

DGAFP

ETUDE SUR L'ACTIVITE DES COMITES
MEDICAUX ET COMMISSIONS DE
REFORME

ETAT DES LIEUX DES INSTANCES
CONSULTATIVES

JANVIER 2012

SOMMAIRE

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUCTION..... | 3 |
| 1.1 | OBJET DU DOCUMENT..... | 3 |
| 1.2 | GLOSSAIRE..... | 4 |
| 2 | DES DISPOSITIFS HETEROGENES SUR LE TERRAIN | 5 |
| 2.1 | RAPPEL SUR LES INSTANCES CONSULTATIVES..... | 5 |
| 2.2 | LES PROCEDURES OBSERVEES SUR LE TERRAIN | 6 |
| 2.2.1 | <i>Procédure devant les commissions de réforme</i> | 6 |
| 2.2.2 | <i>Procédure devant les comités médicaux</i> | 11 |
| 2.2.3 | <i>Saisine du comité médical supérieur</i> | 15 |
| 2.2.4 | <i>Cas d'instances internalisées</i> | 17 |
| 2.3 | FORTES HETEROGENEITES DANS LES PRATIQUES DES CMCR | 18 |
| 2.3.1 | <i>Une forte disparité entre les départements et entre les instances</i> | 18 |
| 2.3.2 | <i>Des disparités fortes à l'échelle régionale : l'exemple de la région Midi-Pyrénées</i> | 22 |
| 2.3.3 | <i>Une diversité de ressources humaines et matérielles</i> | 23 |
| 2.3.4 | <i>Des hétérogénéités dans les pratiques</i> | 24 |
| 2.4 | FORTES HETEROGENEITES CHEZ LES EMPLOYEURS..... | 26 |
| 2.4.1 | <i>Différences entre les trois Fonctions Publiques</i> | 26 |
| 2.4.2 | <i>Différences entre employeurs</i> | 28 |
| 3 | APPLICATION DE LA REFORME DE 2008..... | 29 |
| 3.1 | PERCEPTIONS DE LA REFORME | 29 |
| 3.2 | BILAN PAR MESURES | 30 |
| 3.3 | IMPACT SUR LE NOMBRE DE DOSSIERS | 33 |
| 4 | DIFFICULTES RENCONTREES SUR LE TERRAIN..... | 34 |
| 4.1 | L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE DOSSIERS..... | 35 |
| 4.2 | L'ALLONGEMENT DES DELAIS | 37 |
| 4.3 | L'IMPLICATION DES MEDECINS..... | 43 |
| 4.4 | LE RESPECT DU SECRET MEDICAL | 47 |
| 4.5 | LA COMPLEXITE DU CADRE REGLEMENTAIRE | 50 |
| 4.6 | LES OUTILS INFORMATIQUES DE GESTION DES DOSSIERS..... | 52 |
| 4.7 | LES DIFFICULTES DE COMMUNICATION ENTRE LES ACTEURS | 54 |
| 4.8 | L'APPLICABILITE DES AVIS..... | 55 |
| 4.9 | LES DIFFICULTES LIEES AU QUORUM..... | 56 |
| 4.10 | LE MANQUE D'UN REFERENT | 57 |
| 5 | SYNTHESE DE L'ETAT DES LIEUX | 58 |
| 5.1 | PRIORITES PAR ACTEURS | 58 |
| 5.2 | ECHANCES DE RESOLUTION..... | 59 |

1 Introduction

1.1 Objet du document

Ce document constitue le premier livrable de **l'étude sur l'activité des Comités Médicaux et Commissions de Réforme** pour laquelle a été mandatée la société Klee Group.

Cette étude est divisée en **deux phases**,

- Phase 1 : Réalisation d'un état des lieux de l'activité des instances consultatives
- Phase 2 : Elaboration d'un guide de bonnes pratiques

Le présent livrable constitue le rapport final de la Phase 1. Il a été rédigé à partir des informations collectées auprès des différents acteurs des CM et des CR recueillis via :

- Des entretiens des directions centrales impliquées,
- Des entretiens des organisations syndicales, représentants des employeurs et personnalités qualifiées,
- Des entretiens des employeurs locaux des trois fonctions publiques,
- Des visites des secrétariats des CM et CR,
- Des réponses à un sondage en ligne envoyés aux employeurs,
- De l'analyse de documents et sondages préexistants

Il vise donc :

- D'une part à établir le bilan des données quantitatives et qualitatives, du fonctionnement et des difficultés récurrents des CM et des CR afin de dégager des problématiques globales (en s'intéressant notamment aux conséquences de la réforme de 2008 concernant l'imputabilité des AS-MP)
- D'autre part à établir des recommandations sur des actions à mettre en œuvre à court terme à la suite des conclusions tirées de l'état des lieux, dans une logique d'amélioration des services pour le binôme agents-administrations.

1.2 Glossaire

| Terme | Définition |
|---------|---|
| AS / MP | Accident de Service / Maladie Professionnelle |
| CIG | Centre Interdépartemental de Gestion |
| CM | Comité Médical |
| CR | Commission de Réforme |
| CMS | Comité Médical Supérieur |
| FPE | Fonction publique de l'Etat |
| FPT | Fonction publique Territoriale |
| FPH | Fonction Publique Hospitalière |

2 Des dispositifs hétérogènes sur le terrain

Ce chapitre décrit les procédures observées sur le terrain. Même si des principes communs se dégagent, ces procédures se caractérisent par une forte hétérogénéité. Elle a été identifiée tant lors des entretiens sur le terrain que lors de l'analyse des données quantitatives recueillies.

2.1 Rappel sur les instances consultatives

*Que sont les **Comités Médicaux** et les **Commissions de Réforme** et que font-ils ?*

Dans le droit de la fonction publique, des garanties procédurales accompagnent la décision de l'administration en matière de **congés pour raison de santé**. A ce titre, des **instances consultatives** sont amenées à **donner un avis** avant que l'administration ne prenne sa décision pour **octroyer un congé de maladie**. Ces instances consultatives sont le Comité Médical, la Commission de Réforme et le Comité Médical Supérieur.

Le **Comité Médical** est une **instance consultative** composée de médecins agréés désignés par l'administration, qui donne obligatoirement un **avis sur les questions liées à la santé des agents de droit public (octroi et renouvellement des congés de maladie ...)**. Ses avis obligatoires sont **consultatifs** et **ne lient pas l'administration** (excepté dans trois cas). Il existe des comités médicaux ministériels et des comités médicaux départementaux ;

La **Commission de Réforme** est une **instance consultative** médicale et paritaire (composée des médecins membres du comité médical, de représentants de l'administration et de représentants du personnel). Elle donne obligatoirement un **avis sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie** (excepté lorsque l'administration reconnaît l'imputabilité) **et sur l'état de santé, les infirmités ou le taux d'invalidité qui en découle**. **L'avis de la commission ne lie pas l'administration**. Il existe des commissions de réforme ministérielles et des commissions de réforme départementales ;

Le Comité Médical Supérieur est une **instance consultative** nationale composée de médecins nommés par le ministre chargé de la santé. Il est **saisi en appel des avis émis en première instance par les Comités Médicaux**.

Il convient de noter que ces instances sont compétentes pour les fonctionnaires appartenant aux trois versants de la fonction publique. Le CM et le CMS sont également compétents dans certaines procédures concernant les agents non titulaires.

2.2 Les procédures observées sur le terrain

L'objectif de cette première partie est de **détailler les procédures** observées en les décomposant par **grandes étapes**. Les étapes principales sont détaillées et résumées dans des schémas de procédures.

2.2.1 Procédure devant les commissions de réforme

Parmi les catégories de **dossiers nécessitant la saisine obligatoire** de la Commission de Réforme, existe un cas particulier : celui des demandes de reconnaissance de l'imputabilité au service des accidents et des maladies, en vue de l'obtention d'un congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée. Dans ce cas, la CR n'est saisie que **si l'employeur ne reconnaît pas l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie***.

En raison de sa spécificité, cette procédure sera détaillée à part.

**Avant la réforme adoptée en 2008, la CR devait nécessairement exprimer un avis sur l'imputabilité au service des accidents et maladies des agents, ce qui engendrait un grand nombre de dossiers à traiter pour celle-ci. Depuis la réforme de 2008, l'imputabilité au service des accidents et maladies peut être reconnue directement par l'employeur, et la CR n'est saisie que si l'employeur ne reconnaît pas cette imputabilité. Cette réforme a ainsi contribué à la forte diminution du nombre de dossiers traités par la CR*

A) Cas particulier des demandes de reconnaissance de l'imputabilité au service des accidents et des maladies, en vue de l'obtention d'un congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée

Deux scénarios sont alors possibles :

| | |
|---|--|
| Cas où l'imputabilité est reconnue par l'employeur | S'il y a une relation certaine de cause à effet entre l'accident et le service, l'employeur prend une décision accordant un congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée imputable au service (Figure 1) |
| Cas où l'imputabilité n'est pas reconnue par l'employeur | <ul style="list-style-type: none">• Si l'imputabilité au service lui apparaît contestable, l'employeur saisit la CR (Figure 1)• La seconde phase de la procédure se déroule devant la CR (Figure 2), à la suite de sa saisine |

Etape 1 : Maladie / Accident de l'agent

- L'agent contracte une maladie ou est victime d'un accident survenu(e) dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions
- L'agent en informe son employeur en faisant une déclaration d'accident ou de maladie. L'employeur constitue alors un dossier

Etape 2 : Constitution du dossier et expertise médicale

- L'employeur fait procéder à une enquête administrative et, s'il y a lieu, fait examiner l'agent par un médecin agréé expert

- Le cas échéant, l'agent subit une expertise médicale ; le médecin expert envoie les conclusions du rapport d'expertise à l'employeur ainsi que le rapport médical sous pli confidentiel qui devra être adressé au secrétariat de la CR
 - ❖ **remarque** : Dans certains cas rencontrés sur le terrain, le rapport médical complet est consultable par l'employeur.

Etape 3 : Instruction du dossier

- Le service RH de l'employeur instruit le dossier. **Deux scénarios sont possibles** :
 - ⇒ Si l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie est reconnue, la CR n'est pas saisie.
 - ⇒ Si l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie n'est pas reconnue (à ce stade, aucune décision n'est prise), la CR est saisie.

Remarques :

- ❖ Dans quelques cas isolés, certains employeurs ne saisissent pas la CR si l'agent accepte le fait que l'imputabilité ne soit pas reconnue.
- ❖ L'étude de l'imputabilité par l'employeur est confiée à des structures variables : commissions internes non institutionnalisées ou décisions individuelles, possible implication du médecin de prévention...
- ❖ Il arrive que la CR soit saisie sans qu'il n'y ait eu d'expertise médicale réalisée en amont. La CR demande alors généralement une expertise ou demande à l'employeur de faire procéder à cette formalité, ce qui rallonge les délais.

Etape 4 : Transmission du dossier par l'employeur, le cas échéant, à la commission de réforme

- Si l'imputabilité n'est pas reconnue, la CR est saisie : le dossier est complété (déclaration d'accident de service, certificat médical initial, rapport d'enquête, procès-verbal de police ...) et envoyé au secrétariat de la CR.

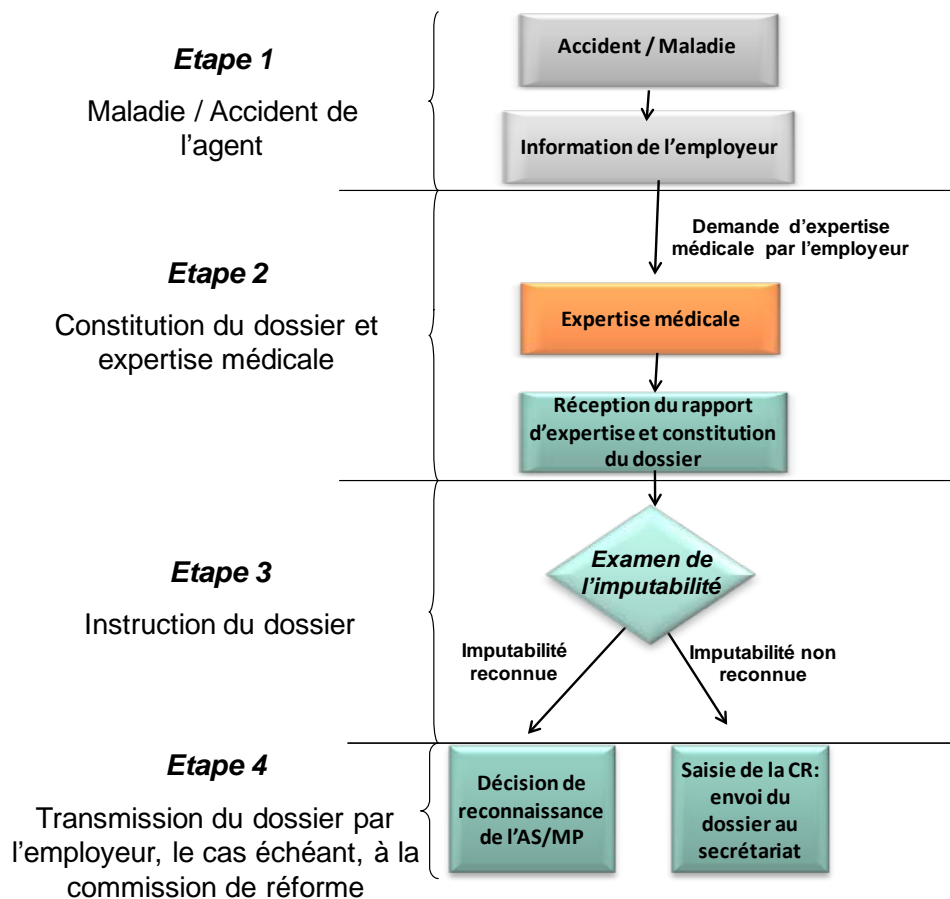


Figure 1: Procédure CR – Préparation par l'employeur

Etape 5 : Réception du dossier par le secrétariat de la CR

- **A réception du dossier :**
 - Le secrétariat vérifie que la saisine est justifiée.
 - Le secrétariat de la CR vérifie que l'agent concerné n'a pas déjà un dossier (notamment en cas de rechute). Le cas échéant, l'historique est repris du dossier précédent.
 - Le secrétariat vérifie que le dossier est bien complet. S'il manque des pièces, **trois pratiques** sont observées sur le terrain :
 - ⇒ Le secrétariat cherche à joindre l'employeur par téléphone ou email pour compléter le dossier
 - ⇒ Le dossier est renvoyé dans son intégralité, souvent avec la précision de la pièce manquante
 - ⇒ Le dossier est évoqué malgré tout en séance puis rejeté
- **Une fois le dossier complet :**
 - Le dossier est mis à l'ordre du jour de la prochaine session, généralement dans l'ordre chronologique d'arrivée et de traitement
 - ❖ **remarque :** Dans quelques départements, les dossiers sont positionnés sur l'ordre du jour en tenant compte de leur degré d'urgence.

Etape 6 : Préparation de la CR par le secrétariat

- **Préparation des dossiers :**
Pour chaque dossier est généralement préparée une fiche récapitulative mettant en avant les points d'attention pour permettre à la secrétaire qui présente le dossier en séance d'en avoir sous les yeux la synthèse

- **Convocation des membres de la CR :**
 - L'ordre du jour est envoyé aux membres de la CR (représentants de l'administration et du personnel et médecins).
 - Les représentants du personnel ne sont convoqués par le secrétariat que pour la FPT et la FPH. Pour la FPE, c'est, la plupart du temps, l'employeur qui s'en charge.
 - ❖ **remarque :** Les médecins de prévention ne sont pas toujours informés de la tenue de la séance (en dépit de la réglementation en vigueur).

- **Information de l'agent :**
Le secrétariat de la CR informe le fonctionnaire de la date d'examen de son dossier au moins 8 jours avant cette date (FPE). Pour la FPT et la FPH, le secrétariat de la commission convoque l'agent concerné au moins 15 jours avant la réunion (courrier simple).
 - ❖ **remarque :** Ces délais ne sont parfois pas respectés.

- **Pré-rédaction des PV :**
Pour chaque dossier, le PV est souvent pré-rédigé ; il sera complété et signé en séance.

Etape 7 : Tenue de la CR

- Le secrétariat veille au respect de l'ordre du jour et remplit au fur et à mesure une éventuelle feuille de route
- Le secrétariat remplit les PV qui sont signés en fin de séance par les médecins et les représentants présents.

Etape 8 : Suites de la CR

- Les PV remplis en séance sont envoyés aux employeurs dans des délais variables.
- Les dossiers sont soit renvoyés aux employeurs pour archivage, soit archivés par le secrétariat.
- A minima, une copie du PV et une fiche récapitulative du dossier sont conservés par le secrétariat de la CR.
- A réception du PV, l'employeur prend une décision sur le cas de l'agent.
 - ⇒ Les employeurs déclarent toujours vouloir suivre l'avis de la CR

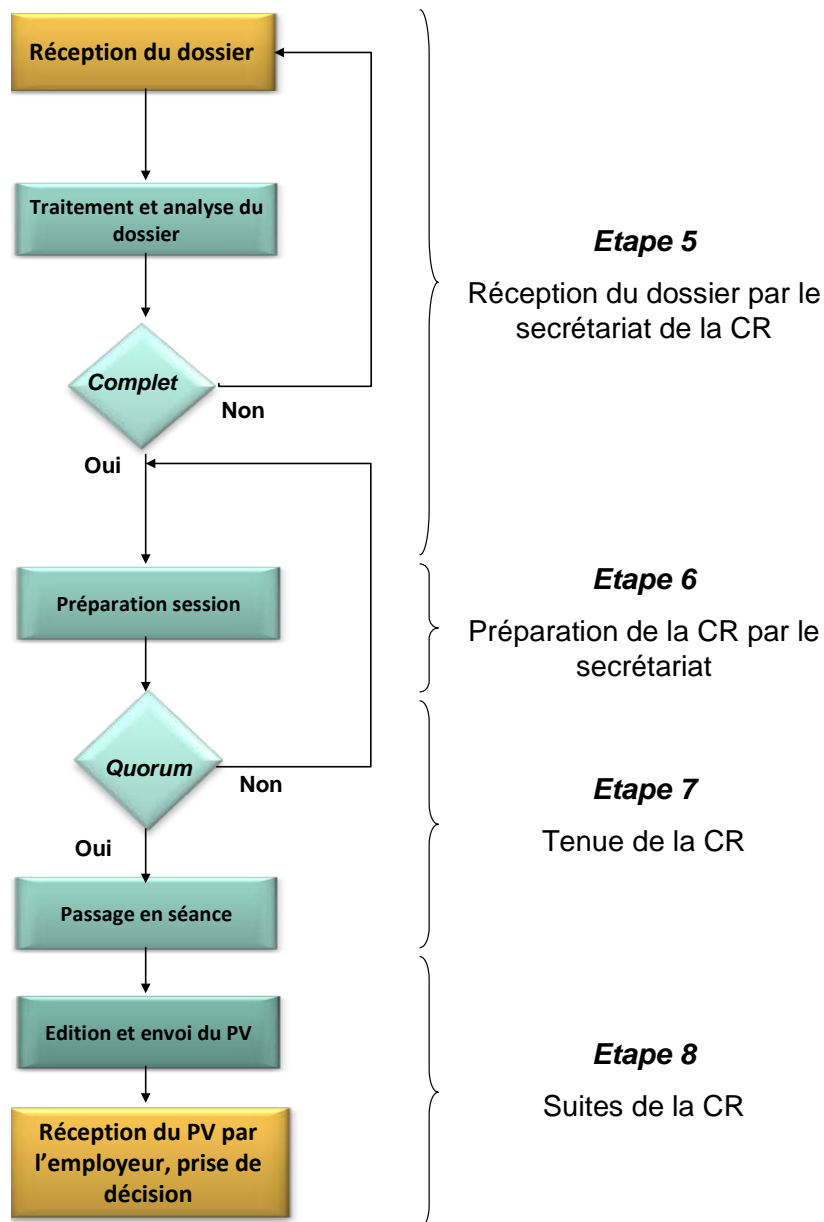


Figure 2 : Procédure CR – Traitement par le secrétariat

B) Autres cas (demande d'allocation temporaire d'activité, mise en disponibilité d'office, demande d'allocation d'invalidité temporaire, mise à la retraite pour invalidité)

La procédure s'effectue en deux grandes phases successives, identiques à celles décrites supra dans le A :

- Une première phase concerne la préparation du dossier par l'employeur en vue de la saisine de la CR. Elle reste subordonnée à une demande de l'agent (ATI, AIT) ou peut être diligentée d'office par l'employeur (mise en disponibilité d'office, mise à la retraite pour invalidité)
- La seconde phase de la procédure se déroule devant la CR, à la suite de sa saisine (voir procédure décrite supra dans le A et résumée à la figure 2)

2.2.2 Procédure devant les comités médicaux

La procédure s'effectue également en deux grandes phases successives

- Une première phase concerne la préparation de la saisie du CM (Figure 3). Elle ne fait intervenir que l'agent, son employeur et, le cas échéant, un médecin agréé expert désigné par l'administration.
- La seconde phase de la procédure correspond au traitement du dossier par les secrétariats des CM (Figure 4).

Etape 1 : *Maladie de l'agent*

- L'agent a déjà bénéficié de six mois de congé de maladie « ordinaire » et envoie une demande de prolongation assortie d'un certificat médical de son médecin traitant à son supérieur hiérarchique.
- L'agent est atteint d'une maladie qui présente un caractère invalidant et de gravité confirmée ou est atteint d'une affection relevant de l'un des cinq groupes de maladies (tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite, ou SIDA) et demande un congé de longue maladie ou de longue durée en transmettant à son supérieur hiérarchique un certificat médical de son médecin traitant spécifiant qu'il est susceptible de bénéficier d'un CLM ou d'un CLD.
 - ❖ **remarque** : Dans certains cas, l'agent est informé, en amont par l'employeur, de ses droits à bénéficier d'un congé de longue maladie ou de longue durée et des modalités de la procédure qui nécessite l'avis du comité médical.

Etape 2 : *Constitution et transmission du dossier par l'employeur*

- L'employeur constitue le dossier de l'agent.
- L'employeur envoie le dossier de l'agent au secrétariat du CM.
 - ❖ **remarque** : Dans certains cas, l'employeur joint au dossier une lettre du médecin traitant sous pli confidentiel qui permet d'orienter le secrétariat du CM sur le choix de l'expert

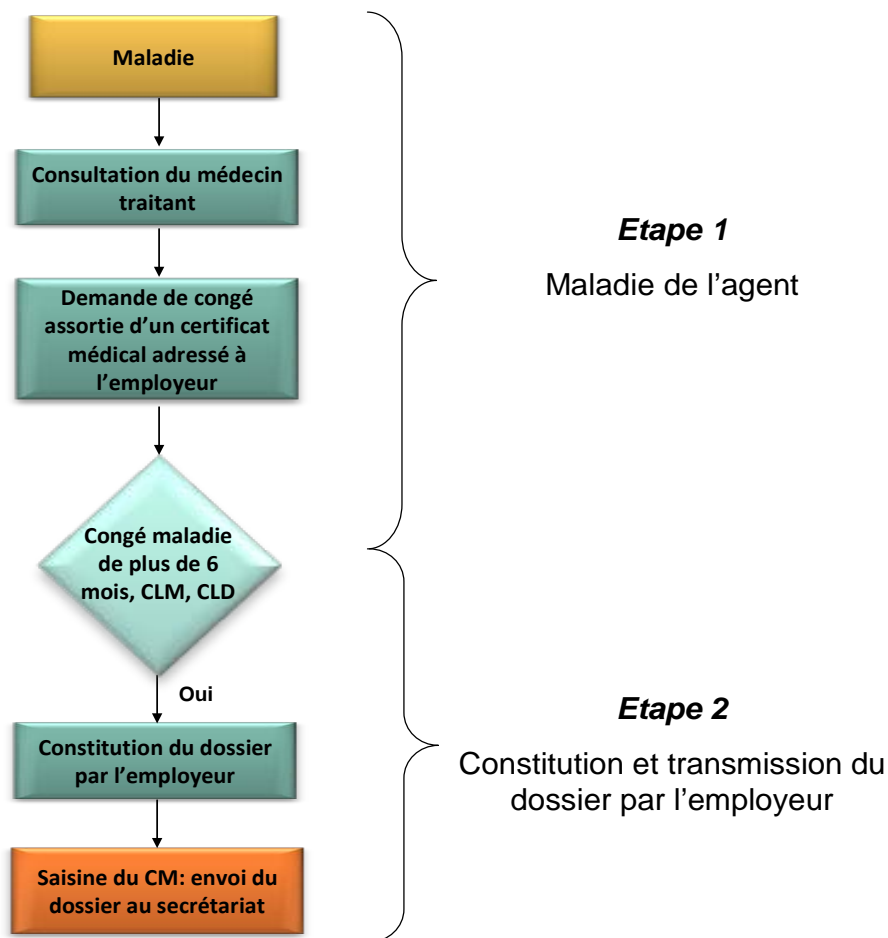


Figure 3 : Procédure CM – Préparation par l'employeur

Etape 3 : Réception du dossier par le secrétariat du CM

- **Réception du dossier :**
 - Le secrétariat du CM vérifie si l'agent concerné n'a pas déjà un dossier. Le cas échéant, l'historique est repris à partir du dossier précédent.
 - Le secrétariat vérifie que le dossier est bien complet. S'il manque des pièces, trois pratiques sont observées sur le terrain :
 - ⇒ Le secrétariat cherche à joindre l'employeur par téléphone ou email pour compléter le dossier
 - ⇒ Le dossier est renvoyé dans son intégralité, souvent avec la précision de la pièce manquante
 - ⇒ Le dossier est évoqué malgré tout en séance puis rejeté
- **Prise de rendez-vous pour l'expertise :**
 - Dans la majorité des cas, l'agent doit subir une expertise médicale. Un rendez-vous est donc pris avec un médecin expert. La démarche suivie varie selon les départements.

Quatre scénarios possibles :

- ❖ le rendez-vous est pris par le secrétariat,

- ❖ l'employeur prend le rendez-vous avec l'expert désigné par le secrétariat,
 - ❖ l'agent se voit confiée la prise de rendez-vous, ce qui a tendance à allonger les délais,
 - ❖ lorsque l'agent ne peut pas se déplacer car il est hospitalisé, certains CM s'appuient sur les comptes-rendus des médecins hospitaliers à titre d'expertises.
- Le rapport d'expertise est envoyé au secrétariat par le médecin expert.
 - Une fois le dossier complet :
 - Le dossier est mis à l'ordre du jour de la prochaine session par le secrétariat du CM.

Etape 4 : Préparation du CM par le secrétariat

- **Préparation des dossiers :**
 - Pour chaque dossier est généralement préparée une fiche récapitulative mettant en avant les points d'attention pour permettre à la secrétaire qui présente le dossier en séance d'en avoir sous les yeux la synthèse
 - ❖ **remarque :** Dans certains cas isolés, le secrétariat du CM distingue les cas simples pour lesquels l'expertise est favorable et qui seront traités sans passer en séance.
- **Convocation des membres du CM :**
 - L'ordre du jour est envoyé aux membres du CM.
 - ❖ **remarque :** Les médecins de prévention ne sont pas toujours informés de la tenue de la séance (en dépit de la réglementation en vigueur).
- **Information de l'agent :**
 - Les agents sont, dans la grande majorité des cas, informés de la date à laquelle leur dossier sera examiné (par courrier simple)
- **Pré-rédaction des PV :**
 - Pour chaque dossier, le PV est souvent pré-rédigé ; il sera complété et signé en séance.

Etape 5 : Tenue du CM

- Le secrétariat du CM veille au respect de l'ordre du jour et remplit au fur et à mesure une éventuelle feuille de route.
- Le secrétariat remplit les PV qui sont signés en fin de séance par les médecins siégeant.

Etape 6 : Suites du CM

- Les PV remplis en séance sont envoyés aux employeurs dans des délais variables. Les employeurs notifient ensuite à leurs agents la décision prise à l'issue de la consultation du comité médical.
 - ⇒ Les employeurs déclarent toujours vouloir suivre l'avis du CM
- Les dossiers sont soit renvoyés aux administrations pour archivage, soit archivés par le secrétariat du CM.
- Dans tous les cas, au moins une copie du PV, une fiche récapitulative du dossier et la demande initiale sont conservés par le secrétariat du CM.

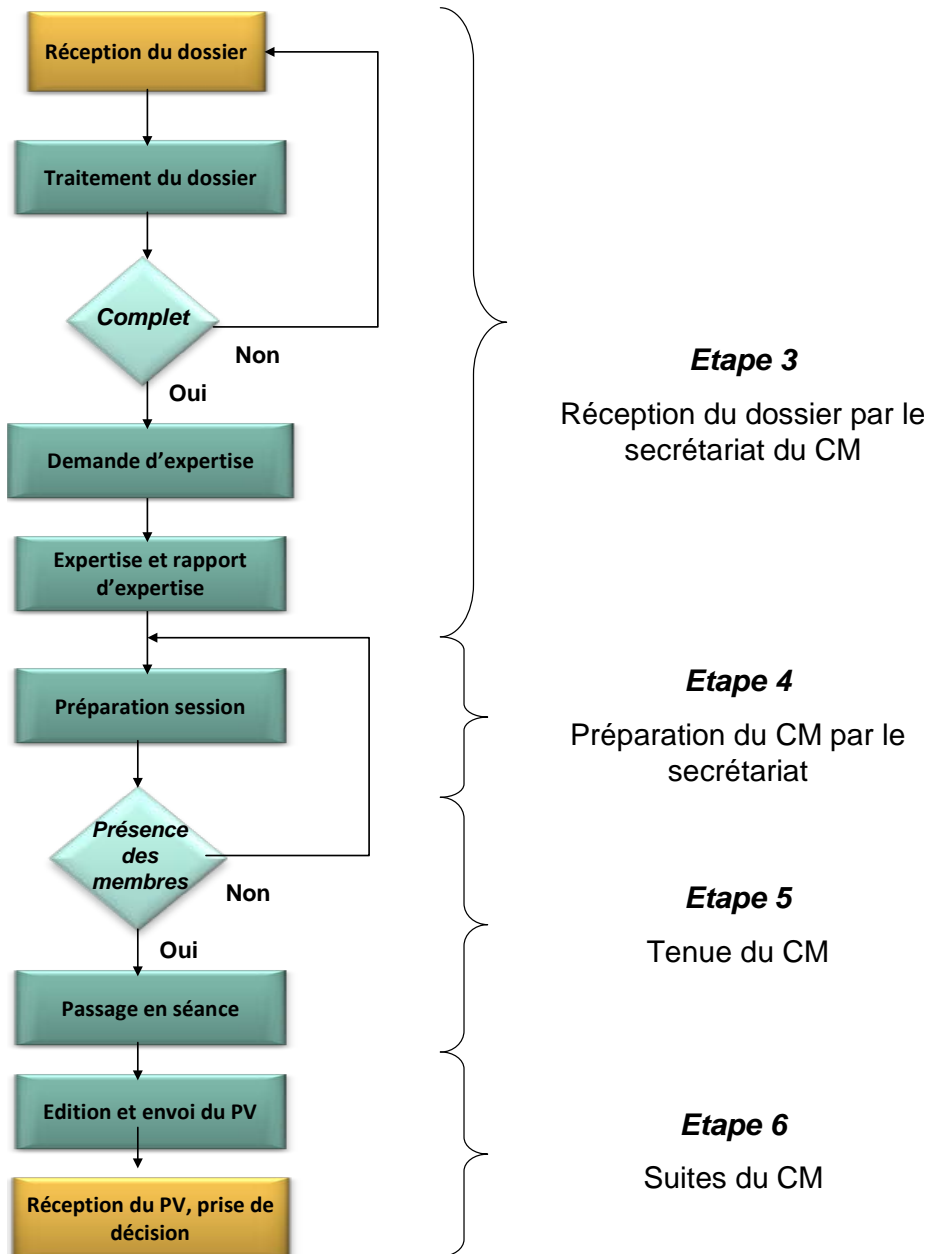


Figure 4 : Procédure CM – Traitement par le secrétariat

Le comité médical supérieur peut être saisi en appel par l'autorité administrative soit de son initiative, soit à la demande du fonctionnaire, de l'avis émis par le comité médical.

2.2.3 Saisine du comité médical supérieur

La saisine du Comité médical supérieur donne lieu à la procédure suivante, synthétisée par la Figure 5.

Etape 1 : Transmission du dossier au CMS

- L'administration informe de l'appel le CM qui transmet aussitôt le dossier médical du fonctionnaire.
- Cette saisine a un effet suspensif dans la mesure où l'administration ne peut statuer avant d'avoir recueilli l'avis du CMS.
 - ❖ **remarque** : Les délais d'instruction des dossiers par le CMS étant très longs, les employeurs n'attendent pas toujours l'avis du CMS pour prendre des décisions

Etape 2 : Rédaction et envoi d'une synthèse médico-administrative

- L'équipe du CMS rédige une synthèse médico-administrative.
- Cette synthèse est envoyée aux médecins experts spécialistes du CMS (selon la pathologie de l'agent).

Etape 3 : Tenue du CMS et envoi de l'avis à l'employeur

- L'expertise médicale à partir du dossier de l'agent a été préparée ; le dossier complet peut passer en séance.
- Le dossier passe en séance en présence du ou des médecins spécialistes en charge du dossier (discussion, avis pris collégalement) ; un avis sur le dossier est émis.
 - ❖ **remarque** : Dans 10% des cas environ, des expertises médicales complémentaires sont demandées au comité médical départemental qui a transmis le dossier ; le passage en séance du dossier est reporté en attente du rapport d'expertise.

Etape 4 : Réception de l'avis et décision de l'employeur

- L'employeur reçoit l'avis du CMS et prend une décision concernant son agent.
 - ❖ **remarque** : Dans 90% des cas environ, l'avis émis par le CMS corrobore celui du CM initial.

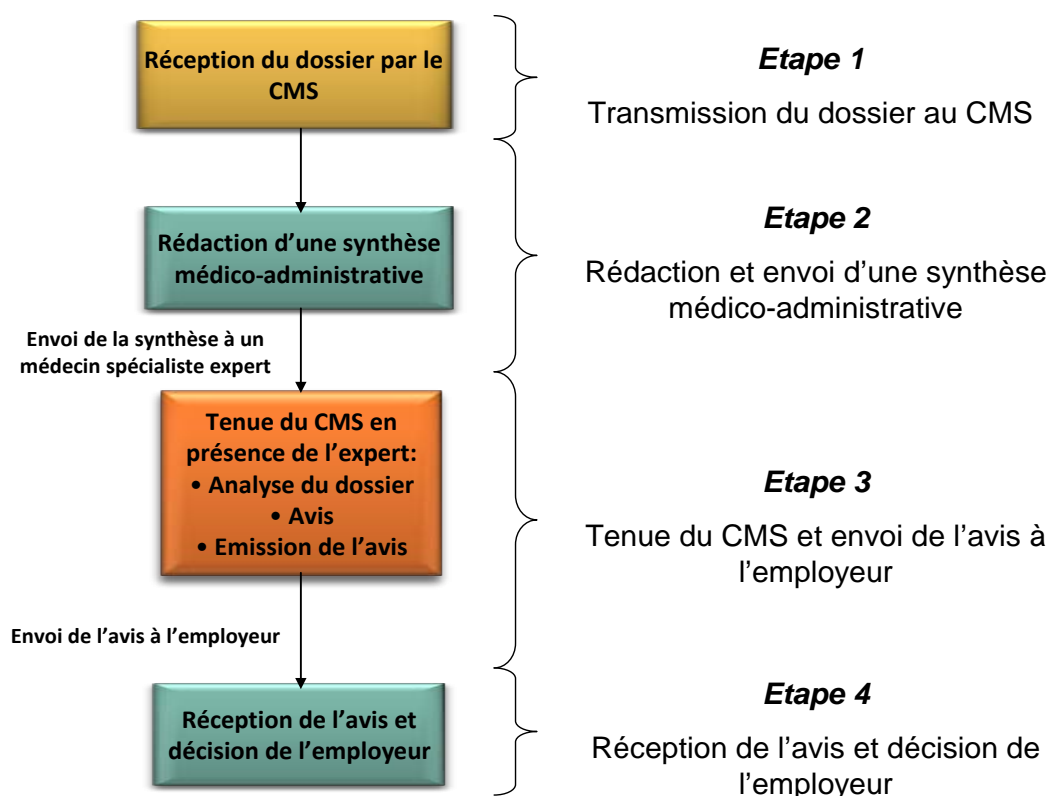


Figure 5 : Procédure CMS

Si à la suite de l'avis du CMS, la décision de l'employeur est contestée par l'agent, ce dernier pourra saisir le tribunal administratif compétant.

A propos du CMS :

- La saisine du Comité Médical Supérieur représente un pourcentage faible par rapport au nombre total de dossiers traités par les comités médicaux : il traite environ 1700 dossiers par an.
- Le Comité Médical Supérieur se réunit 4 fois par mois.

2.2.4 Cas d'instances internalisées

Certains Ministères ou établissements publics ont repris la gestion de ces instances en interne. Ceci peut être lié à des raisons structurelles¹ ou constituer une réponse aux difficultés de fonctionnement des secrétariats externalisés.

Certaines de ces instances internalisées ont des organisations très spécifiques, résultant en général d'accord entre la direction de l'institution et les organisations représentatives.

Par exemple, le **CNRS** a mis en place une organisation où :

- Un secrétariat national situé à Caen, instruit toutes les demandes devant être soumises à l'avis du CM et/ou de la CR.
- L'instruction des dossiers soumis au CM se déroule en deux phases :
 - Les dossiers (comportant l'expertise) sont transmis par fax (ou email) sécurisé à 3 médecins membres du comité. Ceux-ci rendent un avis et le transmettent au secrétariat du CM. Si l'avis est unanime, il est adopté.
 - Seuls les dossiers pour lesquels il n'y a pas d'unanimité font l'objet d'un passage devant un comité réuni collégalement. Ceci permet de réduire fortement le nombre de dossier soumis au comité médical réuni en structure collégiale en ne passant en séance que des dossiers nécessitant débat.
- La CR est instituée à l'échelon national :
 - Toutes les réunions ont lieu à Paris.

Au **Ministère de l'Intérieur**, les SGAP, Secrétariats Généraux pour l'Administration de la Police gèrent le secrétariat des CM/CR pour la majeure partie de leurs agents. Huit SGAP sont répartis sur le territoire, le périmètre géographique des secrétariats CM/CR inclut donc plusieurs départements.

- Des médecins « conventionnés », répartis dans chaque département, suivent les agents : ils jouent un rôle de médecins de prévention en suivant de façon régulière les agents de la Police et en alertant le Médecin Inspecteur Régional (MIR) en cas de congés prolongé ou d'AS/MP
- Lors de la constitution des dossiers, le service RH gère la partie administrative et le MIR pilote le secrétariat dédié qui s'occupe de la partie médicale, sur la base du rapport du médecin conventionné et d'une expertise complémentaire faite par un médecin expert agréé, le cas échéant (choisi par le MIR)
- Les dossiers « simples » sont traités sans passage en séance, pour le CM et la CR
- Les CM et CR se réunissent environ une fois par mois pour chacune des instances dans le respect de la composition prévue par la réglementation pour étudier les dossiers à l'ordre du jour et donner un avis, l'employeur restant le décideur final.

Cette procédure internalisée donne satisfaction aux employeurs et au MIR car **les délais sont fortement raccourcis**. La collaboration est renforcée entre d'une part le MIR, les médecins conventionnés et les médecins agréés et d'autre part le service RH, tout en respectant le secret médical.

Les représentants du personnel qui siègent en CR n'ont pas émis d'objections à ce dispositif et les recours des agents à l'encontre des décisions prises sont rares.

¹ structurelles (par exemple : Ministère des Affaires étrangères pour qui le maillage territorial des CM/CR est inadapté à son organisation)

2.3 Fortes hétérogénéités dans les pratiques des CMCR

Le contexte opérationnel des secrétariats varie d'une instance à l'autre : cette disparité concerne à la fois la charge de travail, les ressources humaines et matérielles, et certaines procédures.

Ceci peut être illustré en analysant les résultats d'un sondage réalisé début 2011 par la DRH du Ministère de la Santé

Ce sondage avait notamment pour objectif de collecter des données quantitatives sur l'activité des CM et des CR au cours de l'année 2010, et ce auprès des secrétariats CM/CR de tous les départements français. Il comportait également un volet sur l'aspect « ressource médecin » des instances.

Parmi tous les départements français, 72 ont donné des réponses concernant la CR, 73 concernant le CM.

Ce sondage apporte plusieurs éclairages intéressants, même si un point de vigilance sur ces données doit être relevé sur leur caractère purement déclaratif.

Le SI à disposition des secrétariats, quand il est utilisé, ne dispose de quasiment aucune fonction de type tableau de bord ce qui complique la communication de statistiques.

2.3.1 Une forte disparité entre les départements et entre les instances

Le volume de dossiers traités varie fortement d'un département à l'autre.

Le principal facteur est le nombre d'agents de la fonction publique localisés sur le département. Ce nombre est notamment corrélé avec :

- la population du département
- le nombre de communes (pour la FPT)
- La structure de chef lieu de région (pour la FPE : présence de Directions Régionales).

Un facteur susceptible d'infirmier ceci pour la FPT est la prise en charge dans certains départements du secrétariat de la CR par les centres de gestion. Ceci diminue fortement le nombre d'agents à gérer.

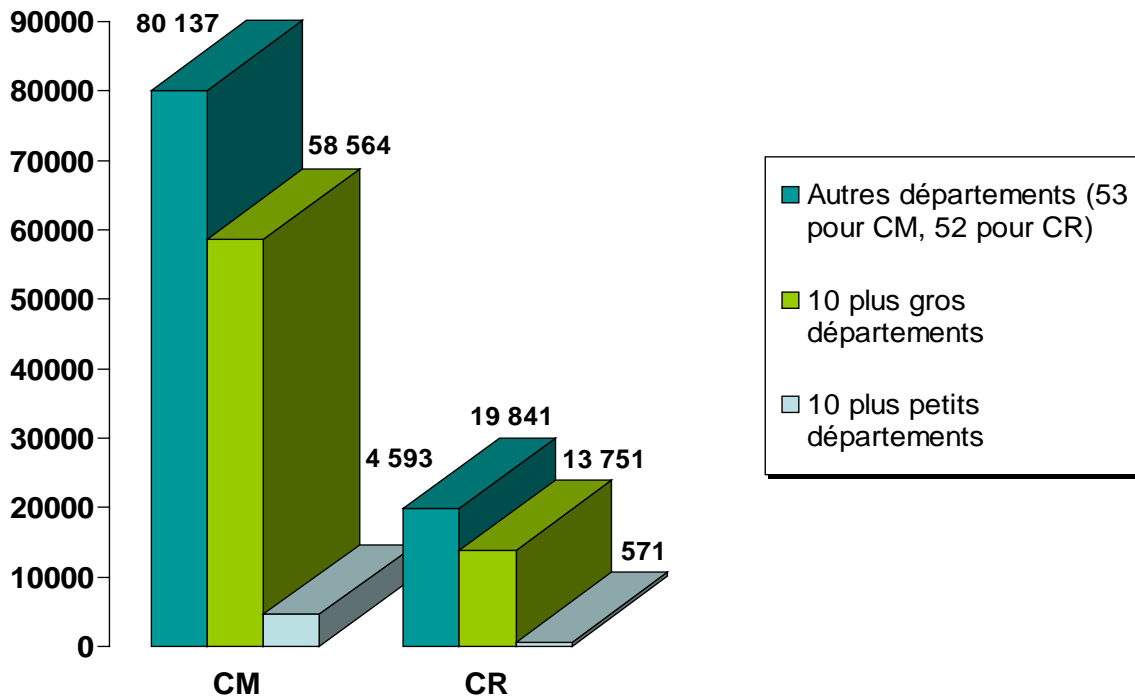


Figure 6 : Nombre de dossiers traités en 2010 par les CM et par les CR

Cette figure illustre quelques points saillants :

- Les CM traitent beaucoup plus de dossiers que les CR (environ quatre fois plus).
- Une minorité de départements traite près de la moitié du total national des dossiers instruits (environ un huitième des départements traitent la moitié des dossiers), CM et CR confondus.
- Quelques départements traitent très peu de dossiers, CM et CR confondus.

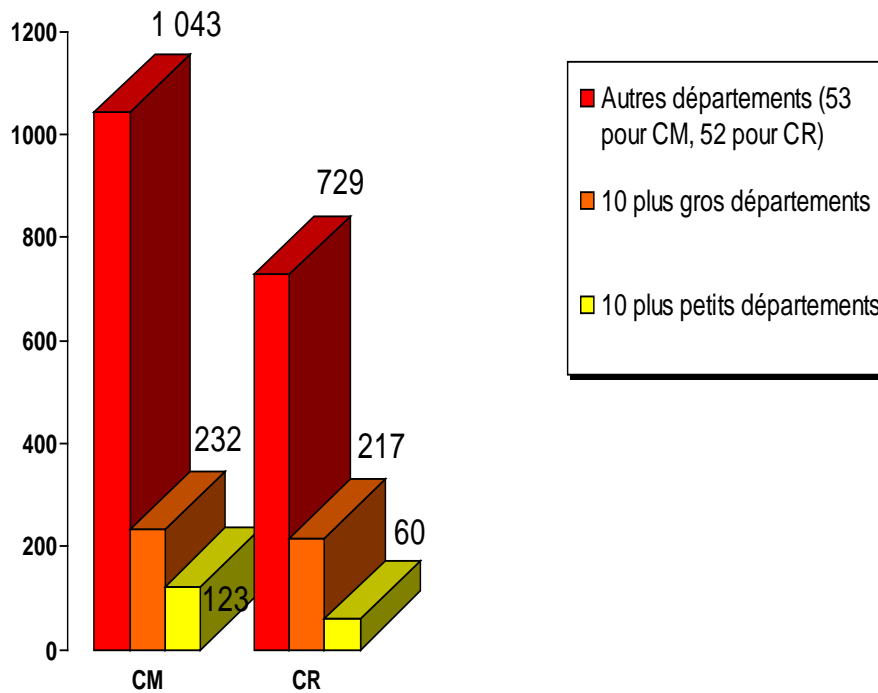


Figure 7 : Nombre de séances organisées en 2010 par les CM et par les CR

Cette figure illustre quelques points saillants :

- Le nombre de séances de CM organisées est environ 1,5 plus grand que le nombre de séances de CR.
- Le nombre de séances organisées varie relativement selon les départements, à la fois pour les CM et les CR.

On peut donc conclure des deux figures ci-dessus que :

- Le nombre de séances organisées dans un département n'est pas proportionnel au nombre de dossiers qui y sont traités, CM et CR confondus.
- Ainsi, dans les gros départements, le nombre de dossiers traités par séance est beaucoup plus élevé que la moyenne nationale (environ le double en CR, plus du double en CM).

Le tableau ci-dessous reprend les résultats du sondage :

| Données pour l'année 2010 | | Total échantillon de départements | 10 plus gros départements (% total) | 10 plus petits départements (% total) |
|---|--|--|--|--|
| Commission de Réforme (échantillon de 72 départements) | Nombre de dossiers traités | 34163 | 40,25% | 1,67% |
| | Nombre de CR | 1006 | 21,57% | 5,96% |
| | Nombre de dossiers traités par CR | 34 | 63 | 10 |
| Comité Médical (échantillon de 73 départements) | Nombre de dossiers traités | 143294 | 40,87% | 3,21% |
| | Nombre de CM | 1398 | 16,60% | 8,80% |
| | Nombre de dossiers traités par CM | 103 | 252 | 123 |

Figure 8 : Nombre de dossiers traités et de séances organisées en 2010 par les CM et les CR

2.3.2 Des disparités fortes à l'échelle régionale : l'exemple de la région Midi-Pyrénées

A l'instar de plusieurs régions françaises, la région Midi-Pyrénées met en évidence les disparités qui peuvent exister à l'intérieur d'une région entre les départements.

Cette région, qui compte 8 départements, se caractérise par une très forte hétérogénéité. Un département, la Haute Garonne, représente environ 40% de la population de la région (1.27 millions sur une population totale d'environ 2.85 millions et 589 communes sur les 3021 de la Région soit environ 20%).

Cette prépondérance de la préfecture se retrouve et est même amplifiée dans le nombre de dossiers traités, comme synthétisé dans le tableau ci-dessous.

| | CM | | CR | |
|------------------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
| | Nombre dossiers | % | Nombre dossiers | % |
| <i>Ariège</i> | 678 | 8,4% | 277 | 7,2% |
| <i>Aveyron</i> | 752 | 9,3% | 206 | 5,4% |
| <i>Gers</i> | - | - | 94 | 2,5% |
| <i>Haute-Garonne</i> | 3703 | 45,9% | 2465 | 64,4% |
| <i>Hautes-Pyrénées</i> | 585 | 7,3% | 56 | 1,5% |
| <i>Lot</i> | 579 | 7,2% | 77 | 2,0% |
| <i>Tarn</i> | 973 | 12,1% | 502 | 13,1% |
| <i>Tarn-et-Garonne</i> | 789 | 9,8% | 153 | 4,0% |
| TOTAL | 8059 | 100% | 3830 | 100% |

Figure 9 : Nombre et répartition par départements des dossiers traités en Midi-Pyrénées

On peut conclure du tableau ci-dessus que :

- la Haute-Garonne représente près des 2/3 des dossiers de la région
- Le nombre de dossiers passés en CM s'élève à plus du double de celui des dossiers passés en CR (8059 contre 3830) ;
- Pour les CR, quatre départements traitent moins de 200 dossiers par an.

De plus si on retire la FPT pour les CR, 8 départements sur 9 traitent moins de 200 dossiers par an.

Le diagramme ci-dessous illustre la répartition par départements (pas de données pour le Gers) des dossiers passés en CM en Midi-Pyrénées :

Répartition des dossiers CM

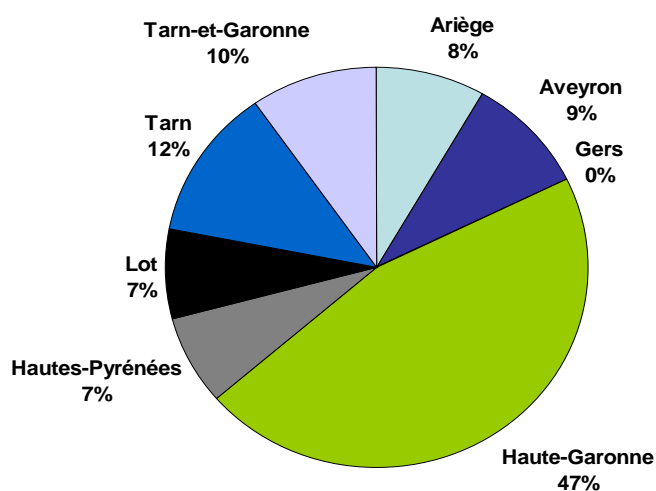


Figure 10 : Répartition par départements des dossiers passés en CM en Midi-Pyrénées

Le diagramme ci-dessous illustre la répartition par départements des dossiers passés en CR en Midi-Pyrénées :

Répartition des dossiers CR

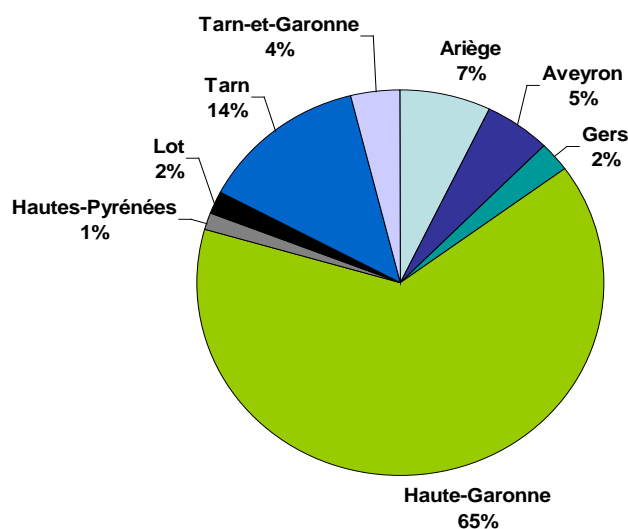


Figure 11 : Répartition par départements des dossiers passés en CR en Midi-Pyrénées

2.3.3 Une diversité de ressources humaines et matérielles

Dans les faits, cette hétérogénéité de contextes est à l'origine de différences dans la manière de procéder. Elles sont induites par la diversité des ressources humaines et matérielles.

Le nombre de personnes impliquées (en séance ou dans les secrétariats), les ETP, les outils de travail à disposition (notamment les outils informatiques), la possibilité d'obtenir de l'aide sur les questions réglementaires ou médicales sont autant de composantes de contexte de travail variant selon les instances.

Les secrétariats ne disposent pas du même nombre de personnes ou d'un nombre proportionnel au nombre de dossiers à traiter, mais s'organisent en interne pour optimiser la gestion des dossiers.

Chaque secrétariat a développé ses propres modes de fonctionnement pour s'adapter aux ressources et priorités disponibles.

A titre d'exemple, le **CIG Petite Couronne** (Ile-de-France) a pris la charge du secrétariat de la CR pour les trois départements de la petite couronne en avril 2005. Pour mettre en place le service, le CIG s'est d'abord inspiré de la structure existante en DDASS.

Le nombre d'ETP nécessaire a été évalué en fonction des ETP communiqués par la DDASS mais face à la charge de travail, il a été décidé de fortement augmenter l'équipe pour respecter les délais réglementaires et améliorer la qualité de service.

Financée par les collectivités, cette instance a pu mobiliser plus d'ETP et mieux s'équiper en outils de travail (logiciels internes, progiciel de gestion).

Elle dispose globalement de plus d'informations sur le cadre réglementaire au travers de la mobilisation d'un service juridique bien mis à profit.

2.3.4 Des hétérogénéités dans les pratiques

Sur l'échantillon de secrétariats rencontrés et au travers de contacts avec les services employeurs, nous avons pu relever de nombreuses différences dans les pratiques mises en œuvre. Ces différences dans les procédures utilisées entraînent des différences de traitement entre les agents.

Les outils de traitement et de gestion des dossiers

- Il n'y a pas d'homogénéité dans la façon de traiter les dossiers. Certains secrétariats utilisent un tableur type Excel, d'autres le logiciel CMCR, d'autres encore des applications développées en interne et même parfois des progiciels de gestion. D'autres secrétariats n'utilisent pas d'outils informatiques et gèrent les dossiers manuellement, à l'aide de feuilles et de classeurs. Les dossiers ne sont donc pas uniformément traités, en termes de comptabilisation du nombre de dossiers, d'éléments sauvegardés, de classement des dossiers...
 - ⇒ Les secrétariats qui ont à leur disposition l'outil CMCR et l'utilisent n'en sont pas satisfaits : il ne répond pas à leurs besoins.
 - ⇒ Cette diversité de fonctionnements est à l'origine d'un manque d'homogénéité des données, voire le plus souvent d'une absence de reporting. Cela entraîne aussi des pertes d'informations et de temps de traitement des dossiers.
- Lorsque l'information est détenue par les secrétariats, elle n'est pas toujours communiquée aux autres acteurs, même lorsqu'ils en ont besoin. La plupart des outils de gestion utilisés ont une portée interne, à l'exception des progiciels de gestion auxquels ont accès quelques rares administrations, par exemple.

L'expertise médicale

- Cette étape ne se déroule pas toujours de la même façon. Parfois, la prise de rendez-vous pour l'expertise est faite par le secrétariat, parfois par l'employeur ou par son agent directement. **Deux cas de figure** :
 - ⇒ Dans le cas où l'agent est chargé de prendre lui-même son rendez-vous pour l'expertise, il n'est pas rare que celui-ci ne le fasse pas, compte tenu de son état de santé notamment, ce qui entraîne des retards dans le traitement de son dossier.
 - ⇒ Si c'est l'employeur qui est chargé de prendre le rendez-vous pour l'agent, le secret médical n'est pas respecté (si l'employeur doit prendre rendez-vous avec un spécialiste).
- Le secret médical n'est pas respecté non plus lorsque le rapport d'expertise est envoyé à l'employeur et non sous pli confidentiel.
 - ⇒ Un rappel de la procédure à suivre aux médecins semblerait nécessaire même s'il s'agit de cas isolés.

Mise en attente d'un dossier complet par le secrétariat

- Dans certains secrétariats, le dossier est mis à l'ordre du jour de la prochaine session sans tenir compte d'une quelconque priorité (le classement des dossiers à passer en séance se fait donc simplement en fonction de la date de réception du dossier).
 - ⇒ C'est le cas le plus courant
- Dans d'autres secrétariats, le dossier reçu et complet est classé en attente d'instruction, dans l'ordre : par degré d'urgence ; par catégorie hiérarchique ; par date de réception du dossier.
 - ⇒ C'est un cas exceptionnel

2.4 Fortes Hétérogénéités chez les employeurs

2.4.1 Différences entre les trois Fonctions Publiques

- Des différences réglementaires...

Selon les Fonctions Publiques, les textes réglementaires régissant les règles de fonctionnement des instances consultatives que sont les CM et les CR ne sont pas les mêmes.

- ⇒ Par exemple, pour la Fonction Publique d'Etat, un médecin doit assurer le secrétariat de la CR alors que pour la FPT et la FPH, le secrétariat est assuré par le préfet ou son représentant,
- ⇒ Les délais pour informer l'agent du passage de son dossier en séance ne sont pas les mêmes dans la FPE et dans les deux autres fonctions publiques ...

- ...pas forcément mises en œuvre en pratique

Or, ces différences réglementaires restent théoriques, car sur le terrain on observe une convergence des dispositifs, qui se fait naturellement. C'est ainsi qu'on se retrouve la plupart du temps avec un dispositif de traitement unique des dossiers et de fonctionnement des instances, dans les cas où plusieurs Fonctions Publiques sont gérées.

Les deux graphiques ci-dessous illustrent la répartition par fonction publique des dossiers traités à la fois par les CM et les CR, dans un échantillon de 75 départements, soit 75% environ du nombre total de départements en France (données issues du sondage du Ministère de la Santé).

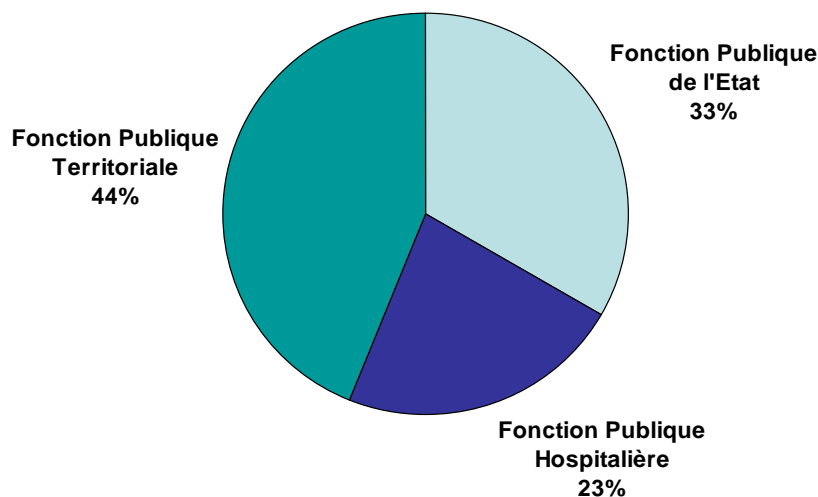


Figure 12 : Répartition des dossiers passés en CM en fonction de la FP

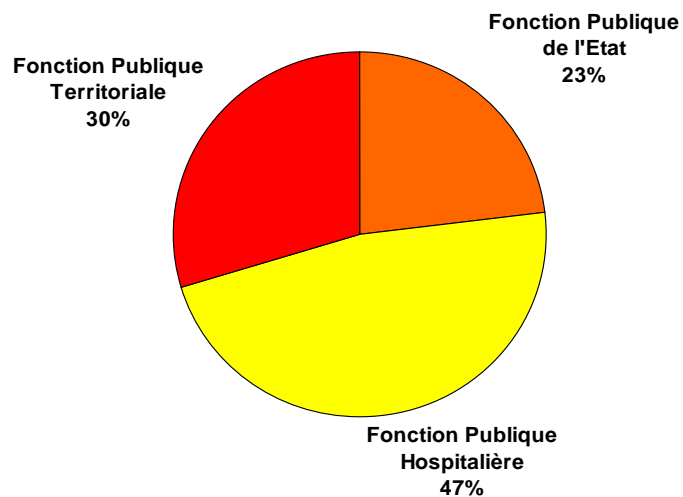


Figure 13 : Répartition des dossiers passés en CR en fonction de la FP

On constate que près de la moitié des dossiers passés en **CM** sont ceux d'agents de la Fonction Publique Territoriale, le tiers d'agents de la Fonction Publique de l'Etat, le reste (23%) de la Fonction Publique Hospitalière.

En revanche, on constate que près de la moitié des dossiers passés en **CR** sont ceux d'agents de la Fonction Publique Hospitalière, 30% d'agents de la Fonction Publique Territoriale, 23% d'agents de la Fonction Publique de l'Etat.

2.4.2 Différences entre employeurs

Les différences entre employeurs sont plutôt liées à la taille de leurs structures dont découlent :

- Leur capacité à suivre les évolutions réglementaires (veille juridique) et à se former
- Leur capacité à suivre de manière plus ou moins « industrialisée » les dossiers de leurs agents
- Leurs habitudes concernant les procédures

Les employeurs sont très hétérogènes, notamment en ce qui concerne :

- Le nombre de personnes qui y travaillent directement, notamment au service RH
- Le nombre d'agents gérés
- Le type d'agents géré (leur profession)

Ces différences sont perçues très fortement par les secrétariats des CMCR et sont illustrés par les résultats du sondage mené en ligne par Klee Group auprès d'un échantillon d'employeurs des 3 fonctions publiques dans les 5 départements analysés.

Dans ce sondage, 10% des répondants s'occupent d'un service de moins de 100 agents, 18% d'un service de plus de 10 000 agents. Dans 25% des cas, chaque gestionnaire gère moins de 100 agents alors que dans 22% des cas, chaque gestionnaire en gère plus de 1 000.

3 Application de la réforme de 2008

3.1 Perceptions de la réforme

En 2008 une réforme relative à la rationalisation du rôle des Commissions de Réforme et du Comité Médical Supérieur a été instaurée dans les trois versants de la fonction publique. Elle réserve l'intervention des Commissions de Réforme aux cas où l'administration n'a pas reconnu l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident et décharge le comité médical supérieur de fonctions non fondamentales exercées en première instance afin qu'il soit en mesure d'exercer pleinement son rôle de coordination des avis émis par les comités médicaux. Pour la FPT, la réforme visait également à un alignement sur les deux autres fonctions publiques d'une part, en maintenant le demi-traitement jusqu'à la mise à la retraite pour invalidité après un congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée et, d'autre part, à améliorer l'information du fonctionnaire par le comité médical.

Les modifications apportées visent, essentiellement, à améliorer le fonctionnement des CR et du CMS ainsi que la situation des fonctionnaires en attente des avis de ces instances.

D'une manière générale, la réforme est majoritairement appliquée sur le territoire.

Les **services employeurs** perçoivent positivement cette réforme car elle a fortement contribué à réduire les délais. Certains s'interrogent cependant sur leur capacité à évaluer l'imputabilité au service des maladies et accidents. Un nombre réduit d'employeurs est mal informé sur cette réforme, en majorité les petits employeurs.

Les **secrétariats CR** perçoivent positivement cette réforme car elle a diminué le nombre de dossiers. La baisse de leur charge de travail n'a pas été proportionnelle car sont restés les dossiers les plus complexes à instruire.

Certains **représentants du personnel** s'inquiètent de cette réforme car il leur semble que la décision est prise par l'employeur seul et que les CR deviennent des organismes de contentieux au sein desquels il leur est plus difficile de jouer leur rôle.

3.2 Bilan par mesures

Renforcement de l'information des fonctionnaires territoriaux

Mesure

- Obligation pour les secrétariats du CM d'informer le fonctionnaire sur :
 - La date à laquelle le CM examinera son dossier
 - Son droit à communication de son dossier
 - La possibilité de se faire entendre par le médecin de son choix
 - Les voies de recours possibles devant le CMS
- Le fonctionnaire a également la possibilité de recevoir l'avis du CM.
- L'employeur territorial à l'obligation de transmettre sa décision au secrétariat du CM s'il ne suit pas l'avis de cette instance.

Effet

L'information circule mieux entre les agents et les secrétariats. Cette modification a permis **une amélioration des relations** entre les acteurs, ce qui a un impact positif sur l'ensemble des dispositifs qui nécessitent un travail en collaboration.

Bilan

POSITIF mais les services RH souhaiteraient eux aussi être mieux informés, dans le respect du secret médical, car ils sont les premiers relais d'informations pour les agents.

Selon les secrétariats, la question de savoir si le dossier d'un agent figure à l'ordre du jour de la prochaine séance du CM fait partie des 4 motifs d'appel les plus fréquents. Bien que cette information soit transmise systématiquement en amont aux agents, les employeurs eux n'en sont pas systématiquement informés.

Rationalisation du rôle du Comité Médical Supérieur

Mesure

- L'avis du CMS n'est plus requis préalablement à l'avis du CM dans les cas où un congé de longue maladie est sollicité pour une maladie ne figurant pas sur la liste indicative dressée par le ministère de la santé.
- Le CMS est en charge de la coordination des avis rendus par les CM départementaux.

Effet

Le nombre de saisines du CMS a légèrement baissé. En revanche, le CMS ne joue pas son rôle de coordinateur.

Bilan

NEGATIF pour ce qui est de la coordination du dispositif : le CMS n'a pas les ressources humaines suffisantes pour jouer ce rôle.

Rationalisation du rôle des Commissions de Réforme

Mesure

- Les employeurs n'ont plus l'obligation de consulter la commission de réforme lorsqu'ils sont saisis d'une demande de congé maladie, de longue maladie ou de longue durée et qu'ils reconnaissent l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie.
- Les employeurs ont la possibilité, avant de se prononcer sur l'imputabilité d'un accident ou d'une maladie, de consulter un médecin expert agréé.
- Lorsque les employeurs ont l'intention de ne pas reconnaître l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie ou ont des doutes sur l'imputabilité, la saisine préalable de la commission de réforme est obligatoire, quel que soit le type de congé demandé.
- La commission de réforme peut, en tant que de besoin, demander à l'administration de lui communiquer les décisions reconnaissant l'imputabilité.

Effet

Cette réforme a contribué à une forte diminution du nombre de dossiers traités par la CR, ce qui est apprécié à la fois par les administrations qui peuvent gérer la question de l'imputabilité, en interne, et par les secrétariats des CR dont la charge de travail a été réduite. Les dossiers traités en CR aujourd'hui sont cependant plus complexes et nécessitent une instruction approfondie.

Bilan

POSITIF

3.3 Impact sur le nombre de dossiers

Ainsi qu'anticipé, la mise en œuvre de la réforme s'est traduite par la diminution du nombre de dossiers à traiter par les CR.

La courbe ci-dessous montre l'évolution du nombre de dossier envoyés en CR. Elle a été réalisée à partir des résultats du sondage Klee Group remplis par les employeurs et ne prend en compte que les réponses complètes pour les quatre années.

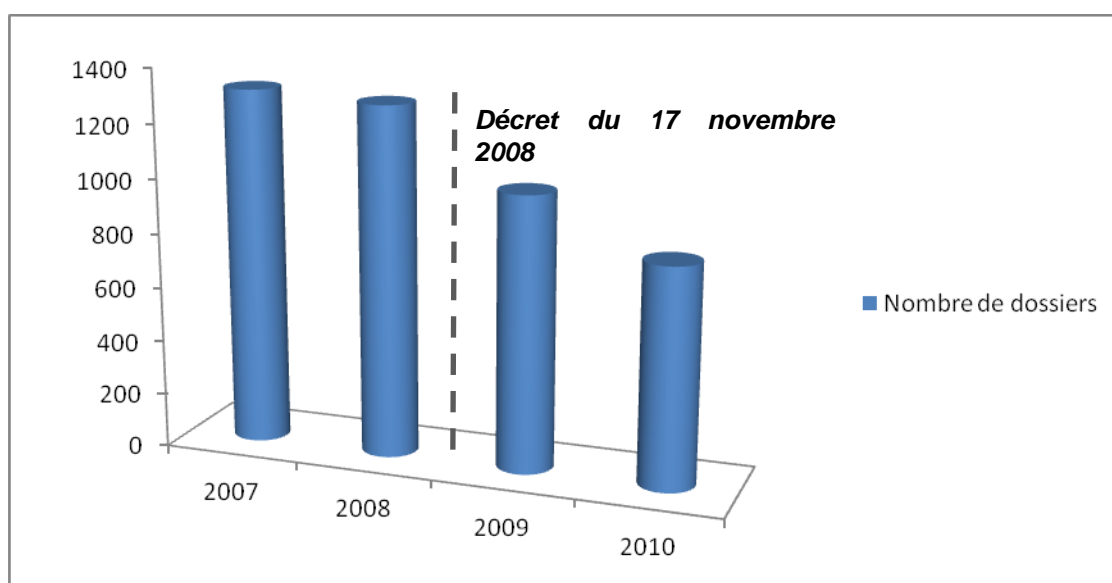


Figure 14: Evolution du nombre de dossier envoyé en CR

Cependant, **cette diminution du nombre de dossiers ne s'est pas traduite par une diminution proportionnelle de la charge effective dans les secrétariats et en CR** comme expliqué par l'ensemble des secrétariats visités.

A titre d'exemple, dans le Finistère, la mise en œuvre de la réforme s'est traduite rapidement par une diminution d'environ 30% du nombre de dossiers transmis au secrétariat.

Cependant, ce sont les dossiers les plus simples à instruire qui ont disparus. Ce qui fait que concrètement la charge pour les secrétariats, ainsi que la durée et le nombre de séances des commissions ont été peu impactés.

Concrètement pour les agents ceci s'est traduit par la diminution du nombre de postes à la mi-2009 (un départ en retraite non remplacé : passage de 4 à 3 agents pour CM et CR).

Cependant, l'augmentation du nombre de dossiers et leur complexité grandissante a conduit la DDCS à ré-augmenter l'effectif du secrétariat (4 agents depuis septembre 2011).

De plus, en 2011, les secrétariats perçoivent une nouvelle augmentation du nombre de dossiers.

4 Difficultés rencontrées sur le terrain

Cette partie a pour but de détailler les difficultés perçues et exprimées par les parties prenantes des CM et CR concernant les modes de fonctionnement de ces instances consultatives, dans le but d'en améliorer l'organisation. En l'absence de systèmes support existant et de statistiques fiables, elles relèvent souvent du ressenti exprimé.

Elle tire ainsi les premières conclusions des données qualitatives et quantitatives recueillies auprès des acteurs des CM et CR au cours de la phase d'investigation, qui serviront à nourrir la réflexion en vue d'établir les premières recommandations.

Prenant en compte les visions de chaque acteur des procédures, les difficultés perçues sont regroupées par thématiques, lesquelles ont été identifiées comme étant des points clés des difficultés de fonctionnement des CM et CR.

4.1 L'augmentation du nombre de dossiers

Augmentation du nombre de dossiers à passer en CM et CR

Problématique

Le nombre de dossiers reçus par les secrétariats est en augmentation voire en forte augmentation. Selon le sondage, la hausse est par exemple d'environ 12% entre 2008 et 2010.

- Cette tendance est générale et masque des disparités entre les Fonctions Publiques (cf. 2.4.1. Différences entre les trois Fonctions Publiques)

Causes

Il semblerait que la tendance se soit accélérée depuis le début de l'année 2011² (certains secrétariats suggèrent que cela pourrait être lié au recul de l'âge légal de la retraite).

Certains types de dossiers (conséquences du harcèlement ...) sont ouverts de plus en plus fréquemment. Leur traitement est complexe et à la limite pour certains du champ de compétence des instances.

Certains employeurs renvoient en expertise des dossiers dont l'avis ne les satisfait pas (cas de fonctionnaires déclarés aptes que l'employeur ne peut pas affecter à un poste).

Conséquences

- Une augmentation de la charge de travail pour les secrétariats
- Des retards de traitement des dossiers
- Une perte globale de qualité de traitement des dossiers (les dossiers complexes ne peuvent plus faire l'objet d'une analyse poussée)
- Des besoins d'adaptation et de réorganisation récurrents au sein des secrétariats
- Une dégradation des conditions de travail pour les secrétariats (stress...)

Remarque

Les représentants du personnel soulignent le manque de prévention et la dégradation des conditions de travail.

² L'étude ayant été réalisée mi-2011, les chiffres de l'année 2011 étaient souvent indisponibles mais à titre d'illustration, la DDCS du Val de Marne comptait déjà 2321 dossiers au 2 septembre 2011 en CM alors qu'il y avait eu 3387 dossiers au total en 2010, soit plus de 15% d'augmentation anticipée.

Les résultats du sondage illustrent cette forte augmentation du nombre de dossiers traités.

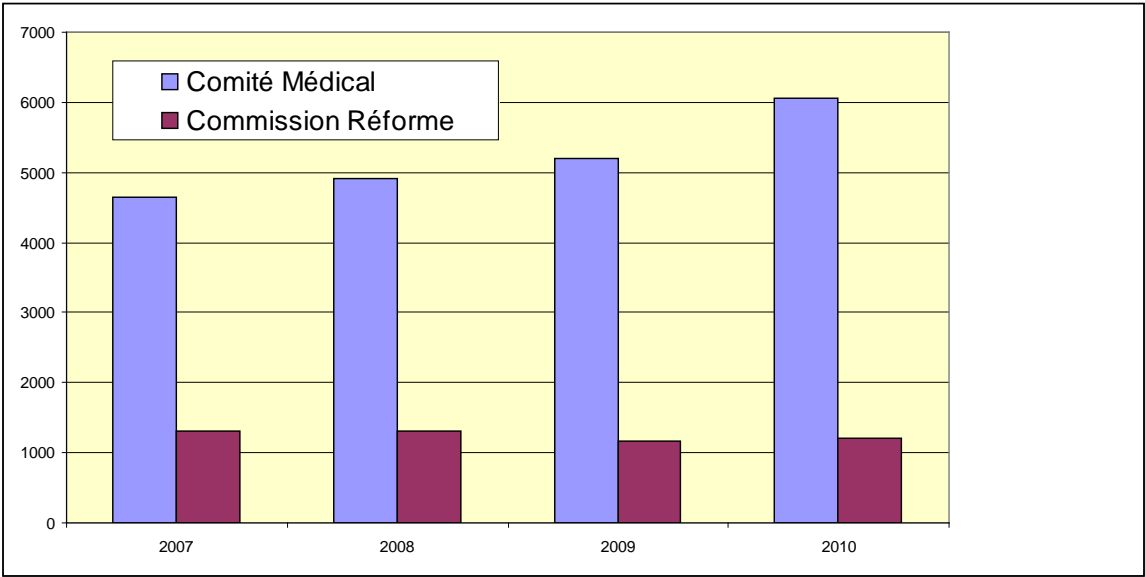


Figure 15 : Evolution du nombre de dossier en CM et en CR

4.2 L'allongement des délais

Les délais constituent l'une des principales problématiques dans le fonctionnement des Comités médicaux et Commissions de réforme.

Les résultats du sondage employeur réalisé par Klee Group illustre ces délais.

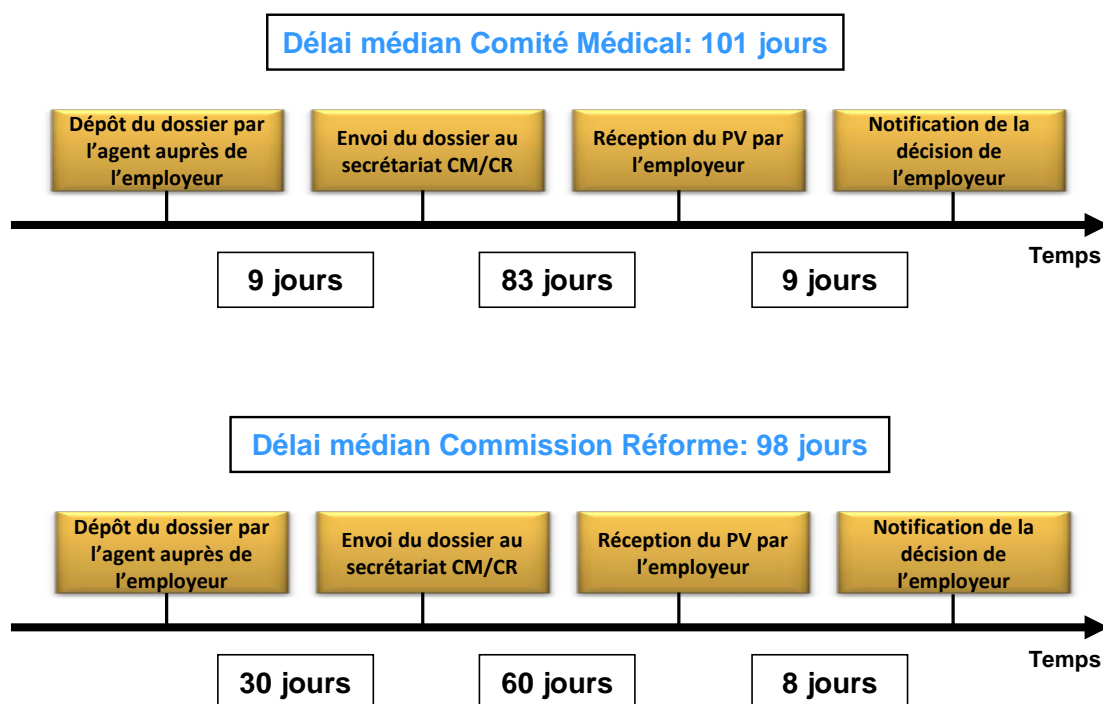


Figure 16 : Délais moyens de procédure déclarés par les employeurs dans le sondage

Au-delà de ces délais médians, les écarts sont très importants. Dans le sondage, 20% des répondants déclarent des **délais moyens supérieurs à 120 jours** entre l'envoi du dossier au secrétariat et la réception du PV, en CM et en CR. Des cas « records » en termes de délais sont rapportés dans le sondage :

- Le dossier le plus ancien actuellement en attente de traitement en CM date de 2006
- Le dossier le plus ancien actuellement en attente de traitement en CR date de 1994

La gestion des délais, et plus particulièrement leur réduction, est dépendante de l'ensemble des acteurs de la chaîne médico-administrative, ce qui en fait une problématique transversale.

Délais d'instruction des dossiers (1)

Problématique

Le nombre de dossiers à traiter est, d'après les membres des secrétariats, trop important au vu de leurs capacités en termes d'ETP et d'outils.

Causes

Les secrétariats n'ont pas toujours les moyens humains et techniques pour faire face à l'augmentation du nombre de dossiers.

Les procédures sont lourdes et complexes.

Le nombre de dossiers nécessitant l'avis du CM ou de la CR est très important, et inclut des cas simples dont le traitement pourrait ne pas nécessiter l'avis de l'instance médicale (exemple : renouvellement de congés de maladie, longue maladie, longue durée ...)³.

Conséquences

- Les délais d'attente du dossier avant de passer en séance sont plus longs car certains secrétariats accumulent du retard dans l'instruction
- Trop de temps est consacré à instruire des dossiers simples ; pas assez pour les dossiers plus complexes
- Les employeurs sont bloqués dans leurs prises de décisions
- Les agents peuvent être mis dans des situations critiques : perte de traitement, impossibilité de bénéficier d'un renouvellement de congé, retard dans la reprise de poste ...

³ A titre d'illustration, à la DDCS de Moselle, la CR traite environ 30 dossiers par séance de 2h (3 séances par mois) mais pour le CM, il n'y a que 1 séance par mois où sont traités environ 250 dossiers : cette séance se prolonge souvent le lendemain matin faute d'avoir terminé à temps. A Marseille ce sont 80 dossiers par séance de 4h qui sont traités en CM, soit en moyenne 35 secondes par dossier et 25 dossiers en CR : il y a 2 ou 3 séances par semaine pour chacune des instances.

Délais d'instruction des dossiers (2)

Problématique

Trop de dossiers (jusqu'à 30 %) sont reçus incomplets.

Causes

Les employeurs ont une mauvaise connaissance des procédures et de la réglementation, donc constituent des dossiers non conformes.

La liste exacte des pièces à fournir selon les cas n'est pas homogène et facile à obtenir.

Conséquences

- Le secrétariat ne peut pas traiter le dossier immédiatement.
- Les dossiers mettent plus de temps à passer en séance.
- Du temps est perdu à récupérer les pièces manquantes du dossier, par le secrétariat et par l'employeur.
- Les agents peuvent être mis dans des situations critiques : perte de traitement, impossibilité de bénéficier d'un renouvellement de congé, retard dans la reprise de poste ...

Remarques

- Le volume de dossiers reçus incomplets semble varier fortement entre les secrétariats de quelques dossiers à environ 30% des dossiers
- Certains secrétariats diffusent auprès des services employeurs des instructions et guides, soit systématiquement soit lors du renvoi d'un dossier dans lequel il manque des pièces

Délais d'obtention des rendez-vous d'expertise

Problématique

Les délais pour obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin expert sont parfois longs (plusieurs semaines voire plusieurs mois), surtout lorsqu'il s'agit d'un médecin spécialiste.

Causes

Au vu de leur rémunération, les expertises ne sont pas perçues comme prioritaires par certains médecins.

Conséquences

- Ces délais impactent la durée totale de la procédure, de manière variable selon les départements. Dans certains départements, ces délais d'expertise sont perçus comme la cause principale des retards dans la procédure.

Remarques

- Dans tous les départements, la problématique de la démographie des experts agréés se pose (les médecins actuels qui partent en retraite sont difficiles à remplacer)
- L'accès à la liste des médecins agréés constitue l'un des quatre motifs d'appels téléphoniques aux secrétariats. Cette liste est gérée par l'ARS, elle n'est pas toujours à jour.

Délais de récupération des rapports d'expertise

Problématique

Les médecins experts mettent parfois beaucoup de temps pour envoyer leur rapport d'expertise (plusieurs semaines pour certains).

Causes

Au vu de leur rémunération, les expertises ne sont pas perçues comme prioritaires par certains médecins.

Conséquences

- Les délais de traitement des dossiers s'allongent en conséquence.

Délais d'envoi des PV

Problématique

L'envoi des PV donnant l'avis de l'instance consultative à l'issue du passage en séance d'un dossier est parfois long. Cela varie fortement selon les secrétariats : entre 1 jour et 10 jours ouvrés.

Causes

Dans certains départements, les PV ne sont pas pré-remplis en amont et les délais de rédaction et de validation des PV sont longs. Certains départements photocopient manuellement tous les PV et dossiers avant de les envoyer.

Conséquences

- Les délais de prise de décision des employeurs s'allongent : ils doivent attendre la réception du PV pour prendre une décision.

Remarques

- Au-delà des délais, la compréhension par les services employeurs des avis peut s'avérer difficile.
- C'est une cause très fréquente d'appel des services employeurs vers les secrétariats.

4.3 L'implication des médecins

Qualité variable des expertises médicales

Problématique

Les expertises rendues par les médecins sont parfois considérées comme insatisfaisantes car elles ne permettent pas aux médecins en séance de se prononcer et ils doivent donc demander de nouvelles expertises

Causes

Manque de formation des médecins, notamment vis-à-vis des différences entre le droit public et le droit privé

Conséquences

- Le dossier est ajourné en séance
- Perte de temps dans l'instruction des dossiers

Recrutement difficile des médecins

Problématique

Les secrétariats constatent qu'il leur est difficile de recruter de nouveaux médecins pour les CM et les CR⁴.

Causes

La rémunération des médecins pour ce type de prestation est trop faible. Le délai entre la prestation et la date effective de rémunération est trop long.

L'âge limite de 65 ans empêche les médecins qui travaillaient depuis des années avec les secrétariats de continuer à intervenir

Conséquences

- Selon le témoignage des secrétariats, le nombre de médecins agréés qui s'impliquent diminue et ceux qui doivent partir en retraite sont difficilement remplacés
- L'expérience acquise se perd, les nouveaux médecins connaissent mal les procédures
- Le quorum, notamment pour les CR, risque de ne pas être atteint, et la séance annulée
- Il est plus difficile d'obtenir un rendez-vous pour une expertise.

Remarques

- Ceci a conduit à une situation de blocage dans certains départements (Morbihan par exemple)

⁴ A titre d'illustration : la DDCS de Marseille a publié une annonce pour recruter un médecin pendant plus de 6 mois mais n'a reçu qu'un candidat qui n'a pas confirmé son intérêt pour le poste.

Manque de clarté dans le rôle du médecin secrétaire

Problématique

Le rôle du médecin secrétaire est mal valorisé et mal défini, tant dans ses tâches (importance des aspects administratifs au détriment des aspects médicaux) que dans son positionnement hiérarchique

Causes

La réglementation n'est pas en phase avec la réalité du terrain et les aspirations des médecins.

Conséquences

- Dans les faits de nombreux secrétariats CM ne sont pas gérés par des médecins
- Les médecins secrétaires sont très difficiles à recruter
- Les médecins secrétaires en exercice se sentent déconsidérés et sont démotivés

Absence imprévue des médecins aux séances

Problématique

Les médecins ne viennent parfois pas aux séances pour lesquelles ils étaient mobilisés.

Causes

- La rémunération des médecins pour ce genre de prestation est trop faible et le délai entre la réalisation de la prestation et la date effective de rémunération est trop long.
- Des problématiques logistiques viennent parfois s'ajouter (absence de parking ...).

Conséquences

- La séance doit être annulée.

4.4 Le respect du secret médical

Prise de rendez-vous avec le médecin expert par l'employeur

Problématique

Ce sont parfois les employeurs qui prennent rendez-vous avec un médecin expert pour leur agent⁵.

Causes

La procédure de prise de rendez-vous pour une expertise médicale n'est pas clairement définie dans la réglementation.

Conséquences

- Le secret médical n'est pas respecté car l'employeur contacte un médecin spécialiste en fonction de la pathologie de l'agent.

⁵ Dans les 5 départements visités, deux DDCS demandaient systématiquement à l'employeur de prendre le rendez-vous pour l'agent auprès de l'expert.

Envoi du rapport d'expertise à l'employeur

Problématique

Ce sont parfois les employeurs et non les secrétariats qui reçoivent les rapports d'expertise de la part du médecin, et ceux-ci ne sont pas toujours adressés sous pli confidentiel.

Causes

Certains médecins connaissent mal les procédures en ce qui concerne les personnes à qui adresser leurs envois de documents (conclusions à l'administration et rapport d'expertise au secrétariat du comité médical/commission de réforme).

On ne leur fournit pas de matériels (enveloppe pré-adressées) pour éviter ces erreurs.

Conséquences

- Les employeurs peuvent consulter le rapport d'expertise : le secret médical n'est pas respecté.
- Les secrétariats constatent parfois que des enveloppes ont été ouvertes puis refermées, sans pouvoir déterminer à quel niveau se situe l'indiscrétion.

Exigence de preuves médicales par les assurances

Problématique

Les assurances refusent parfois d'indemniser l'accident de service survenu à un agent lorsqu'elles n'ont pas accès à l'expertise, notamment dans la FPT pour les petites collectivités.

Causes

La procédure suivie n'est pas homogène entre les secrétariats et il n'existe pas de référent qui impose une procédure à suivre. Les assurances jouent le « pourrissement » du dossier.

Conséquences

- Soit l'argent des assurances n'est pas débloqué.
- Soit le secret médical n'est pas respecté, en cas de transmission de l'expertise.

4.5 La complexité du cadre réglementaire

Complexité des textes réglementaires

Problématique

La réglementation est perçue comme très complexe à la fois pour les employeurs et les secrétariats qui n'ont pas de formation juridique.

Causes

Les mesures en vigueur sont éclatées dans plusieurs textes.

Les textes sont assez techniques alors qu'ils sont mis en œuvre par des personnes qui n'ont pas de formation juridique.

Les textes n'apportent pas de précisions détaillées sur les étapes de la procédure en termes opérationnels.

Conséquences

- La compréhension d'un même texte peut varier entre les secrétariats et les employeurs, et selon les Fonctions Publiques.
- Cela entraîne des différences de traitement entre les agents (pratiques locales) et des conflits entre les acteurs

Manque de formalisation documentaire

Problématique

Au-delà des textes juridiques, il n'existe pas de documentation métier sur les procédures à suivre étape par étape et les pièces à fournir. Les employeurs ont des moyens inégaux pour parer à cette lacune.

Causes

Excepté le ministère des finances, qui a rédigé un guide méthodologique utilisé par ses services sur le terrain, cette pratique n'a pas été généralisée au niveau des différentes administrations centrales

Conséquences

- De nombreux dossiers sont reçus incomplets par les secrétariats des CM et des CR ce qui augmente fortement les délais
- Des interprétations différentes sont faites sur le terrain de la réglementation ce qui entraîne des différences de traitement selon les agents
- Ces différences d'interprétation créent de l'anxiété voire des tensions sur le terrain
- Certains acteurs sur le terrain ont réalisé leurs propres documentations qui sont hétérogènes et de qualité variable

4.6 Les outils informatiques de gestion des dossiers

Employeurs : hétérogénéités des outils

Problématique

Certains employeurs ne disposent pas des outils nécessaires pour suivre les dossiers de leurs agents (suivi manuel ...)

Causes

Tous les employeurs n'ont pas les moyens et la structure nécessaires pour assurer la gestion et le suivi des dossiers soumis aux CMCR.

Conséquences

- Les employeurs laissent les délais s'écouler sans alerter les agents
- Certains employeurs envoient au secrétariat CMCR des dossiers vieux de plusieurs mois voire années à régulariser a posteriori

Remarques

Certains employeurs ont au contraire des outils qu'ils mettent à profit pour faire avancer les dossiers (voir chapitre sur les Bonnes Pratiques) :

- Tableur type Excel
- Progiciel de gestion RH
- Application développée en interne

Secrétariats : insatisfaction vis-à-vis de l'outil CMCR

Problématique

L'outil CMCR n'assiste pas suffisamment les secrétariats dans leurs tâches

Causes

L'outil CMCR est ancien est incomplet.

Conséquences

- Pas de suivi du dossier et de son historique, pas d'alerte en cas de dépassement des délais
- Pas d'automatisation suffisante dans la production des documents (convocations, ordre du jour, PV ...)
- Pas de contrôle automatique de la cohérence des données
- Pas de suivi statistique

Remarques

L'obsolescence de l'application CMCR est bien connue des services informatiques du Ministère de la santé.

Cependant, bien que disposant d'un cahier des charges pour une nouvelle version depuis 2007, ils n'ont jamais pu lancer le projet de refonte faute d'une implication suffisante des Maîtrises d'ouvrage (en raison notamment des restructurations de périmètre des services déconcentrés)

4.7 Les difficultés de communication entre les acteurs

Manque de communication effective entre employeurs et secrétariats

Problématique

Les employeurs et les secrétariats font état de difficultés de communication entre eux. Ces difficultés de communication rendent, souvent, la préparation du dossier difficile.

Causes

Le flux d'information n'est pas filtré : certains échanges pourraient être évités si l'information était disponible par ailleurs (procédure, liste des médecins agréés ...).

Il n'y a pas d'outil pour faciliter la communication, la majeure partie des échanges se fait par téléphone alors que certaines informations (statut du dossier, calendrier des sessions ...) pourraient être obtenues de manière autonome sur un outil web de gestion partagé.

Les secrétariats sont parfois démunis face aux questions car ils n'ont pas suffisamment de temps pour répondre ou n'ont pas la connaissance requise.

Conséquences

- Les secrétariats comme les employeurs sont difficiles à joindre au téléphone du fait de la saturation des appels ou des agendas chargés
- Les dossiers prennent du retard, par exemple pour obtenir une pièce manquante
- Les relations sont parfois tendues entre les acteurs, qui peuvent résulter d'un sentiment d'incompréhension réciproque.

Remarque

Certains secrétariats ont mis en place des créneaux horaires pour que les services employeurs puissent les appeler (jusqu'à 4 matinées par semaine).

Ceci permet à la fois d'avoir une capacité de répondre à ces besoins d'information des services employeurs tout en réservant des plages plus calmes pour le traitement des dossiers.

On peut noter que les quatre causes les plus fréquentes d'appel sont :

- La confirmation du passage d'un agent à la séance du CM ou de la CR
- L'avis du CM ou de la CR (alors que les PV sont transmis dans les jours qui suivent)
- La compréhension de l'avis
- La liste des médecins agréés.

4.8L'applicabilité des avis

Avis émis par les instances parfois difficiles à mettre en œuvre

Problématique

Les avis émis par le CM sont parfois difficiles à mettre en œuvre : ils sont ambigus ou ne tiennent pas compte du contexte professionnel et personnel particulier de l'agent (pas de possibilité de reclassement, avis à effet rétroactif ...)

Causes

Les membres du CM sont des médecins qui ne se prononcent que sur la question médicale en occultant la situation de l'agent dans sa globalité.

De plus, le temps passé par dossier ne permet pas d'identifier les éventuelles particularités médico-administratives du dossier.

Conséquences

Les employeurs déclarent tous vouloir suivre l'avis du CM pour se protéger en cas de recours : ils sont donc en difficulté si cet avis n'est pas applicable.

Remarque

Cette problématique touche plutôt le CM que le CR car en CM il n'y a pas en séance de personnes qui connaissent bien l'agent et les problématiques administratives.

4.9 Les difficultés liées au quorum

Annulation des séances à cause du quorum (CR)

Problématique

Les séances sont parfois annulées faute d'atteinte du quorum.

Causes

Les représentants de l'employeur pour les collectivités territoriales sont des élus qui ont souvent un emploi du temps très chargé et connaissent mal le dossier de leurs agents

Pour certaines catégories d'agents, il peut être difficile de trouver des représentants répondant aux obligations statutaires (exemple catégorie A)

Il est difficile de recruter et de fidéliser des médecins.

Certains représentants du personnel viennent moins aux CR.

Conséquences

- Les dossiers qui auraient dus être traités au cours de la séance annulée sont reportés à la séance suivante, ce qui décale tous les autres dossiers.

Remarque

Les problématiques de quorum ne sont globalement pas fréquents (peu de dossiers ajournés).

Cependant, même l'académie de Créteil (un des plus gros employeurs de France) peut avoir des difficultés sur certaines catégories d'agents pour trouver des représentants.

Certains représentants syndicaux refusent de se rendre en CR car ils estiment que leur fonction est dévalorisée. Les dossiers sont passés très vite en séance, ils n'ont pas le temps d'intervenir.

4.10 Le manque d'un référent

Pas de référent défini pour l'obtention d'information

Problématique

Il n'existe pas de structure formellement en charge de l'animation du dispositif.

Les secrétariats et les employeurs ne savent pas clairement à qui s'adresser pour obtenir des réponses à leurs questions sur la procédure, notamment pour les dossiers complexes.

Causes

Il n'existe pas de référent défini qui soit clairement au fait de la réglementation dans sa globalité et qui soit à même de répondre à toutes les questions de manière adaptée aux acteurs terrains.

Conséquences

- Les secrétariats et employeurs se tournent vers des sources diverses pour obtenir des informations (CDC, services des pensions ...)
- L'accès à l'information n'est pas homogène, selon les interlocuteurs disponibles et les informations dont eux-mêmes disposent : les réponses sont hétérogènes et de qualité diverse.

Remarque

L'absence d'un référent se fait aussi sentir dans le cadre des relations institutionnelles avec certains « partenaires » du dispositif (médecins, fédération d'assurance, ARS...)

5 Synthèse de l'état des lieux

5.1 Priorités par acteurs

Dans ce chapitre, les niveaux de priorité sont classés de 1 (priorités les plus élevées) à 4 (priorités les moins élevées).

Du point de vue des **employeurs** (sondage), les priorités d'améliorations sont :

- Priorité 1 : Réduction des délais de traitement
- Priorité 2 : Visibilité sur l'avancement des dossiers
- Priorité 3 : Amélioration des relations avec les secrétariats des CM/CR, Implication des médecins et Informations sur les procédures
- Priorité 4 : Formation des services RH, Formations des secrétariats CM/CR

Du point de vue des **secrétariats CM/CR**, les priorités d'amélioration exprimées sont :

- Priorité 1 : Recrutement et formation des médecins
- Priorité 2 : Amélioration des outils, Simplification du cadre réglementaire et publication de guides, Formations des services RH
- Priorité 3 : Formations des secrétariats CM/CR, Identification d'un référent

Du point de vue des **représentants syndicaux**, les priorités d'amélioration exprimées sont :

- Priorité 1 : Amélioration de la prévention, Préservation du rôle des représentants du personnel, Information des agents, Réduction des délais
- Priorité 2 : Formation des médecins, services RH, secrétariats CM/CR et RP, Reporting statistique

5.2 Echéances de résolution

Les difficultés dégagées par l'état des lieux peuvent être regroupées en six grandes catégories qui sont explicitées dans le tableau synthétique ci-dessous. Cette classification permet d'identifier les principaux champs d'actions et leurs calendriers de mise en œuvre.

| Type de difficulté | Exemples de difficultés | Origine des difficultés | Horizon de mise en œuvre envisageable |
|--|--|---|---------------------------------------|
| Outils Informatiques / Ressources | <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance des outils mis à la disposition des secrétariats (outil CMCR) Profils et nombre des agents en secrétariat inadaptés | Les moyens en matériel et en personnels qualifiés mis à la disposition des secrétariats sont insuffisants. | Moyen – long terme (2 – 5 ans) |
| Communication / Formation | <ul style="list-style-type: none"> Dossiers incomplets Qualité des expertises médicales Relations employeurs / secrétariats. Qualité des avis Absence de référent | Ces difficultés sont dues à un manque de formation de tous les acteurs et à une communication entre eux parcellaire et hétérogène | Court à moyen terme (6 à 24 mois) |
| Réglementation | <ul style="list-style-type: none"> Complexité des textes réglementaires Difficultés liées au quorum | La réglementation est perçue comme trop complexe et déconnectée de la réalité du terrain | Court à moyen terme (6 à 24 mois) |
| Implication des médecins dans le dispositif | <ul style="list-style-type: none"> Difficulté de recrutement Délais importants pour les expertises Qualité variable des expertises | Rémunération et formation des médecins insuffisantes | Court à moyen terme (6 à 24 mois) |
| Procédures | <ul style="list-style-type: none"> Non respect du secret médical Manque de communication entre les acteurs sur le suivi des dossiers en cours | Les procédures doivent être définies plus précisément, explicitées et appliquées | Court à moyen terme (6 à 24 mois) |
| Indépendant du Dispositif CM-CR | <ul style="list-style-type: none"> Augmentation du nombre de dossiers CM | Vieillessement des agents, pénibilité de certains postes, politique de prévention insuffisante | |