitement de base et que les infirmités invoquées ne sont pas imputables au service⁵⁰. L'AP-HP considère que ce type de dossiers représente respectivement 25 % (ATI) et 12 % (retraite) des dossiers soumis en CR.

Le service de retraite de l'éducation nationale note que *« les commissions de réforme, débordées, ne peuvent se livrer à une étude détaillée des dossiers médicaux et se rangent dans la quasi-totalité des cas aux conclusions de l'expert. Dans ces circonstances, la plus-value apportée à l'instruction du dossier est très faible et les délais induits par la nécessité de cette réunion extrêmement longs. »* et propose en conséquence de supprimer l'avis obligatoire de la commission de réforme pour l'ensemble des dossiers d'invalidité. La CR ne serait plus saisie que dans les cas où l'administration estime que les éléments dont elle dispose sont contestables. Cette solution serait d'autant plus viable que, comme la mission le propose, le secrétariat des instances médicales se verrait doté du concours d'un médecin coordonnateur en mesure d'apprécier la qualité des expertises produites, voire la validité médicale du renseignement des formulaires AF3 et autres « cerfas ».

Nombre d'interlocuteurs ont en outre indiqué qu'il y avait de nombreux allers et retours avec les services chargés de liquider les retraites, ce qui leur donnait le sentiment de multiplier des expertises pour préparer des décisions qui ne leur appartenaient pas. La mission a noté incidemment que la signature par l'employeur d'une décision d'attribution d'ATI, simple conséquence de la décision de l'organisme payeur, apparaissait comme une formalité inutile, cette allocation n'ayant pas d'incidence sur la situation statutaire de l'intéressé.

⁴⁸ Et rente viagère d'invalidité s'il y a lieu (invalidité ou décès résultant de l'exercice des fonctions).

⁴⁹ Article 65 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat : *« Le fonctionnaire qui a été atteint d'une invalidité résultant d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10 % ou d'une maladie professionnelle peut prétendre à une allocation temporaire d'invalidité cumulable avec son traitement dont le montant est fixé à la fraction du traitement minimal de la grille mentionnée à l'article 15 du titre 1er du statut général, correspondant au pourcentage d'invalidité. »*

Dispositions similaires pour la FPH et la FPT.

⁵⁰ Ceci permet notamment d'éviter le cas d'un agent ayant un nombre d'annuités suffisant dont l'inaptitude a été reconnue par le comité médical, s'agissant d'une pathologie sans lien avec le service, et dont le dossier de demande de retraite devrait passer devant la commission de réforme au titre de l'article L31 du CPMR. Dans ce cas en effet, le montant de la pension n'est pas modifié par le taux d'invalidité.

Pour l'Etat, l'article 3 du décret n°60-1089 du 6 octobre 1960 indique que « *le pouvoir de décision appartient dans tous les cas au ministre dont relève l'agent et au ministre chargé du budget* ».

Si l'article L417-8 du code des communes pour la FPT et l'article 80 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 pour la FPT indiquent que les ATI sont versées « *dans les mêmes conditions que les fonctionnaires de l'Etat* », l'article 6 alinéa 2 du décret n°2005-442 du 2 mai 2005 relatif à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité aux fonctionnaires relevant de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, l'allocation temporaire d'invalidité (ATI) prévoit que « *le pouvoir de décision appartient, sous réserve de l'avis conforme de la Caisse des dépôts et consignations, à l'autorité qui a qualité pour procéder à la nomination* ».

Il faudrait à tout le moins harmoniser les régimes FPE et FPT-FPH, pour prévoir un pouvoir de co-décision. Cette évolution supposerait de modifier des textes de niveau législatif qui font porter l'obligation d'allouer l'allocation sur les collectivités territoriales et les établissements hospitaliers (« *sont tenus d'allouer* »).

La mission s'interroge en outre sur la nécessité d'une décision de l'autorité ayant le pouvoir de nomination, l'attribution d'une ATI étant sans effet sur la position statutaire de l'agent. Cette co-décision est en effet une source de lourdeur administrative et de délais alors que la décision de l'organisme payeur prime naturellement.

Analyse juridique extraite d'une note établie par le service gestionnaire CDC à l'attention de la mission le 16 février 2017

➤ **La CNRACL confirme que cette obligation n'a pas un intérêt avéré.**

La CNRACL a confirmé à la mission qu'en effet, le caractère obligatoire du passage en CR était une source de délai et de risque juridique. Malgré - et souvent à cause de - cette formalité la moitié dossiers sont en effet retournés au service gestionnaire :

- en matière d'allocation temporaire d'invalidité (ATI), les retours portent essentiellement sur des lacunes administratives (30 % des dossiers) mais également sur des questions médicales (20 % des cas) ; dans ces derniers cas un complément d'information auprès du médecin expert est privilégié par rapport à une contre-expertise (en 2016, 90 contre-expertises commandées pour 8 000 dossiers d'octroi ou de révision d'ATI) ;
- en matière de pension pour invalidité, 20 % des dossiers sont retournés pour non conformité du dossier au regard du passage en CR (absence de passage en CR, défaut de quorum, signature, motivation insuffisante de l'avis...) et 15 % pour des questions d'ordre médical ; le nombre de contre-expertises est également rare, de l'ordre de 250 sur 7 000 dossiers en 2016.

Dans la plupart des cas, les dossiers qui sont présentés en CR pour le versement d'une ATI ou d'une pension pour invalidité ont déjà fait l'objet de plusieurs passages en IM pour divers motifs : prolongation de congé maladie, éventuellement imputabilité, détermination de l'aptitude au travail, date de consolidation de l'invalidité ou de l'inaptitude... L'intermédiation d'un secrétariat d'instances médicales est donc le plus souvent déjà intervenue, ce qui permet à l'agent d'avoir le sentiment qu'un acteur indépendant s'est bien penché sur sa situation et de maintenir un faible taux de recours contentieux.

➤ **Le SRE fait la même analyse**

Il a précisé à la mission rejoindre complètement l'idée que les commissions de réforme pourraient tout à fait n'être saisies que dans l'hypothèse où l'employeur lui-même estime que les éléments dont il dispose sont contestables ou si le fonctionnaire le souhaite parce qu'il est en désaccord avec ou souhaite compléter les éléments qui lui ont été transmis.

Il a rappelé également que cette procédure existe d'ailleurs en matière de pensions militaires d'invalidité et est prévue à l'article R151-13 du code des pensions militaires d'invalidité et de victimes de guerre..

➤ **La mission propose de supprimer la formalité de passage en CR pour ces dossiers.**

Le dossier de demande de pension ou d'ATI comporterait ainsi l'expertise, commandée en général par le service, déterminant le taux d'inaptitude, le degré d'imputabilité au service de ce taux (en prenant en compte l'état antérieur), les avis successifs des IM relatifs à l'inaptitude de l'agent ainsi qu'à la consolidation de son état. Il appartiendrait aux services de retraite de faire préciser directement par l'employeur les conditions juridiques de l'imputabilité éventuelle au service de l'invalidité.

Il n'est pas impossible cependant que la suppression du passage en CR conduise à une progression des recours contre les décisions du service en charge de la demande de pension ou d'ATI, actuellement en nombre très faible.

La mission considère que dans tous les cas la CR sera saisie au moins une fois pour confirmer l'inaptitude ou donner son avis sur le taux d'invalidité avant toute décision relative à une ATI ou une pension pour invalidité, ce qui assure l'agent d'une prise en compte neutre de sa situation.

ANNEXE 9 :

SYNTHESE DES PRINCIPALES PROPOSITIONS D'EVOLUTION LEGISLATIVE OU REGLEMENTAIRE – SCENARIO 1

<i>Thème</i>	<i>Modalités</i>	<i>Impact juridique - texte(s) à modifier</i>
1- AJUSTER LES ORGANISATIONS		
1. 1.Revoir la composition des instances	L'objectif est ici de simplifier la composition, les règles de quorum pour faciliter la réunion des instances en évitant de fragiliser juridiquement les décisions administratives prises sur leur avis. 1.1.1 CM et CR - Rendre la présence du spécialiste facultative Un simple avis écrit, si l'expertise a été jugée nécessaire, doit suffire.	Articles 5 et 6 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 3 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 Article 3 de l'arrêté du 4 août 2004
	1.1.2 CM - Prévoir un suppléant pour la présidence	Article 5 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 3 du décret 87-602 du 30 juillet 1987
	1.1.4 CR - Donner le droit de vote au président Il s'agit de favoriser l'expression d'une majorité claire.	Article 19 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 3 de l'arrêté du 4 août 2004
	1.1.4 CR - Prévoir un suppléant pour le cas où l'agent est issu de la même collectivité ou du même service que le président	Article 12 du décret n°86-442 du 14 mars 1986
	1.1.6 CR - Modifier les représentants de l'administration pour la FPT et la FPH pour prévoir la désignation de représentants de l'administration de la collectivité locale ou de l'établissement de santé ou médico-social	Article 5 de l'arrêté du 4 août 2009
	1.1.7 CR - Supprimer la participation du représentant du ministère des finances	Article 10 du décret n°86-442 du 14 mars
	1.1.8 CR - Modifier les règles de désignation des représentants du personnel en instaurant la désignation de ceux-ci par les organisations parmi leurs élus à la CAP, CHSCT et CT	Article 10 décret du décret n°86-442 du 14 mars Article 6 de l'arrêté du 4 août 2004
	1.1.9 CR - Supprimer la formation spéciale de la CR pour les sapeurs-pompiers volontaires et les rattacher à la CR prévue par l'arrêté du 4 août 2004 ; prévoir une désignation par groupe	Décret n°92-620 du 7 juillet 1992 Article 7 de l'arrêté du 4 août 2004

Thème	Modalités	Impact juridique - texte(s) à modifier
	1.1.10 CR- Modifier les règles de quorum pour la FPT et la FPH, ainsi que pour les sapeurs-pompiers volontaire, en n'exigeant la présence que d'un médecin	Article 17 de l'arrêté du 4 août 2004 Arrêté du 30 juillet 1992 (SPV)
	1.1.11. a) Prévoir, comme c'est le cas pour la CM, la possibilité de mettre en place une CR 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 ; b) Confier au préfet la possibilité de procéder à cette création	Article 6 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 Article 3 de l'arrêté du 4 août 2004
1.2 Conforter le rôle des CDG pour la FPT	1.2.1 Confier aux présidents des CDG la désignation des membres des du CM et la présidence de la CR	Article 2 et 3 de l'arrêté du 4 août 2004
	1.2.2 Faire traiter les dossiers « Instances médicales » de toutes les collectivités par les CDG ; les collectivités non affiliés ont actuellement le choix d'adhérer pour cette prestation, ce qui ne favorise pas l'approche globale et coordonnée du dispositif.	Loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 – article 113
1.3. Rétablir du temps de médecin secrétaire, coordonnateur des instances	La présence d'un médecin –secrétaire est prévue par les textes mais assurée de manière systématique dans un tiers des cas. Systématiser et conforter cette fonction, en la dotant des moyens nécessaires et en redéfinissant son rôle de véritable « coordonnateur ».	Article 6 décret n°86-442 du 14 mars 1986
2-REDUIRE LES CAS DE SAISINE DES INSTANCES		
2.1 Supprimer des cas de saisine automatique	L'ordonnance du 19 janvier 2017 instaure pour les accidents de services et les maladies professionnelles le principe de la présomption d'imputabilité, sans passage en CR, dès lors que l'avis du médecin traitant et du médecin agréé sont concordants. 2.1.1 Remplacer l'avis obligatoire d'un médecin agréé par un avis facultatif dont l'opportunité serait déterminée par le médecin coordonnateur ; nombre de situations sont simples, avec des certificats médicaux initiaux clairs et ne nécessitent pas une expertise systématique.	Article 34-4° de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 (FPE) Article 57-4° de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 (FPT) Article 41-4° de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 (FPH) 2.1.2 Article 7 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 4 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 2.1.3 Article 7 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 5 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987

Thème	Modalités	Impact juridique - texte(s) à modifier
	<p>2.1.2 Etendre à la maladie sans lien avec le service la faculté de ne plus passer devant les instances dans les cas suivants, sauf avis médicaux non concordants ou désaccord de l'agent ou de l'employeur :</p> <p>a) l'octroi d'un CLM ou d'un CLD ;</p> <p>b) les reprises à temps plein après CMO de plus de six mois, CLM ou CLD</p> <p>c) le renouvellement d'un CLM/CLD en cas de pathologie cancéreuse</p> <p>2.1.3 Dispenser de l'avis des instances les cas suivants :</p> <p>a) l'aménagement des conditions de travail ou reclassement après congé ou disponibilité, laissé à la responsabilité du médecin de prévention</p> <p>b) la reconnaissance du droit à ATI ou pension pour invalidité</p>	<p>Article 1 et 5 du décret n°84-1051 du 30 novembre 1984 (FPE)</p> <p>Article 1 et 5 du décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 (FPT)</p> <p>Article 1 et 5 du décret n°89-376 du 8 juin 1989 (FPH)</p> <p>2.1.3 b)</p> <p>Article L 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite</p> <p>Article L417-8 du code des communes</p> <p>Article 80 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986</p> <p>Article 65 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984</p> <p>Article 13 4°, 5° et 6° du décret n°86-442 du 14 mars 1986</p> <p>Article 25 de l'arrêté du 4 août 2004</p> <p>Article 6 du décret 2005-442 du 2 mai 2005</p> <p>Article 3 du décret n°60-1089 du 6 octobre 1960</p> <p>Articles 2 et 31 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003</p> <p>Article D 712-15 et -16 du code de la sécurité sociale</p>
<p>2.2 Supprimer l'appel devant le CMS</p>	<p>Les avis des comités médicaux sont aujourd'hui susceptibles d'appel devant le CMS. Ces recours ne sont assortis d'aucun délai, sont suspensifs, et donnent lieu à un nouvel avis (consultatif lui aussi) ; le plus souvent conforme à l'avis initial, dans des délais de l'ordre de quatre à six mois mais souvent plus longs.</p> <p>Supprimer la faculté de recours.</p>	<p>Article 9 du décret n°86-442 du 14 mars 1986</p> <p>Article 5 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987</p>

<i>Thème</i>	<i>Modalités</i>	<i>Impact juridique - texte(s) à modifier</i>
3-SECURISER FINANCIEREMENT LE DISPOSITIF		
3.1 Assurer une contribution des administrations et collectivités relevant des instances départementales pour la FPE et FPH	<p>Le financement des instances départementales est supporté par le seul ministère des affaires sociales et de la santé.</p> <p>Stabiliser le financement et le fonctionnement du dispositif en instaurant une participation des autres utilisateurs à ce financement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par une contribution en base au programme 124 ; - ou par un fonds de concours alimenté via une contribution « au dossier ». 	Loi de finances
3.2 Revaloriser la rémunération des médecins	3.2.1 Revaloriser la rémunération des membres des instances, en instaurant un taux horaire de 45 € hors charges	Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des membres des comités médicaux
	3.2.2 Revaloriser les expertises à 100 à 120 € avec des possibilités de dépassement pour certaines spécialités.	Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986
	3.2.3 Définir la rémunération des futurs médecins-coordonnateurs	
4 - ADAPTER LE CLM ET LE CLD A L'EVOLUTION DES PATHOLOGIES ET DES PRISES EN CHARGE		
4.1 Faciliter l'ajustement de la liste des maladies ouvrant droit à CLD	<p>4.1.1 La liste des pathologies ouvrant droit à CLD est aujourd'hui définie par la loi, ce qui nuit à toute adaptation rapide à l'évolution des traitements et prises en charge. Elle est en outre dépassée (y figurent notamment toujours la tuberculose et la poliomyélite)</p> <p>Le CMS devrait avoir pour mission de faire des propositions d'évolutions en la matière.</p> <p>Faire acter par arrêté la liste des pathologies relevant d'un CLD.</p>	<p>Article 34-4° de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 (FPE)</p> <p>Article 57-4° de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 (FPT)</p> <p>Article 41-4° de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 (FPH)</p> <p>Article 29 du décret n°86-442 du 14 mars 1986</p> <p>Arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie</p> <p>Article 20 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987</p>
5- METTRE EN PLACE UN PILOTAGE ADMINISTRATIF ET MEDICAL		
5.1 Mettre en place un pilotage administratif	Il n'existe pas de pilotage global du dispositif et de coordination au plan national ni pour les administrations centrales de l'Etat ni pour les trois fonctions publiques. Le dispositif départemental FPE et FPH départemental relève de la responsabilité du ministère des affaires sociales et de la santé qui n'est pas en mesure d'assumer cette animation de réseau et cette	Arrêté spécifique

<i>Thème</i>	<i>Modalités</i>	<i>Impact juridique - texte(s) à modifier</i>
	coordination. Mettre en place un vrai pilotage (SGMAS, DGAFP). Confier aux PFRH un rôle d'animation au niveau régional.	
5.2 Mettre en place un pilotage médical	Recentrer le CMS sur son rôle de coordination des CM et de conseil aux pouvoirs publics sur les questions d'ordre médical touchant au statut de la fonction publique.	Article 9 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 ; feuille de route par circulaire conjointe SGMAS-DGS-DGAFP