



Groupe de Travail

Les procédures de gestion et les relations des gestionnaires RH avec les comités médicaux et les commissions de réforme

Réseau Interministériel de Modernisation de la fonction RH

09/12/2016

Restitution



Centre **I**nterministériel de **S**ervices **I**nformatiques
relatifs aux **R**essources **H**umaines

Introduction

PROBLÉMATIQUE ET CONTEXTE

- Le sujet a été validé au COPIL Métier du 13 octobre 2015. Il a été proposé par les ministères en raison de deux principales difficultés relevées :
 - ✓ L'espacement des délais de réunions des comités médicaux (Cm) et commissions de réforme (Cr) entraîne parfois un retard dans le traitement des dossiers des agents, avec un impact en gestion.
 - ✓ Les décisions prises par l'administration après l'avis de ces instances ont souvent des effets rétroactifs en paye.
- Ces deux écueils ont parfois des impacts sociaux importants.

ENJEUX

- Ce groupe de travail (GT) est à la croisée de plusieurs thématiques :
 - ✓ **Sociales** (gestion des maladies des agents)
 - ✓ **Juridiques** (respect de la réglementation, notamment au regard du secret médical)
 - ✓ **Organisationnelles** (gestion des relations entre ministères et instances, avec les agents ou entre services ministériels)

OBJECTIF

Ce GT vise à optimiser les processus de gestion quotidienne dans ce domaine et les relations avec les instances médicales :

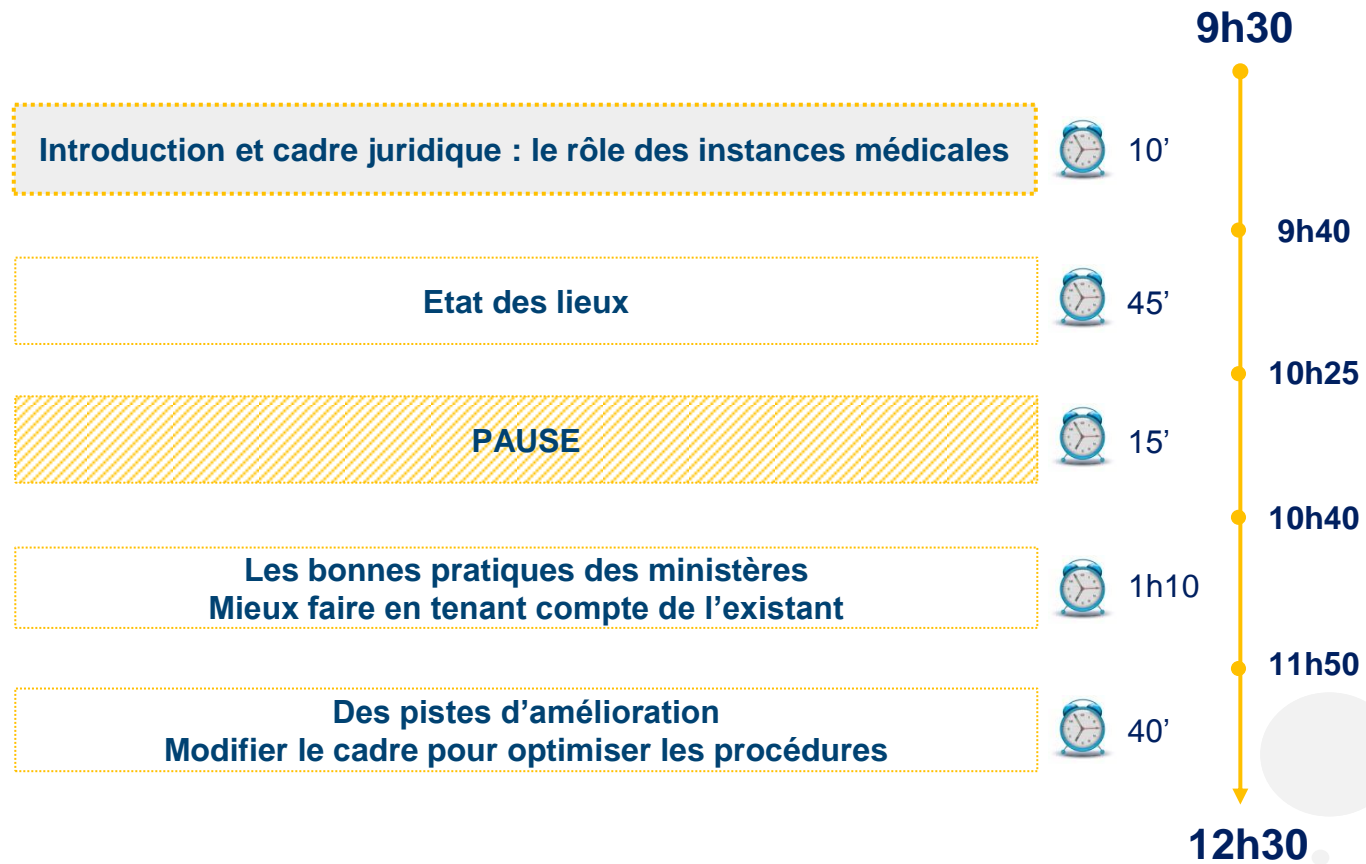
- 1) Par un état des lieux précis des pratiques ministérielles actuelles
- 2) Par la présentation de bonnes pratiques directement appliquées dans certains ministères et faciles à adopter
- 3) Par un échange sur les pistes d'évolution possibles à moyen terme



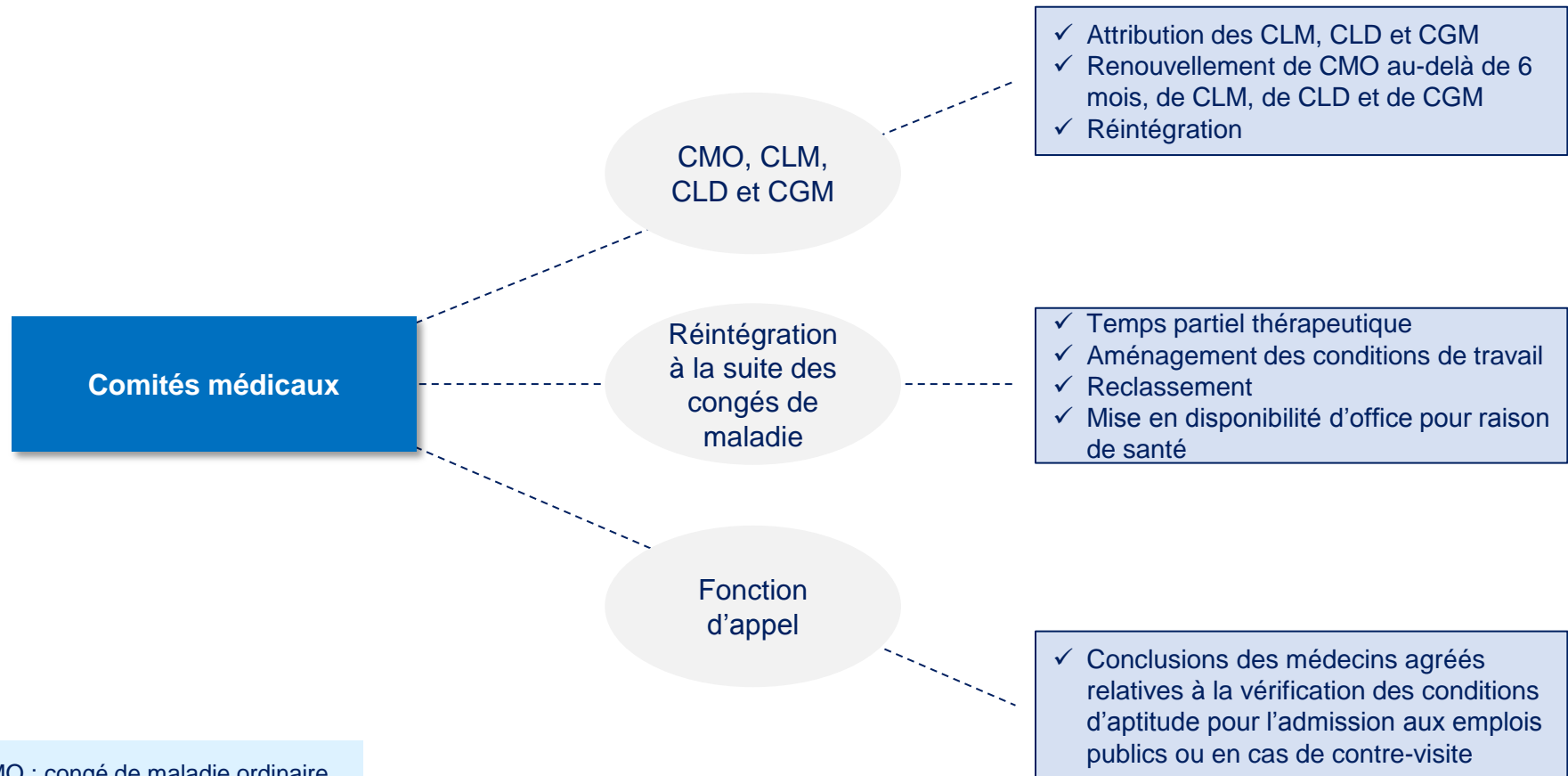
Il est important de noter que ce GT est **distinct de l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales de la fonction publique**, menée par le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique.

Les conclusions de ce GT pourront être utilisées par la DGAFP et le SGMAP, pour enrichir leurs propres travaux.

Ordre du jour

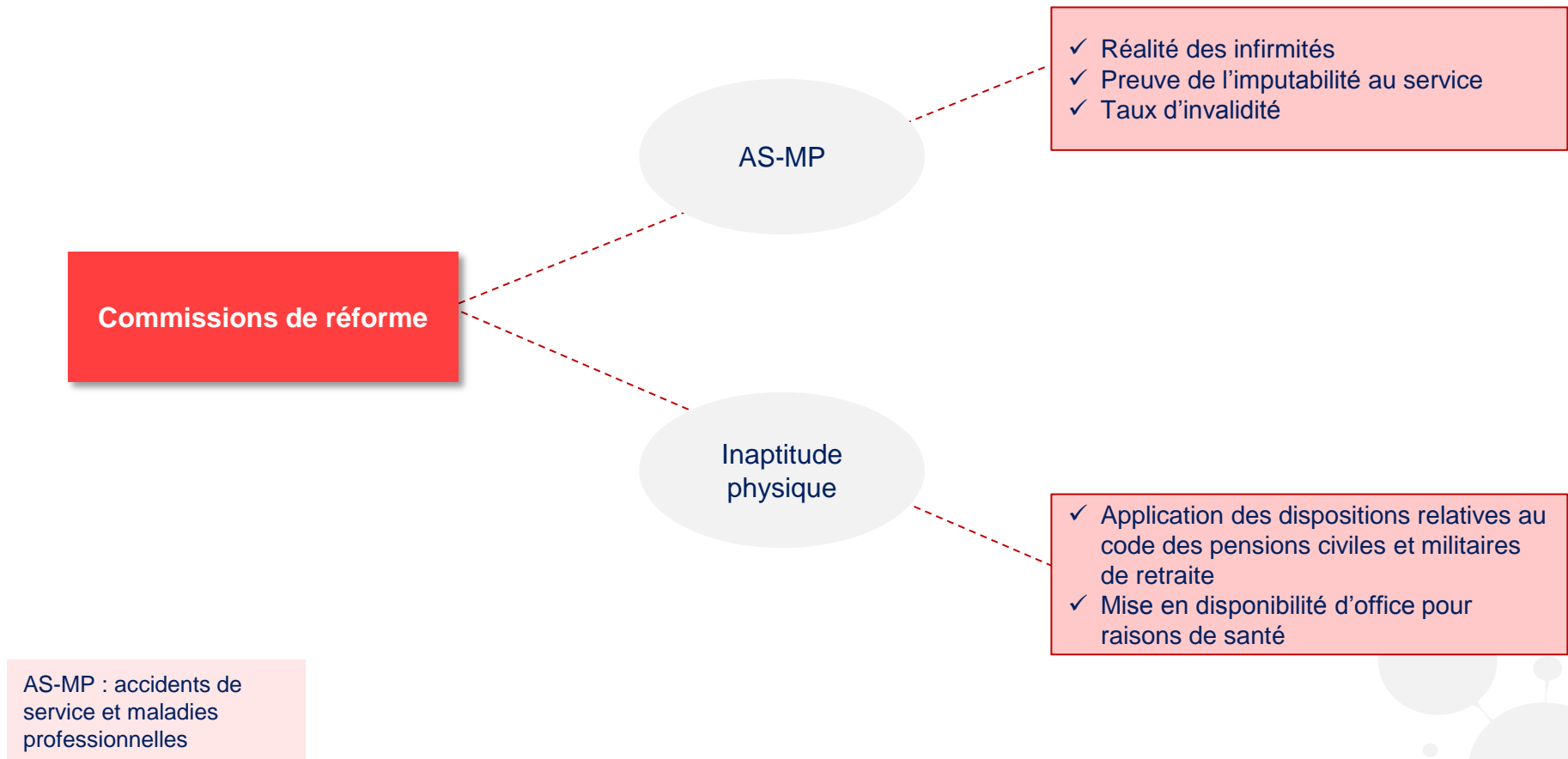


Le rôle des comités médicaux et des commissions de réforme dans la fonction publique de l'Etat (1/2)



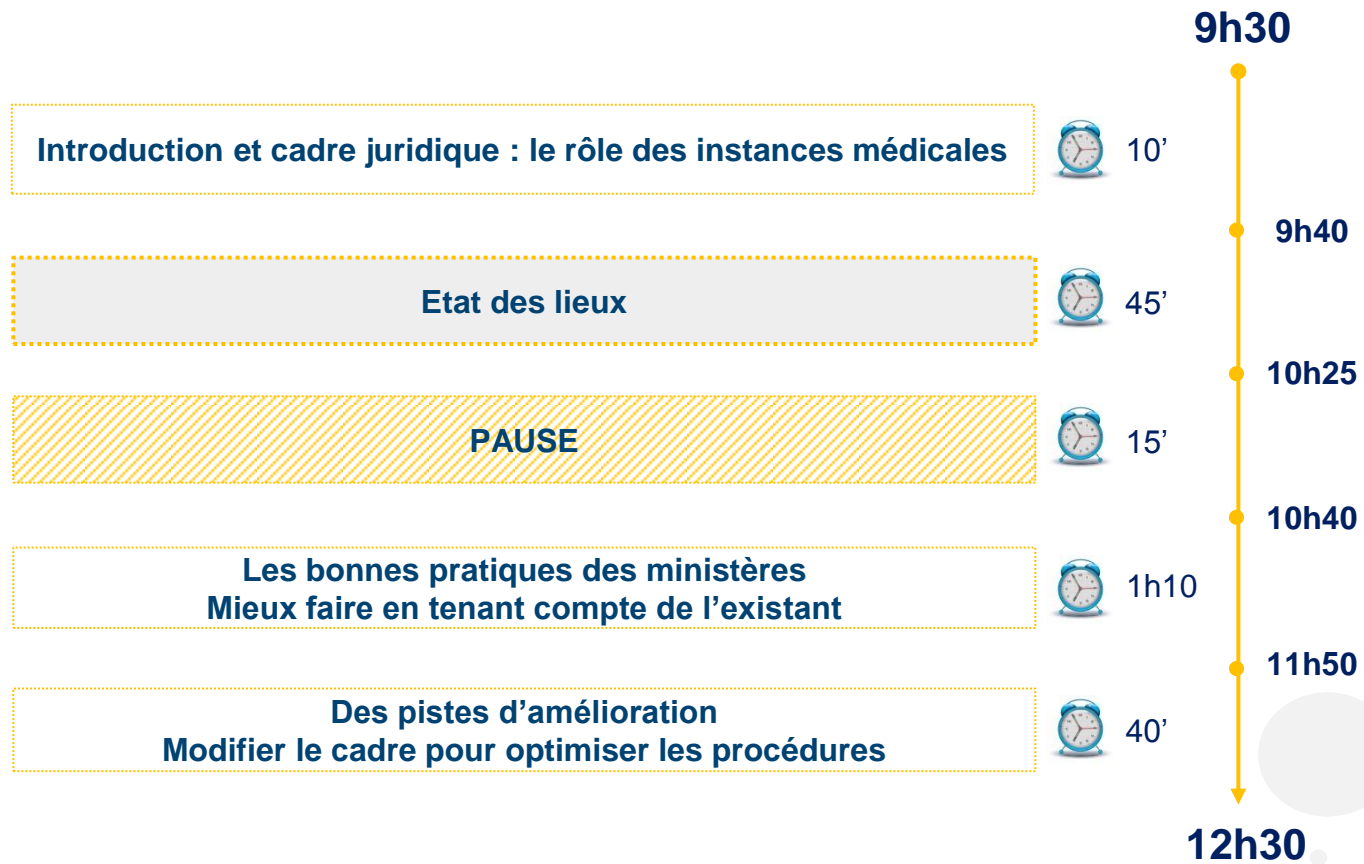
CMO : congé de maladie ordinaire
CLM : congé de longue maladie
CLD : congé de longue durée
CGM : congé de grave maladie

Le rôle des comités médicaux et des commissions de réforme dans la fonction publique de l'Etat (2/2)



L'administration a une obligation de consulter ces instances dans les cas définis par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986. Toutefois, elle n'est pas liée par le contenu de ces avis, sauf dans certains cas (reprise de l'activité après 12 mois consécutifs de CMO, un CLM ou un CLD ; reprise du travail à temps partiel thérapeutique après un congé pour accident de service ou maladie professionnelle).

Ordre du jour



La composition des instances

Rappel

- Les comités médicaux sont uniquement constitués de praticiens (généralistes ou spécialistes). Ils doivent veiller à comporter suffisamment de suppléants pour remplacer les titulaires absents et éviter les retards de traitement des dossiers.
- Les commissions de réforme comptent de 6 à 7 membres. Leur composition est paritaire :
 - ✓ deux représentants de l'administration,
 - ✓ deux représentants du personnel à la commission administrative paritaire dont relève le fonctionnaire (ou, le cas échéant, non membres de la CAP),
 - ✓ les membres du comité médical (deux généralistes et un spécialiste, le cas échéant).

Ces commissions ne peuvent délibérer valablement que si la majorité absolue des membres assiste à la séance, soit quatre membres, titulaires ou suppléants, sur six (ou sept). A cela s'ajoute l'obligation de présence du président de la commission et d'au moins un médecin.

Si la composition de ces instances est définie dans les textes, il est possible d'observer :

1

Des pratiques
ministérielles différentes

- Désignation des représentants locaux à la CAP
- Désignation à partir d'une liste des représentants désignés par la CAP, en fonction du grade et du corps

2

Des difficultés constatées

- Impossibilité de désigner des représentants du personnel représentatifs des corps/grades de l'agent malade
- Difficultés à atteindre le quorum : manque de volontaires, notamment de médecins ; convocations compliquées des représentants du personnel affectés en métropole et devant siéger dans les DOM-TOM

Les disparités entre instances

Cm : comité médical
Cr : commission de
réforme

Rappel

- Différents niveaux d'instances existent :
 - ✓ Ministériel : le Cm ou la Cr est alors institué auprès de l'administration centrale de chaque ministère
 - ✓ Départemental (en principe : pour les agents exerçant leurs fonctions dans les départements, exceptés les chefs des services extérieurs d'administration centrale) : le Cm ou la Cr est alors institué auprès de l'organisation départementale en charge de la cohésion sociale
 - ✓ Etablissements publics : il s'agit d'une possibilité ouverte aux ministères si l'importance des effectifs le justifie

Les réponses apportées par les ministères ont fait ressortir les caractéristiques suivantes :

1

Le mode d'organisation fait intervenir de nombreux acteurs au sein des ministères

- Centralisation des tâches au sein d'une section consacrée aux affaires médicales ou des bureaux de gestion
- Multiplicité d'acteurs (gestionnaires RH de proximité, gestionnaires RH d'administration centrale, services en charge des affaires médicales, médecins de prévention, assistants sociaux et médico-sociaux, services employeurs)
- Organisation variée des services : certains agents gèrent les affaires médicales (y compris le secrétariat des instances) et les actes administratifs afférents alors que d'autres séparent ces deux activités.

2

L'organisation différenciée des instances médicales entraîne des disparités de traitement des agents

- Les modalités de travail diffèrent (convocation, transmission des calendriers et de l'ordre du jour, dématérialisation des échanges, demandes d'expertise). Les modalités et délais de traitement des dossiers sont donc aussi nombreux que les instances existantes.
- Les délais de traitement varient, notamment entre les administrations centrales et les services déconcentrés.
- Les procédures ne sont pas maîtrisées partout de la même manière. On peut le constater par exemple au ministère de la Défense, où un centre mutualisé de GA-Paye est en lien avec 43 comités médicaux.

Les délais et la rétroactivité des décisions (1/2)

Rappel

- Les textes concernant la fonction publique de l'Etat ne prévoient aucun délai pour les procédures relatives à la consultation de ces instances, à une exception près pour les demandes de renouvellement de CLM/CLD devant être présentées un mois à l'avance.
- Au contraire, le décret n° 2016-213 du 26 février 2016 fixe des délais précis au comité médical compétent à l'égard des magistrats visés par l'ordonnance n° 58-1270 du 22 décembre 1958 : trois mois pour rendre un avis motivé ; délai d'appel de 10 jours ; deux mois pour le comité d'appel.

Les ministères ont constaté des délais de décision souvent importants, qui ont un impact direct sur la situation des agents

Les ministères ont constaté des délais variant de 1 à 9 mois, voire 3 ans (en comptant l'appel) pour obtenir un avis des instances médicales

L'engorgement des instances

- Le nombre de réunions varie selon :
 - **le niveau de décision** :
 - 1 Cm/mois au niveau départemental ; de 1 à 2 Cm/mois au niveau national
 - De 2 Cr/mois à 1 tous les 4 mois
 - **le nombre variable de dossiers présentés**

Le manque de coopération des agents

- Eloignement des agents
- Non présentation aux visites
- Incomplétude des dossiers

La forte dépendance aux expertises

- Lenteur de l'instruction des dossiers, tributaire des résultats d'expertise
- Manque de médecins experts

Le manque d'effectifs

- Pénurie de médecins agréés pour statuer

Les délais et la rétroactivité des décisions (2/2)

1

Les ministères sont confrontés à des problématiques de régularisation administrative

Les délais de décision ont un impact sur la gestion administrative des agents, notamment dans les cas suivants :

- ✓ Avis rendus après la fin réglementaire du congé
- ✓ Décisions de reprise sans avis du comité médical
- ✓ Maintien dans une position sans droit

2

La gestion de la rétroactivité a un impact social

- A cet égard, la gestion de la rémunération revêt une dimension importante, pour maîtriser autant que possible les conséquences pour les agents. Les ministères ont donc adopté des modalités de travail, mêlant approche réglementaire et gestion humaine. La plupart des réponses font ainsi ressortir que :
 - ✓ Les agents sont placés en CMO à ½ traitement, dans l'attente qu'il soit statué sur leur demande de CLM/CLD
 - ✓ La situation des agents est maintenue en cas de demande de renouvellement de CLM/CLD
 - ✓ Les agents sont souvent placés en CMO à plein traitement, dans l'attente d'une décision sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie

Certains ministères modulent toutefois leur pratique en fonction du degré de certitude qu'ils ont sur l'état de l'agent : par exemple, un ministère optera pour une rémunération à plein traitement avec primes à demi-traitement pour un agent en CMO qui aurait dû passer à demi-traitement s'il estime la pathologie de l'agent éligible au CLM/CLD.

- En tout état de cause, les ministères tendent à privilégier les situations dans lesquelles ils devront verser un rappel aux agents plutôt que de constater et recouvrer un trop-perçu (par précompte ou par émission d'un titre de recette).

Le secret médical

Rappel

- La circulaire FP4 n° 2070 du 2 mars 2004 rappelle les règles relatives au secret médical dans le cadre de l'activité des comités médicaux.
- Les agents publics, lorsqu'il s'agit d'affaires médicales, sont ainsi soumis à deux obligations :
 - ✓ la discrétion professionnelle (2^{ème} alinéa de l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983)
 - ✓ le secret médical (article 226-13 du code pénal)
- Les informations à caractère médical sont couvertes par ces deux obligations. Ainsi, ces informations ne peuvent être recueillies que par les services placés sous l'autorité d'un médecin ou par le service en charge des pensions (article L. 31 du code des pensions civiles et militaires de retraites).

1

Les règles relatives au secret médical sont parfois incomprises

- Par les agents (envoi de l'intégralité des feuillets CERFA au gestionnaire de proximité)
- Par l'administration (règles de conservation des dossiers)

2

Le médecin de prévention occupe une fonction clé

- Le médecin de prévention constitue un dossier sur l'agent malade et est le garant du secret médical au sein de l'administration.
- Dans les ministères, ce médecin revêt un caractère important puisqu'il peut conserver les dossiers des agents, donne son avis sur certaines procédures, notamment en cas d'aménagement des conditions de travail.
- Par ailleurs, il peut assister à titre consultatif aux réunions des instances. Certains ministères utilisent pleinement cette faculté pour faciliter l'application des avis des instances.

L'applicabilité des avis

Rappel

- L'avis des Cm et Cr est indispensable dans un certain nombre de cas de congés de maladie, de leur constatation à leurs conséquences sur l'agent et le service.
- Dans ce cadre, les Cm et Cr statuent sur les questions dont ils sont saisis par l'administration.

1

L'administration suit généralement les avis donnés

- Les taux de recours (appel, recours administratif ou contentieux) sont extrêmement faibles. Les avis sont donc très majoritairement suivis et acceptés.
- Ce taux s'explique notamment par la bonne qualité du dialogue entre ces instances et l'administration, en amont des réunions.

2

L'administration applique difficilement les avis relatifs à la reprise de service des agents

- En revanche, les avis sur les situations après maladie sont parfois plus difficiles à mettre en application :
 - ✓ Pour l'inaptitude partielle à certains métiers
 - ✓ En cas de divergence avec le médecin de prévention
 - ✓ Quand l'agent n'a pas réintégré son service malgré un avis de reprise

Le comité médical supérieur (CMS)

Rappel

- Le CMS est institué auprès du ministre chargé de la santé (direction générale de la santé). Il comprend deux sections :
 - ✓ Maladies mentales
 - ✓ Autres maladies
- Le rôle de ce comité est triple :
 - ✓ Instance d'appel des décisions rendues en premier ressort par les Cm, consultée à la demande de l'administration ou de l'agent
 - ✓ Coordination nationale des avis des Cm
 - ✓ Formulation des recommandations à caractère médical relatives à l'application du statut général (notamment, avis sur la liste indicative des maladies pouvant ouvrir droit à CLM ou CLD)

Les caractéristiques des relations entre les ministères et le comité médical supérieur

Rareté des liens entre ministères et CMS

L'essentiel de la communication passe par les comités médicaux, par une procédure écrite ou par mél. Les ministères ont déploré l'absence de contact téléphonique.

Absence de recours à cette instance

Les ministères privilégient les comités médicaux lorsqu'ils ont une question ou un conseil. Les cas de saisine du comité médical supérieur sont donc rares.

Longueur des délais d'instruction

- Les délais d'instruction varient de 18 mois à 3 ans. L'impact sur les agents est donc indéniable.
- Composé de 2 secrétaires et d'un médecin, le CMS a reçu 2 084 dossiers en 2015. Le rapport entre effectifs mobilisables et nombre de dossiers reçus a un impact important sur l'efficacité de la stratégie de communication avec les Cm.



- Le CMS a porté ses efforts sur **l'amélioration des délais de passages en commission**, par deux actions principales :
 - ✓ Réorganisation des pratiques du secrétariat (définition des tâches, priorisation des dossiers dès réception du courrier)
 - ✓ Renfort médical du CMS (augmentation du nombre de dossiers étudiés en commission)
- Par ailleurs, le CMS a travaillé sur **l'amélioration de sa communication avec les Cm** :
 - ✓ Diffusion aux Cm d'une instruction du 4 août 2016 relative à la constitution des dossiers médicaux destinés au CMS, pour structurer les données nécessaires au CMS en vue d'un traitement informatisé
 - ✓ Projet de SI (logiciel Vadim) devant aboutir à un logiciel commun Cm/CMS

Restitution (1/2)

Les ministères ont complété l'état des lieux par des remarques exprimées à l'oral :

Composition des instances

Les médecins agréés refusent parfois de siéger dans certains comités médicaux départementaux, du fait d'un **manque d'attractivité lié à la rémunération insuffisante de ces médecins**.

Délais

Le MINDEF souhaite aller vers une dématérialisation mais relève toutefois des obstacles : les médecins traitants refuseront probablement de transmettre leur expertise de manière dématérialisée aux Cm. Le MINDEF estime que deux solutions s'offrent alors :

- Revenir sur le principe de transmission de l'expertise par le médecin traitant
- Accepter la transmission séparée de cet avis (le dossier arrivera alors en deux parties, ce qui peut occasionner des problèmes de traitement)

Sur ce sujet, **le logiciel Vadim, présenté brièvement par les représentants du CMS et des MSO, remplacera le logiciel CM/CR au sein des ministères sociaux et des Cm départementaux**, gérés par les directions départementales interministérielles en charge de la cohésion sociale. Ce logiciel servira à la gestion de dossier en commun entre les comités médicaux concernés et le CMS : chaque dossier disposera ainsi d'un numéro d'identifiant unique et rassemblera toutes les pièces constitutives nécessaires, partagées entre les différentes instances. En outre, le logiciel permettra de suivre la vie du dossier. La fonctionnalité du logiciel permettant la dématérialisation du dossier médical n'est toutefois pas encore aboutie.

Il serait intéressant de lancer une réflexion pour déployer un SI interministériel à partir de ce logiciel (à voir avec le département des études et des statistiques de la DGAFP). Les MEF ont confirmé leur intérêt pour un tel outil qui devrait permettre une gestion intégrée des dossiers informatisés (système de « workflow », sécurisation des données,...). Cela permettrait de gagner en délai, en communication et en sécurisation des procédures.

Secret médical

Les ministères constatent des contradictions, sur le secret médical, entre les dispositions du décret n° 86-442, qui prévoient la consultation du dossier médical par l'agent et les textes plus récents, qui prévoient la communication de ce dossier dans les huit jours : les ministères ne savent pas comment organiser cela. Par ailleurs, le CMS observe que la composition des dossiers reçus respecte peu souvent le secret médical.

Restitution (2/2)

L'applicabilité des avis

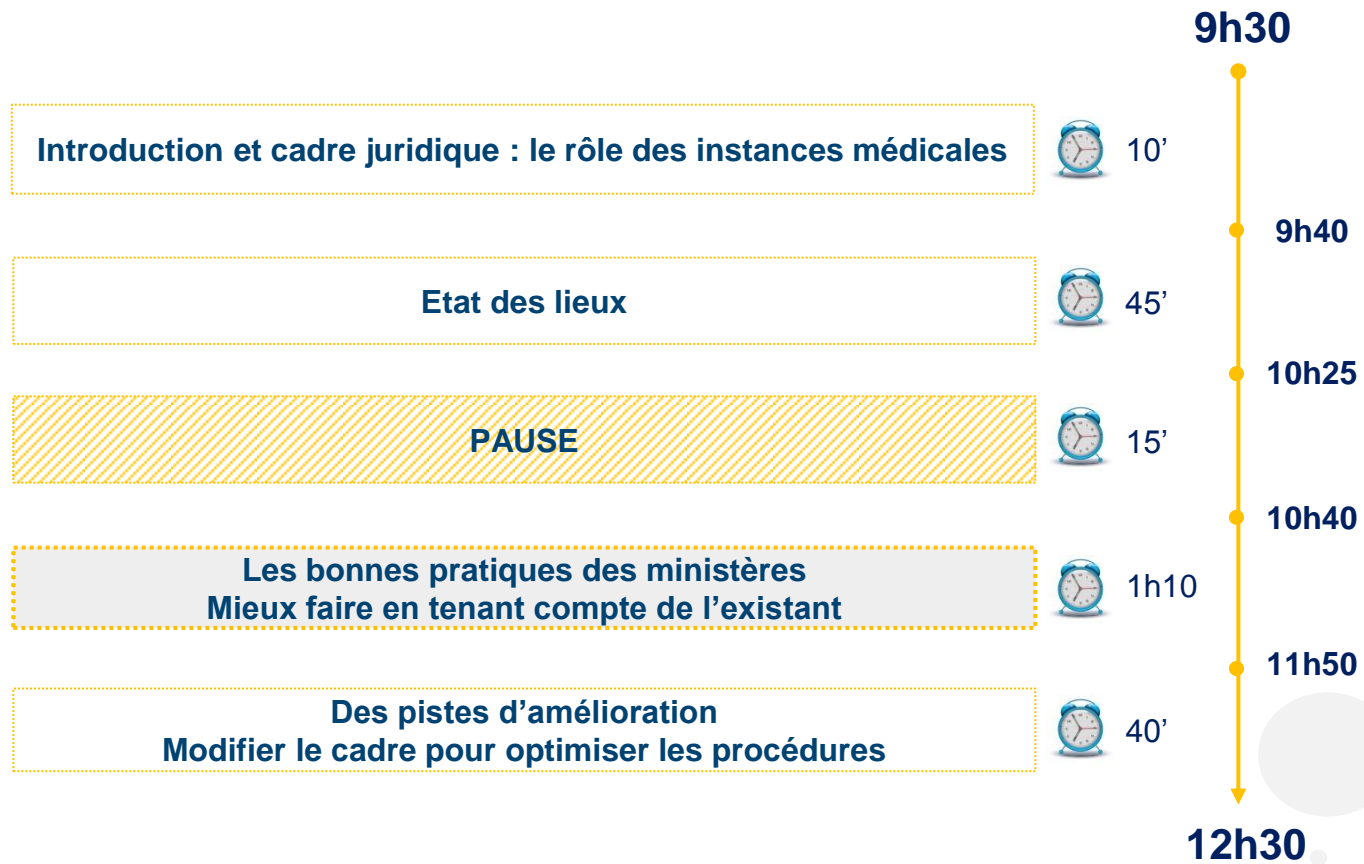
Les ministères demandent expressément une **précision des textes relatifs aux procédures de consultation des instances médicales**. A cette fin, ils arguent de ce que les juges s'appuient sur les textes et non sur les (bonnes) pratiques de gestion pour trancher les recours qui leur sont soumis.

Les procédures méritant d'être précisées concernent **particulièrement le périmètre de consultation des commissions de réforme** (exemple d'une reprise du travail demandée par un médecin agréé après consolidation d'un accident de service, que le juge a annulée motif tiré de ce que le ministère aurait dû consulter la commission de réforme pour reprendre le travail).

Le comité médical supérieur

- Le CMS reconnaît un manque de moyens suffisants pour traiter les dossiers qui lui sont soumis. Toutefois, ses délais d'avis se sont considérablement réduits : ils sont dorénavant de 3 à 4 mois pour les CLM et de 6 à 9 mois pour les maladies mentales. Par ailleurs, la longueur des délais s'explique également par des circonstances extérieures au CMS :
 - les comptes-rendus d'expertise demeurent souvent laconiques, alors que les médecins du CMS doivent formuler leur avis sur pièces ;
 - les administrations mettent parfois un certain temps à saisir le CMS ;
 - les textes ne sont plus adaptés, notamment en ce qui concerne les affections donnant lieu à CLD
- Le CMS connaît peu de recours de la part des Cm ministériels mais assure rester vigilant sur leurs sollicitations lorsqu'il y a lieu.
- Cependant, les ministères constatent **un manque de coordination nationale des avis des Cm** : la DGFIP, par exemple, témoigne d'avis différents au sein des Cm départementaux sur des questions pourtant similaires. Ce dernier aspect doit faire l'objet d'une évolution, jusqu'à **poser la question de confier ce rôle à une autre instance**. Le CMS confirme ce diagnostic et le justifie par un manque de moyens et l'absence de système de recueil de données permettant l'harmonisation. Le CMS assure toutefois mettre tout en œuvre pour répondre systématiquement aux questions adressées par les Cm, par messagerie électronique.
- Un autre ministère (MCC) a évoqué la **possibilité de résorber l'hétérogénéité entre Cm départementaux par la régionalisation a minima des Cm**.

Ordre du jour



Un accompagnement des dispositions réglementaires existantes (1/3)

Certains ministères ont d'ores et déjà mis en œuvre des mesures, qui leur permettent d'optimiser la gestion des agents au regard de la réglementation applicable.

INFORMER

- Rédaction de vade-mecum à l'attention des agents et des services pour une information partagée
- Elaboration d'une note interne listant les représentants syndicaux à convoquer
- Création de pôles d'expertise au sein des ministères
- Envoi d'un courrier d'alerte aux agents concernés pour les informer de leurs droits à congés (délais, durée des droits, procédures)

ANTICIPER

- Identification du courrier « secret médical » pour un traitement séparé
- Information des membres des instances par mél (parallèlement et en doublon de l'envoi postal)
- Réunion préparatoire avec les secrétaires de chaque instance
- Consultation des instances médicales par mél, pour dédier les réunions physiques aux cas plus « délicats »
- Participation aux réunions par audio-conférence
- Adaptation du versement du traitement à l'agent, en fonction de sa situation (médicale, sociale)

SUIVRE

- Veille sociale : faire participer tous les acteurs de la chaîne au suivi de l'agent (médecins de prévention, assistants sociaux et médico-sociaux) notamment *via* des entretiens (entretiens de pré-reprise par exemple) et des conseils
- Elaboration de tableaux de suivi pour l'application des dispositions réglementaires (contrôle des dossiers en cours, retrait de jours RTT)
- Priorisation des dossiers, au moyen d'une application dédiée

REAGIR

- Transmission directe aux référents RH des conclusions des avis rendus par les instances
- Prise de décision au plus près des dates des instances
- Négociation avec les SLR pour un étalement du remboursement du trop-perçu des agents



N'hésitez pas à partager vos pratiques ou à échanger sur ces points.

Un accompagnement des dispositions réglementaires existantes (1/3)

Répartition des kiosques

Sujet 1

Préparer les décisions
Informier et anticiper

Animation et synthèse : J. Lafont/A. Karagic

Sujet 2

S'adapter aux situations
Suivre et réagir

Animation et synthèse : M. Buhot/E. Potier



2 x 20'

Groupe A

- DGAFP (B. Deboges)
- CMS (J. Baron)
- CE
- MAEDI
- MEEM
- MEF-SG
- MSO
- SPM

Groupe B

- DGAFP (S. Guilbot-Christaki)
- CMS (C. Bonnard)
- CC
- MAAF
- MEF-DGFiP
- MI
- MINDEF
- MJ

Sujet 1 : Préparer les décisions

Inform

1. Rédaction et diffusion d'un vade-mecum :

- ✓ Les ministères sont d'accord, notamment avec l'inclusion des fiches-procédures détaillées, conçues par le CISIRH.
- ✓ Certaines administrations vont fournir leur documentation existante (fiches, guide de procédure du MCC sur la composition des dossiers de pension).



Nécessité d'adapter le support au public (agents ou gestionnaires)

2. Annuaire des représentants syndicaux à convoquer :

- ✓ Des ministères optent d'ores et déjà pour une désignation de ces représentants, sur volontariat, juste après les élections à la CAP.
- ✓ La constitution d'un annuaire ou d'une note interne listant ces représentants et leurs suppléants est considérée comme intéressante, même si elle ne résoudra pas l'absentéisme.

3. Création de pôles d'expertise :

- ✓ Les ministères préfèrent le terme de « référénts » ministériels et nationaux. Sur le modèle de ce qui se fait pour le handicap, le référent national pourrait animer des réunions dans les services déconcentrés.
- ✓ Une « communauté d'échanges » pourrait se former autour d'experts sur les questions juridiques.

4. Courriers d'alerte

- ✓ Pour la plupart, les ministères procèdent déjà à l'envoi de tels courriers et certains fourniront au CISIRH les modèles déjà établis (CE).
- ✓ Dans la même perspective, le MEEM se dit prêt à diffuser le courrier type de retour à l'emploi, actuellement en cours d'élaboration ; le MEF rappelle quant à lui l'existence d'un guide du retour au travail après une longue maladie.

Les points abordés dans ce cadre nécessitent tous une évolution réglementaire particulière :

- **Consultation des instances médicales par mél** : les ministères présents se montrent réticents à cette idée et estiment que la difficulté réside plutôt en amont, sur le périmètre des actes nécessitant l'avis des instances médicales.
- **Mise en place d'audioconférences** : les ministères sociaux y ont déjà recours, sur la base de l'ordonnance n° 2014-1329 (art. 2). Les ministères souhaitent l'utiliser uniquement si cela est prévu par un texte *ad hoc*.
- **Adaptation du versement du traitement à l'agent en fonction de sa situation médicale et sociale** : la plupart des ministères refusent cette pratique, à moins qu'elle ne soit prévue réglementairement.

Les autres points présentés n'ont pas fait l'objet d'une réaction particulière (identification du courrier « secret médical », réunion préparatoire avec les secrétaires de chaque instance).

Sujet 2 : S'adapter aux situations (1/2)

1. La veille sociale :

- ✓ Elle intervient de manière ponctuelle et informelle, essentiellement en administration centrale. Les ministères ont souligné la difficulté à étendre ces pratiques aux services déconcentrés au regard des contraintes de gestion (acteurs et moyens disponibles limités).
- ✓ Une veille sociale plus systématique est mise en place pour certains métiers (les ouvriers d'Etat par exemple), le suivi des restructurations ou des reprises d'activité, avec un accompagnement des médecins de prévention et des assistants sociaux.

Préconisations

- Assurer une **veille sociale continue**, de bout en bout, de la prévention au suivi
- Maintenir un **lien permanent avec les agents en maladie** selon un mécanisme souple adapté à chaque cas : points réguliers entre l'agent et son service par l'intermédiaire du médecin de prévention ou de l'assistant social pour anticiper les conditions de sa reprise (adaptation du poste de travail, temps partiel thérapeutique).

2. Les outils de gestion :

- ✓ Il existe des outils de suivi (fichiers Excel notamment) au niveau départemental.

Préconisations

- Utilisation d'**outils dédiés** sauf pour les petites structures où se pratique une gestion de proximité.
- **Extension du déploiement de l'outil Vadim**, avec néanmoins la question de son financement et celle de la gestion transitoire à mettre en œuvre (flux papier et SI).
- Mise en place d'**alertes sur l'outil** (par exemple, pour anticiper les fins de droits des agents).
- Nécessité d'**intégrer le suivi dans l'outil de gestion** pour ne pas alourdir la charge de travail des gestionnaires.

3. La priorisation des dossiers :

- ✓ Quels critères de priorité retenir et comment préserver le secret médical ?
- ✓ Divergences entre les ministères sur la nécessité de prioriser les dossiers : certains ministères identifient des dossiers prioritaires, comme ceux relatifs à des agents en fin de droits, d'autres considèrent que tout dossier soumis aux instances médicales est urgent par nature.

Préconisations

- **Déterminer des critères de priorité** : par exemple, la fin de droits prochaine.
- Un **outil de suivi disposant d'alertes** permettrait d'identifier les dossiers pouvant bénéficier d'un traitement prioritaire.

Sujet 2 : S'adapter aux situations (2/2)

Réagir

1. La transmission directe aux référents RH des conclusions et avis rendus par les instances :

- ✓ Les ministères ont souligné que la prise de décision intervient déjà au plus près de la date de réunion des instances.

Préconisations

- Certains secrétariats des instances médicales **informent les services gestionnaires lorsque l'agent demande sa réintégration** ou que l'expertise médicale a conclu en ce sens, de manière à accorder un délai supplémentaire aux services pour organiser les réintégrations. Cette pratique pourrait être généralisée.

2. La relation avec les comptables publics :

- ✓ Certains ministères ont indiqué que les services gestionnaires n'ont pas de contact direct avec les comptables. D'autres ministères ont relevé des difficultés à obtenir, des comptables publics, des facilités pour les agents ayant bénéficié de trop-perçus.

Préconisations

- Le **sujet des trop-perçus intervenant pendant l'été est à résoudre** car les instances médicales ne se réunissent pas pendant les grandes vacances ce qui entraîne un décalage de deux mois en gestion.

Un accompagnement des dispositions réglementaires existantes (2/3)

En 2013, la DGAFF a élaboré un guide des bonnes pratiques, dont la connaissance élargie permettrait une amélioration des procédures de gestion au sein des ministères et des instances médicales.



- **Elaboration du guide prévu par l'accord de 2009 sur la santé et la sécurité au travail**
- **Etat des lieux de l'activité des CM et CR**
 - ✓ Volumes de dossiers traités : fortes disparités entre départements
 - ✓ Secrétariat des instances : hétérogénéité des applications utilisées, pas d'homogénéisation des données
 - ✓ Expertises médicales : secrétariat, employeur, agent
 - ✓ Tendances : augmentation du nombre de dossiers, allongement des délais de traitement (120 j)
- **Le guide**
 - ✓ Le cadre juridique et réglementaire
 - ✓ Les règles de procédures du contrôle médical
 - ✓ Le guide de bonnes pratiques
 - ✓ Les référentiels de formation

Utilisez-vous ce guide ? Voyez-vous des points à mettre en avant/améliorer ?

Un accompagnement des dispositions réglementaires existantes (3/3)

Pour accompagner les ministères et répondre à la demande de clarification des règles de CLM/CLD, le CISIRH vous propose des fiches thématiques RH.

Le congé de maladie ordinaire (CMO) au sein de la fonction publique de l'Etat

Principaux textes de référence

- Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34)
- Décret n° 96-53 du 17 janvier 1996 relatif aux dispositions statutaires de l'Etat (articles 12 et 14)
- Décret n° 96-442 du 14 mars 1996 relatif à la désignation des comités médicaux et des comités d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics
- Décret n° 94-874 du 7 octobre 1994 fixant les dispositions relatives à l'admission aux emplois publics
- Décret n° 2010-987 relatif au maintien des primes de l'Etat et des magistrats de l'ordre judiciaire dans les fonctions publiques
- Circulaire n° FP 4 n° 1711 du 30 janvier 1989 relative aux stagiaires de l'Etat

Conditions

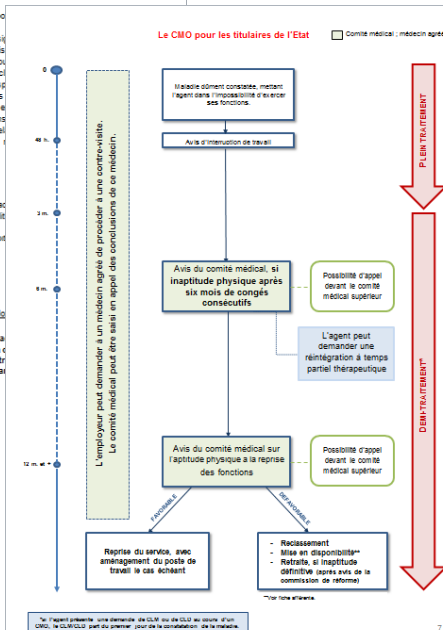
Tout agent titulaire ou stagiaire a droit à un congé de maladie dûment constatée, le mettant dans l'impossibilité de travailler.

Durée

Pour les agents titulaires et stagiaires : La durée totale de ce congé peut atteindre un an sur deux.

En cas d'accident de service ou de maladie :
- le congé de l'agent titulaire dure jusqu'à ce qu'il reprenne le service ou soit mis à la retraite
- le congé de l'agent stagiaire est de 5 ans

Pour les agents contractuels :

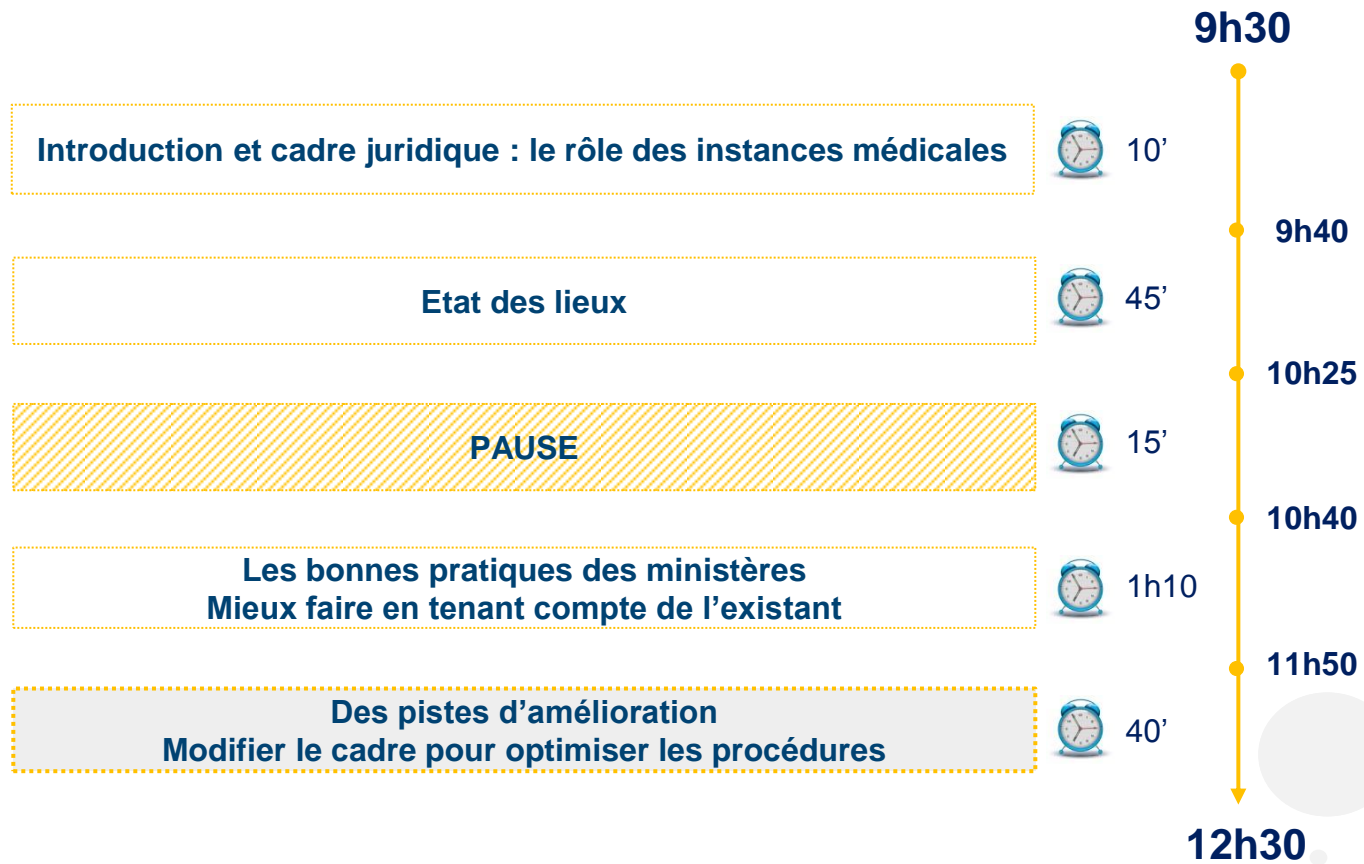


- Des fiches qui couvrent un large périmètre au sein de la FPE :
 - ✓ CMO
 - ✓ CLM
 - ✓ CLD
 - ✓ CGM
 - ✓ Accidents de service et de travail et maladies professionnelles
 - ✓ Suites données aux congés de maladie
- Chaque fiche décline les points suivants :
 - ✓ Principaux textes de référence
 - ✓ Conditions
 - ✓ Durée
 - ✓ Procédure
 - ✓ Impacts
 - ✓ Fin
- Enfin, ces fiches comportent des logigrammes permettant de visualiser la situation d'ensemble en mettant en avant le rôle des instances médicales à chaque phase.



Ces fiches répondent-elles à vos besoins ? Que faudrait-il compléter ou modifier pour mieux y répondre ?

Ordre du jour



Des ministères ont exprimé des besoins d'évolutions à plus long terme

Enrichir le guide interministériel des bonnes pratiques

- Elaborer un guide présentant les principaux cas-type de gestion et la meilleure façon d'y répondre, notamment au travers d'exemples jurisprudentiels.

Les ministères ont exprimé leur intérêt pour cet aspect : il faudra donc compléter le guide DGAFP avec un guide du gestionnaire.

Communiquer plus efficacement...

• ...AVEC les instances

- ✓ Pouvoir demander aux instances de préciser leurs avis et s'assurer ainsi de leur application concrète
- ✓ Dématérialiser les dossiers et procédures et promouvoir les communications électroniques ou téléphoniques
- ✓ Organiser des formations médico-administratives à l'attention des secrétariats des instances

Un ministère souhaite une formation interministérielle et « labellisée » relative à la médecine statutaire

• ...SUR les instances

- ✓ Mettre à disposition des ministères une documentation sur l'organisation et le fonctionnement de chaque instance (calendrier, qui fait quoi ?, méthode de travail)

En attente des réactions ministérielles.

Améliorer les délais

- Réfléchir sur la détermination de délais de saisine et d'avis aux ministères et aux instances médicales, sur un modèle similaire à celui des magistrats
- Préciser les sanctions encourues par les agents refusant de se soumettre à des expertises
- Augmenter le nombre mensuel d'instances
- Clarifier le recours aux expertises
- Accéder à l'outil de suivi de l'état d'instruction des recours entre CMS et Cm (en cours d'élaboration)

En attente des réactions ministérielles.

Clarifier le cadre réglementaire

- Revoir les cas de saisine des instances (après six mois de CMO ; en cas de temps partiel thérapeutique)
- Harmoniser les procédures au sein des instances
- Préciser les règles relatives à la composition et au quorum des commissions de réforme, pour faciliter la présence des représentants du personnel et des médecins, spécialistes notamment
- Mettre fin aux commissions de réformes départementales et centraliser la gestion des AS-MP

En attente des réactions ministérielles.



Partagez-vous ces propositions ? Comment envisagez-vous la poursuite des travaux ?

Concertation sur la santé et la sécurité au travail : GT instances médicales

Dans le cadre de la concertation sur la santé et la sécurité au travail, un groupe de travail s'est tenu le 5 octobre 2016 sur la thématique « instances médicales et imputabilité » et sous l'autorité du Bureau PS2 de la DGAFP. Celui-ci a animé les échanges décrits ci-dessous.

Sur les instances médicales, la discussion a ainsi porté sur les volets suivants :

- **Volet 1 – Alléger le nombre de consultations des instances médicales en aménageant leurs organisation et leurs compétences, fluidifier les procédures. L'idée est de diminuer le nombre de dossiers traités.**
Action : supprimer les comités médicaux ou aménager leurs compétences
(Exemple : en cas d'adaptation du poste de travail, seul l'avis du médecin de prévention sera requis ; pour le CMO au-delà de 6 mois, le temps partiel thérapeutique et la reprise d'activité après CLM et CLD, un avis concordant du médecin traitant et d'un médecin agréé sera nécessaire)

Action : fluidifier les procédures devant les comités médicaux et commissions de réforme
 - **Volet 2 – Créer des secrétariats d'instances médicales purement administratifs**

Constat : des secrétariats sans médecin

Action : instaurer une dérogation au secret médical pour les agents publics qui assurent le secrétariat (même si la présence d'un médecin demeure un principe d'organisation)
 - **Volet 3 – Redéfinir le champ de compétence des médecins agréés et revaloriser leur rémunération dans les instances médicales**
Action : réserver la visite médicale d'aptitude à l'emploi aux seuls personnels soumis à des conditions d'exercice des fonctions particulières : chaque employeur définira les corps spécifiques concernés ; en l'absence de visite, les nouveaux entrants dans la fonction publique seront présumés avoir un taux de capacité totale.

Action : revaloriser la rémunération des médecins qui siègent dans les instances (en attente des conclusions de la mission du SGMAP)
- Autres**
- Inversion de la charge de la preuve sur les accidents de service et maladies professionnelles (l'avis de la commission de réforme ne sera requis que si l'administration conteste l'imputabilité) mais aucune modification des modalités de prise en charge ou du délai de déclaration.

Le SGMAP a lancé une mission d'évaluation de ces instances

Rappel

- En août 2016, le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) a lancé une mission d'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales. Cette mission a été placée sous l'autorité de la ministre des affaires sociales et de la santé et confiée à des membres de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), de l'inspection générale de l'administration (IGA), de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et la recherche (IGAENR).
- Cette mission a pour objectif de concevoir une réorganisation de ces instances, tout en préservant l'égalité de traitement entre les trois versants de la fonction publique. La mission englobe donc tous les aspects liés aux instances médicales, y compris la gestion ministérielle des relations avec ces instances.

**Présentation du point d'étape de la mission
effectuée en séance par Mme Bruant-Bisson (IGAS),
accompagnée de MM. Gicquel (IGAENR) et Ardillier (IGA)**

Conclusion

- Le CISIRH (bureau de la simplification réglementaire et de la modernisation RH) reste à votre disposition pour toute question relative à ce sujet. Vos contacts sont les suivants :
 - ✓ Adresse fonctionnelle : reseau-imrh.cisirh@finances.gouv.fr
 - ✓ cesar.melo-delgado@finances.gouv.fr (chef du bureau)
 - ✓ herve.goldblatt-winter@finances.gouv.fr (adjoint au chef du bureau)
 - ✓ amelie.karagic@finances.gouv.fr (chef du pôle appui aux projets et modernisation RH)
 - ✓ juliette.lafont@finances.gouv.fr (chargée de mission animation du réseau IMRH)
 - ✓ michel.buhot@finances.gouv.fr (chargé de mission animation du réseau IMRH)
- Un GT sera organisé le 15 décembre prochain sur la déconcentration des actes.
- Le premier semestre 2017 devrait être consacré :
 1. Aux conditions de réintégration des agents après mobilité
 2. A la veille réglementaire
 3. A la modélisation des états liquidatifs (suite du GT « Relations aux comptables »)

N'hésitez pas à nous communiquer des sujets que vous souhaiteriez aborder en interministériel.