

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

Rapport n° : 16088R

Les instances médicales de la fonction publique, complexe, nombreuses et fragmentées sont organisées selon des critères qui ne recouvrent pas la distinction habituelle entre les trois versants de la fonction publique.

La multiplicité des intervenants ainsi que le cloisonnement du dispositif entre les sujets couverts par le secret médical et les questions de gestion administrative et statutaire compliquent la prise en charge des agents malades.

La pénurie médicale est également un élément de contexte essentiel à prendre en compte.

Quatre scénarios sont proposés répondant à deux logiques différentes :

- une première logique conserve la philosophie actuelle du principe d'un avis médical préalable sur une série de situations, avec deux scénarios : un sécanraio de base avec des allègements significatifs, un scénario de fusion des instances en uen commission médicale unique non paritaire ;
- une seconde logique change la nature du dispositif pour le rapprocher du régime général avec un contrôle a posteriori des arrêts maladie, soit propre à la fonction publique, soit géré par la caisse nationale d'assurance maladie.



Crédit photo : Alexander Rath - Fotolia

Evaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique

Rapport de diagnostic

Synthèse du rapport

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

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

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

S'ajoute à cela **un nombre important de procédures au formalisme excessif**.

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

- Les **secrétariats des instances**, éléments pivots du dispositif, ne disposent pas de tous les leviers. La réforme de 2012 qui a confié aux CDG les dossiers de la fonction publique territoriale s'est effectuée de façon satisfaisante et a permis d'aboutir à des délais de traitement plus raisonnables grâce à des recrutements supplémentaires.

- Les services **RH des employeurs appréhendent et maîtrisent différemment les contraintes procédurales** augmentant souvent les délais et fragilisant les procédures. Les médecins de prévention, inégalement présents selon les services, ne jouent pas toujours leur rôle, faute de temps et de disponibilité.

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

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

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

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

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

pour la FPT.

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

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

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

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

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

L'ensemble des acteurs doit être formés en commençant par les médecins experts.

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

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

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

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

Ces quatre scénarios répondent à deux logiques différentes.

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

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

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

- Le troisième scénario propose ainsi le passage à un contrôle a posteriori propre à la fonction publique.
- Le quatrième scénario envisage la mutation du système, en convergence avec le régime général. Il implique un transfert à l'assurance maladie et à son service médical du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires et l'instauration d'une cotisation des employeurs publics reliée à la sinistralité au travail.



Inspection générale
de l'administration
15, rue Cambacérès
75008 PARIS

Directeur de la publication :
Michel Rouzeau
Rédacteur en chef :
Eric Ferri

© Inspection générale
de l'administration



Les recommandations-clés

Quatre scénarios évoqués supra

Les auteurs

Marianne Bondaz | Inspectrice générale de
l'administration

Aurélien Ardillier | Inspecteur de l'admini-
stration

Martine Marigeaud | Membre de l'inspec-
tion générale des finances

Anne Bruant-Bisson | Membre de l'inspec-
tion générale des affaires sociales

Rémy Gicquel | Membre de l'inspection
générale de l'administration de l'éducation
nationale et de la recherche