Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES ET DES RELATIONS AVEC LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Décret nº 2019-301 du 10 avril 2019 relatif au congé pour invalidité temporaire imputable au service dans la fonction publique territoriale

NOR : *TERB1832070D*

Publics concernés : *fonctionnaires territoriaux.*

Objet : *modification du régime des droits des agents territoriaux placés en congé de maladie à la suite d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle.*

Entrée en vigueur : *le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication. Des dispositions transitoires prévoient d'une part, que les conditions de forme et de délais ne sont pas applicables aux fonctionnaires ayant adressé une déclaration d'accident de service, de trajet ou de maladie professionnelle avant la date d'entrée en vigueur du présent décret et d'autre part, que les conditions de délais courent à compter du 1er juin 2019 lorsqu'un accident ou une maladie professionnelle n'a pas encore fait l'objet d'une déclaration.*

Notice : *le décret fixe, pour les fonctionnaires territoriaux, les modalités d'octroi et de renouvellement du congé pour invalidité temporaire imputable au service consécutif à un accident reconnu imputable au service, à un accident de trajet ou à une maladie contractée en service.*

Il détermine les effets du congé sur la situation administrative du fonctionnaire, les obligations lui incombant et les prérogatives de l'autorité territoriale.

Références : *le décret et les textes qu'il modifie, dans leur version issue de ces modifications, peuvent être consultés sur le site Légifrance (https://www.legifrance.gouv.fr).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales,

Vu le code des pensions civiles et militaires de retraite ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi nº 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 21 *bis*, ensemble la loi nº 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

Vu le décret nº 85-565 du 30 mai 1985 modifié relatif aux comités techniques des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ;

Vu le décret nº 85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale ;

Vu le décret nº 85-1054 du 30 septembre 1985 modifié relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions ;

Vu le décret nº 85-1250 du 26 novembre 1985 relatif aux congés annuels des fonctionnaires territoriaux ;

Vu le décret nº 87-602 du 30 juillet 1987 modifié pris pour l'application de la loi nº 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

Vu le décret nº 89-229 du 17 avril 1989 modifié relatif aux commissions administratives paritaires des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ;

Vu le décret nº 92-1194 du 4 novembre 1992 modifié fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale ;

Vu le décret nº 2003-1306 du 26 décembre 2003 modifié relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;

Vu le décret nº 2004-777 du 29 juillet 2004 modifié relatif à la mise en œuvre du temps partiel dans la fonction publique territoriale ;

Vu le décret nº 2008-580 du 18 juin 2008 modifié relatif au régime de la mise à disposition applicable aux collectivités territoriales et aux établissements publics administratifs locaux ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale en date du 28 novembre 2018 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 13 décembre 2018 ;
Le Conseil d'Etat (section de l'administration) entendu,

Décrète :

Chapitre Ier

Dispositions modifiant le décret no 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi no 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux

Art. 1er. – Le décret du 30 juillet 1987 susvisé est modifié conformément aux dispositions des articles 2 à 6 du présent décret.

Art. 2. – A l'article 9, les mots : « articles 16, 23, 24 et 33 » sont remplacés par les mots : « articles 24, 33 et 37-7 ».

Art. 3. – Les articles 16 et 23 sont abrogés.

Art. 4. – A l'article 30, les mots : « pour accident de service, » sont supprimés.

Art. 5. – Après l'article 37, il est inséré un titre VI *bis* ainsi rédigé :

« *TITRE VI* bis

« CONGÉ POUR INVALIDITÉ TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE

« *Art. 37-1.* – Le congé prévu au premier alinéa du I de l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 précitée est accordé au fonctionnaire, sur sa demande, dans les conditions prévues par le présent titre.

« *Art. 37-2.* – Pour obtenir un congé pour invalidité temporaire imputable au service, le fonctionnaire, ou son ayant-droit, adresse par tout moyen à l'autorité territoriale une déclaration d'accident de service, d'accident de trajet ou de maladie professionnelle accompagnée des pièces nécessaires pour établir ses droits.

« La déclaration comporte :

« 1° Un formulaire précisant les circonstances de l'accident ou de la maladie. Ce formulaire est transmis par l'autorité territoriale à l'agent qui en fait la demande, dans un délai de quarante-huit heures suivant celle-ci et, le cas échéant, par voie dématérialisée, si la demande le précise ;

« 2° Un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ou de la maladie ainsi que, le cas échéant, la durée probable de l'incapacité de travail en découlant.

« *Art. 37-3.* – I. – La déclaration d'accident de service ou de trajet est adressée à l'autorité territoriale dans le délai de quinze jours à compter de la date de l'accident.

« Ce délai n'est pas opposable à l'agent lorsque le certificat médical prévu au 2° de l'article 37-2 est établi dans le délai de deux ans à compter de la date de l'accident. Dans ce cas, le délai de déclaration est de quinze jours à compter de la date de cette constatation médicale.

« II. – La déclaration de maladie professionnelle prévue à l'article 37-2 est adressée à l'autorité territoriale dans le délai de deux ans suivant la date de la première constatation médicale de la maladie ou, le cas échéant, de la date à laquelle le fonctionnaire est informé par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.

« Lorsque des modifications et adjonctions sont apportées aux tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale après qu'il a été médicalement constaté qu'un fonctionnaire est atteint d'une maladie inscrite à ces tableaux, la déclaration est adressée par l'agent à l'autorité territoriale dans le délai de deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur de ces modifications ou adjonctions. Dans ce cas, la reconnaissance de maladie professionnelle n'emporte effet que pour les congés, honoraires médicaux et frais directement entraînés par la maladie postérieurs à cette date d'entrée en vigueur.

« III. – Dans tous les cas, lorsque l'accident de service, l'accident de trajet ou la maladie professionnelle entraîne une incapacité temporaire de travail, le fonctionnaire adresse à l'autorité territoriale, dans un délai de quarante-huit heures suivant son établissement, le certificat médical prévu au 2° de l'article 37-2. En cas d'envoi de l'avis d'interruption de travail au-delà de ce délai, le montant de la rémunération afférente à la période écoulée entre la date d'établissement de l'avis d'interruption de travail et la date d'envoi de celui-ci à l'autorité territoriale peut être réduit de moitié. La rémunération à prendre en compte pour cette réduction comprend le traitement indiciaire brut ainsi que les primes et indemnités perçues par l'agent à l'exception de celles énumérées aux 1° à 10° de l'article 15.

« IV. – Lorsque les délais prévus aux I et II ne sont pas respectés, la demande de l'agent est rejetée.

« Les délais prévus aux I, II et III ne sont pas applicables lorsque le fonctionnaire entre dans le champ de l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale ou s'il justifie d'un cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes.

« *Art. 37-4.* – L'autorité territoriale qui instruit une demande de congé pour invalidité temporaire imputable au service peut :

« 1° Faire procéder à une expertise médicale du demandeur par un médecin agréé lorsque des circonstances particulières paraissent de nature à détacher l'accident du service ou lorsque l'affection résulte d'une maladie contractée en service telle que définie au IV de l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 précitée ;

« 2° Diligenter une enquête administrative visant à établir la matérialité des faits et les circonstances ayant conduit à la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie.

« *Art. 37-5.* – Pour se prononcer sur l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie, l'autorité territoriale dispose d'un délai :

« 1° En cas d'accident, d'un mois à compter de la date de réception de la déclaration prévue à l'article 37-2 ;

« 2° En cas de maladie, de deux mois à compter de la date de réception de la déclaration prévue à l'article 37-2 et, le cas échéant, des résultats des examens complémentaires prescrits par les tableaux de maladies professionnelles.

« Un délai supplémentaire de trois mois s'ajoute aux délais mentionnés au 1° et au 2° en cas d'enquête administrative diligentée à la suite d'une déclaration d'accident de trajet ou de la déclaration d'une maladie mentionnée au troisième alinéa du IV de l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 précitée, d'examen par le médecin agréé ou de saisine de la commission de réforme compétente. Lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, l'employeur doit en informer l'agent ou ses ayants droit.

« Au terme de ces délais, lorsque l'instruction par l'autorité territoriale n'est pas terminée, l'agent est placé en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire pour la durée d'incapacité de travail indiquée sur le certificat médical prévu au 2° de l'article 37-2 ou au dernier alinéa de l'article 37-9. Cette décision, notifiée au fonctionnaire, précise qu'elle peut être retirée dans les conditions prévues à l'article 37-9.

« *Art. 37-6.* – La commission de réforme est consultée par l'autorité territoriale :

« 1° Lorsqu'une faute personnelle ou toute autre circonstance particulière est potentiellement de nature à détacher l'accident du service ;

« 2° Lorsqu'un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est potentiellement de nature à détacher l'accident de trajet du service ;

« 3° Lorsque l'affection résulte d'une maladie contractée en service telle que définie au IV de l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 précitée dans les cas où les conditions prévues au premier alinéa du même IV ne sont pas remplies.

« *Art. 37-7.* – Lorsque la déclaration est présentée au titre du même IV, le médecin de prévention ou du travail remet un rapport à la commission de réforme, sauf s'il constate que la maladie satisfait à l'ensemble des conditions posées au premier alinéa de ce IV. Dans ce dernier cas, il en informe l'autorité territoriale.

« *Art. 37-8.* – Le taux d'incapacité permanente servant de seuil pour l'application du troisième alinéa du même IV est celui prévu à l'article R. 461-8 du code de la sécurité sociale.

« Ce taux correspond à l'incapacité que la maladie est susceptible d'entraîner. Il est déterminé par la commission de réforme compte tenu du barème indicatif d'invalidité annexé au décret pris en application du quatrième alinéa de l'article L. 28 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

« *Art. 37-9.* – Au terme de l'instruction, l'autorité territoriale se prononce sur l'imputabilité au service et, le cas échéant, place le fonctionnaire en congé pour invalidité temporaire imputable au service pour la durée de l'arrêt de travail.

« Lorsque l'administration ne constate pas l'imputabilité au service, elle retire sa décision de placement à titre provisoire en congé pour invalidité temporaire imputable au service et procède aux mesures nécessaires au reversement des sommes indûment versées.

« Si la demande de congé est présentée au cours d'un congé antérieurement accordé dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° de l'article 57 de la loi du 26 janvier 1984 précitée, la première période de congé pour invalidité temporaire imputable au service part du premier jour du congé initialement accordé.

« Pour obtenir la prolongation du congé initialement accordé, le fonctionnaire adresse à l'autorité territoriale un certificat médical dans les mêmes formes que celles prévues au 2° de l'article 37-2.

« *Art. 37-10.* – Lorsqu'un fonctionnaire est placé en congé pour invalidité temporaire imputable au service, l'autorité territoriale peut faire procéder à tout moment à une visite de contrôle par un médecin agréé. Elle procède à cette visite de contrôle au moins une fois par an au-delà de six mois de prolongation du congé initialement accordé.

« La commission de réforme compétente peut être saisie pour avis, soit par l'autorité territoriale, soit par l'intéressé, des conclusions du médecin agréé.

« *Art. 37-11.* – Au terme du congé pour invalidité temporaire imputable au service, le fonctionnaire apte à reprendre ses fonctions est réintégré dans son emploi ou, à défaut, réaffecté dans un emploi correspondant à son grade.

« *Art. 37-12.* – Lorsque l'autorité territoriale ou la commission de réforme fait procéder à une expertise médicale ou à une visite de contrôle, le fonctionnaire doit se soumettre à la visite du médecin agréé sous peine d'interruption du versement de sa rémunération jusqu'à ce que cette visite soit effectuée.

« *Art. 37-13.* – Le bénéficiaire d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service conserve ses avantages familiaux.

« Les fonctionnaires qui perçoivent une indemnité de résidence au moment où ils sont placés en congé pour invalidité temporaire imputable au service en conservent le bénéfice dans les conditions prévues à l'article 27.

« *Art. 37-14.* – Le fonctionnaire bénéficiant d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service informe l'autorité territoriale de tout changement de domicile, sauf cas d'hospitalisation, de toute absence de son domicile supérieure à deux semaines. Il informe l'autorité territoriale de ses dates et lieux de séjour.

« A défaut, le versement de la rémunération du fonctionnaire peut être interrompu.

« *Art. 37-15.* – Le bénéficiaire d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service doit cesser toute activité rémunérée à l'exception des activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation et des activités mentionnées au premier alinéa du V de l'article 25 *septies* de la loi du 13 juillet 1983 précitée.

« En cas de méconnaissance de cette obligation, l'autorité territoriale procède à l'interruption du versement de la rémunération et prend les mesures nécessaires pour faire reverser les sommes perçues depuis cette date au titre du traitement et des accessoires.

« La rémunération est rétablie à compter du jour où l'intéressé a cessé toute activité rémunérée non autorisée.

« *Art. 37-16.* – Le temps passé en congé pour invalidité temporaire imputable au service, y compris les périodes durant lesquelles le versement du traitement a été interrompu en application du présent titre, est pris en compte pour la détermination des droits à l'avancement d'échelon et de grade ainsi que pour la constitution et la liquidation des droits à pension civile de retraite.

« *Art. 37-17.* – Lorsqu'il est guéri ou que les lésions résultant de l'accident de service, de l'accident de trajet ou de la maladie professionnelle sont stabilisées, le fonctionnaire transmet à l'autorité territoriale un certificat médical final de guérison ou de consolidation.

« Toute modification de l'état de santé du fonctionnaire constatée médicalement postérieurement à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure qui nécessite un traitement médical peut donner lieu à un nouveau congé pour invalidité temporaire imputable au service.

« La rechute est déclarée dans le délai d'un mois à compter de sa constatation médicale. La déclaration est transmise dans les formes prévues à l'article 37-2 à l'autorité territoriale dont relève le fonctionnaire à la date de cette déclaration.

« L'autorité territoriale apprécie la demande de l'agent dans les conditions prévues au présent titre.

« *Art. 37-18.* – Le fonctionnaire retraité peut demander à l'autorité territoriale ayant prononcé sa radiation des cadres à bénéficier, dans les conditions prévues par le présent titre, des dispositions relatives au remboursement des honoraires et autres frais médicaux directement entraînés par :

« 1° L'accident ou la maladie reconnu imputable au service dont a découlé sa radiation des cadres en application de l'article 36 du décret du 26 décembre 2003 précité ;

« 2° La rechute d'un accident ou d'une maladie reconnu imputable au service survenu alors qu'il était en activité ;

« 3° La survenance d'une maladie imputable au service déclarée postérieurement à sa radiation des cadres.

« *Art. 37-19.* – Un fonctionnaire territorial qui effectue une mobilité dans un emploi conduisant à pension dans les conditions prévues à l'article 14 de la loi du 13 juillet 1983 précitée peut demander le bénéfice d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service :

« 1° Au titre d'un accident survenu ou d'une maladie contractée pendant sa mobilité. Le congé est accordé par l'employeur d'affectation du fonctionnaire à la date de la déclaration dans les conditions prévues au présent titre ;

« 2° Au titre d'une maladie contractée avant sa mobilité pendant une période d'activité dans un emploi conduisant à pension auprès d'un autre employeur public relevant de la loi du 13 juillet 1983 précitée. Le congé est accordé par l'employeur d'affectation du fonctionnaire à la date de sa déclaration, après avis de l'employeur d'origine, dans les conditions prévues au présent titre ;

« 3° Au titre d'une rechute liée à un accident ou une maladie antérieurement reconnu imputable au service survenue pendant une période d'activité dans un emploi conduisant à pension auprès d'un autre employeur public relevant de la loi du 13 juillet 1983 précitée. Le congé est accordé par l'employeur d'affectation du fonctionnaire à la date de la déclaration de rechute, après avis de l'employeur d'origine, au regard de la décision de reconnaissance d'imputabilité dont bénéficie le fonctionnaire.

« Dans les situations mentionnées aux 2° et 3°, les sommes versées par l'employeur d'affectation au titre du maintien de traitement, des honoraires et autres frais médicaux directement entrainés par l'accident ou la maladie ainsi que les cotisations et contributions versées par lui sont remboursées par l'employeur d'origine.

« En cas de mise à disposition, la décision d'octroi du congé est prise par l'autorité mentionnée au III de l'article 6 du décret n° 2008-580 du 18 juin 2008 relatif au régime de la mise à disposition applicable aux collectivités territoriales et aux établissements publics administratifs locaux.

« *Art. 37-20.* – Le fonctionnaire territorial qui occupe des emplois permanents à temps non complet dans plusieurs collectivités ou établissements publics bénéficie du congé pour invalidité temporaire imputable au service dans les conditions prévues au présent titre.

« Il adresse la déclaration prévue à l'article 37-2 à l'autorité territoriale auprès de laquelle il exerce les fonctions ayant conduit à la survenance de l'accident ou de la maladie. Lorsque cette autorité décide de placer le

fonctionnaire en congé pour invalidité temporaire imputable au service, cette décision est transmise sans délai aux autres employeurs du fonctionnaire qui le placent aussi en congé pour invalidité temporaire imputable au service pour la même durée.

« La collectivité ou l'établissement auquel la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie est imputable prend en charge les honoraires et autres frais médicaux directement entrainés par l'accident ou la maladie. »

Art. 6. – Au premier alinéa de l'article 41, après les mots : « au présent décret », sont insérés les mots : « , les honoraires de médecin agréé résultant de l'application du 4° *bis* de l'article 57 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée ».

Chapitre II

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 7. – Au 3° de l'article 21-3 du décret du 30 mai 1985 susvisé, après les mots : « Les fonctionnaires qui bénéficient », sont insérés les mots : « d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service au titre de l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 susvisée, ».

Art. 8. – Au sixième alinéa de l'article 8-1 du décret du 10 juin 1985 susvisé, les mots : « l'article R. 4614-34 » sont remplacés par les mots : « l'article R. 2315-21 ».

Art. 9. – Au deuxième alinéa de l'article 1er du décret du 26 novembre 1985 susvisé, après les mots : « les congés prévus », sont insérés les mots : « à l'article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, ».

Art. 10. – Au 3° de l'article 16 du décret du 17 avril 1989 susvisé, après les mots : « Ceux qui bénéficient », sont insérés les mots : « d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service au titre de l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 susvisée, ».

Art. 11. – Au premier alinéa de l'article 7 du décret du 4 novembre 1992 susvisé, après les mots : « aux congés rémunérés prévus », sont insérés les mots : « à l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 susvisée ainsi qu'à ceux prévus ».

Art. 12. – Au 2° de l'article 11 du décret du 26 décembre 2003 susvisé, après les mots : « Hormis pour les positions prévues », sont insérés les mots : « à l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 susvisée, ».

Art. 13. – Le deuxième alinéa de l'article 9 du décret du 29 juillet 2004 susvisé est ainsi modifié :

1° Après les mots : « les fonctionnaires titulaires ou stagiaires qui bénéficient », sont insérés les mots : « d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service mentionné à l'article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ou » ;

2° Après les mots : « en congé maladie », sont insérés les mots : « ou en congé pour invalidité temporaire imputable au service ».

Art. 14. – Le III de l'article 6 du décret du 18 juin 2008 susvisé est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « les décisions relatives aux congés prévus », sont insérés les mots : « à l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 susvisée, » ;

2° Au deuxième alinéa, après les mots : « les charges qui peuvent résulter de l'application », sont insérés les mots : « de l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 précitée, ».

Chapitre III

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Art. 15. – Le fonctionnaire en congé à la suite d'un accident ou d'une maladie imputable au service continue de bénéficier de ce congé jusqu'à son terme. Toute prolongation de ce congé postérieure à l'entrée en vigueur du présent décret est accordée dans les conditions prévues au chapitre Ier.

Les conditions de forme et de délais prévues aux articles 37-2 à 37-7 du décret du 30 juillet 1987 précité ne sont pas applicables aux fonctionnaires ayant déposé une déclaration d'accident ou de maladie professionnelle avant l'entrée en vigueur du présent décret.

Les délais mentionnés à l'article 37-3 du même décret courent à compter du premier jour du deuxième mois suivant la publication du présent décret lorsqu'un accident ou une maladie n'a pas fait l'objet d'une déclaration avant cette date.

Art. 16. – Le ministre de l'action et des comptes publics, la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, le ministre auprès de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, chargé des collectivités territoriales, et le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'action et des comptes publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 10 avril 2019.

EDOUARD PHILIPPE

Par le Premier ministre :

La ministre de la cohésion des territoires
et des relations avec les collectivités territoriales,
JACQUELINE GOURAULT

Le ministre de l'action
et des comptes publics,
GÉRALD DARMANIN

Le ministre auprès de la ministre de la cohésion des territoires
et des relations avec les collectivités territoriales,
chargé des collectivités territoriales,
SÉBASTIEN LECORNU

Le secrétaire d'Etat
auprès du ministre de l'action
et des comptes publics,
OLIVIER DUSSOPT

Guide pratique des procédures

Accidents de service - Maladies professionnelles

Le présent guide a pour objet de présenter le régime de réparation des accidents de service, des accidents de trajet et des maladies professionnelles (ASMP) applicable aux fonctionnaires titulaires ou stagiaires de l'État ainsi qu'aux magistrats de l'ordre judiciaire[1].

Ce guide, à destination des administrations et des agents acteurs intervenant dans la chaîne de traitement des dossiers en matière d'ASMP des fonctionnaires, vise à apporter des explicitations et des préconisations quant à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires relatives au congé pour invalidité temporaire imputable au service ainsi qu'au remboursement des honoraires médicaux et frais entrainés par l'accident ou la maladie.

Les acteurs de la procédure décrite par le guide :

- Agent = fonctionnaire titulaire ou stagiaire de la fonction publique de l'État et magistrats de l'ordre administratif et judiciaire, à l'exclusion de toute autre catégorie (par exemple : agents contractuels de droit public, ouvriers de l'État, *etc.*)
- Service RH = service RH de proximité (placé au plus près de l'agent) ou service RH de gestion des ASMP (qui gère le dossier d'ASMP) selon l'organisation du département ministériel.
- Médecin de prévention = médecin du service de médecine de prévention défini par les articles 10 et 11 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982
- Supérieur hiérarchique = responsable direct de premier niveau
- Médecin agréé = médecin chargé des expertises médicales et contre-visites
- Commission de réforme = instance médicale consultative

Ce guide n'a pas pour objet de traiter :

- de la politique de prévention des risques professionnels dans la fonction publique (voir éléments d'information sur le portail de la Fonction publique).
- des dispositions relatives à l'indemnisation de l'incapacité permanente ou à l'invalidité définitive (voir éléments d'information sur le site du Service des retraites de l'État).

[1] L'article 68 de l'ordonnance n° 58-1270 du 22 décembre 1958 portant loi organique relative au statut de la magistrature précise que « *les dispositions du statut général des fonctionnaires concernant les positions* [des magistrats] *s'appliquent aux magistrats dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux règles statutaires du corps judiciaire et sous réserve* [de dérogations exprès]. ». En l'absence de dérogation relative aux congés pour accident de service ou maladie professionnelle, les dispositions du statut de la fonction publique relatives à ces congés s'appliquent aux magistrats.

Textes de référence

- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires
  Article 21 *bis*
- Code des pensions civiles et militaires de retraite
  Articles L. 27, L. 28 et L. 31
- Décret n° 60-1089 du 6 octobre 1960 modifié portant règlement d'administration publique pour l'application des dispositions de l'article 23 *bis* de l'ordonnance n° 59-244 du 4 février 1959 relative au statut général des fonctionnaires
- Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique
- Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires
  Articles 47-1 à 47-20
- Décret n° 94-874 du 7 octobre 1994 modifié fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'État et de ses établissements publics
  Articles 24 et 25
- Décret n° 2010-997 du 26 août 2010 modifié relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'État et des magistrats de l'ordre judiciaire dans certaines situations de congés

I. Typologie des différents types d'accidents et de maladies d'origine professionnelle

1. *Différents types d'accidents de service*

a) Accident survenu dans le temps et le lieu du service

b) Accident survenu lors d'une activité constituant le prolongement normal des fonctions

c) Cas particulier du télétravail

2. *Différents types d'accidents de trajet*

a) Accident entre le lieu de résidence et le lieu de travail

a) Accident entre le lieu de travail et le lieu de restauration

3. *Les maladies professionnelles*

a) Maladies des tableaux

- **Maladies qui remplissent les conditions des tableaux**
- **Maladies qui ne remplissent pas les conditions des tableaux**

b) Maladies hors tableaux

Les fonctionnaires bénéficient, de par leur statut, d'un régime spécial de prise en charge défini par l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983. Cet article précise les notions d'accident de service, d'accident de trajet et de maladies professionnelles qui leur sont applicables ainsi que le régime d'imputabilité au service qui leur est attaché.

1. Différents types d'accidents de service

De manière générale, un accident correspond à l'apparition d'un événement soudain qui entraîne une atteinte à l'état de santé de la victime. Il se caractérise essentiellement par trois critères :

- l'évènement, un fait déterminé qu'il est possible de décrire et de dater ;
- le caractère soudain de cet évènement, qui a lieu dans un court laps de temps ;
- l'atteinte à l'état de santé de l'agent.

Pour être reconnu comme accident de service, un accident doit remplir certains critères.

Article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983

I.- Le fonctionnaire en activité a droit à un congé pour invalidité temporaire imputable au service lorsque son incapacité temporaire de travail est consécutive à un accident reconnu imputable au service, à un accident de trajet ou à une maladie contractée en service définis aux II, III et IV du présent article. […]

II.- Est présumé imputable au service tout accident survenu à un fonctionnaire, quelle qu'en soit la cause, dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service.

a) Accident survenu dans le temps et le lieu du service

La notion d'accident de service s'applique à tout accident survenu dans le temps de travail de l'agent et au sein de son service d'affectation.

Lorsque ces conditions sont réunies, le principe de présomption d'imputabilité au service de l'accident trouve à s'appliquer et l'agent n'a pas à apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le service. Il lui suffit d'établir la matérialité de l'accident, à savoir : sa survenue aux lieux et au temps du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions ainsi que ses conséquences sur son état de santé.

b) Accident survenu lors d'une activité constituant le prolongement normal des fonctions

La notion d'accident de service et le régime de présomption d'imputabilité au service qui s'y rattache s'appliquent également aux accidents survenus en dehors du temps ou du lieu de service, si l'activité exercée par le fonctionnaire au moment de l'accident relève des fonctions qu'il est appelé à exercer ou en constitue un prolongement normal.

Il s'agit notamment des accidents survenus lorsque l'agent est en formation ou en réunion en dehors de son service d'affectation ou lorsqu'il se trouve en mission pour le compte de l'administration.

Il s'agit également des accidents survenus aux représentants syndicaux lors de l'exercice d'une activité syndicale dans le cadre d'un mandat.

c) Cas particulier du télétravail

Article 6 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016

Les agents exerçant leurs fonctions en télétravail bénéficient des mêmes droits et obligations que les agents exerçant sur leur lieu d'affectation.

Les accidents survenus en situation de télétravail relèvent des accidents de service sous réserve qu'ils aient eu lieu dans le temps de télétravail, pendant les heures de télétravail et dans le cadre des fonctions exercées par l'agent en télétravail.

2. Différents types d'accidents de trajet

Article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983

I.- Le fonctionnaire en activité a droit à un congé pour invalidité temporaire imputable au service lorsque son incapacité temporaire de travail est consécutive à un accident reconnu imputable au service, à un accident de trajet ou à une maladie contractée en service définis aux II, III et IV du présent article. […]

III.- Est reconnu imputable au service, lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit en apportent la preuve ou lorsque l'enquête permet à l'autorité administrative de disposer des éléments suffisants, l'accident de trajet dont est victime le fonctionnaire qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration et pendant la durée normale pour l'effectuer, sauf si un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est de nature à détacher l'accident du service.

A la différence de l'accident de service, l'accident de trajet ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité. Il peut néanmoins être reconnu imputable au service dès lors qu'il intervient sur un itinéraire normal et dans un temps normal par rapport aux horaires de l'agent et aux modalités du trajet. Cet itinéraire ne doit pas être détourné sauf dans le cas de nécessités de la vie courante (*par exemple, dépôt et reprise des enfants chez une nourrice, une crèche ou un établissement scolaire, passage à la boulangerie*).

Dans tous les cas, la reconnaissance d'imputabilité au service d'un accident de trajet n'est possible qu'en l'absence de fait personnel de l'agent ou de toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante et de nature à détacher l'accident du service.

L'accident de trajet apparaît à l'intérieur d'un itinéraire « protégé » délimité par un point de départ et un point d'arrivée. Les accidents survenant durant les périodes d'interruption du trajet (*par exemple, au sein de la crèche*) ne relèvent pas de l'accident de trajet.

Concernant les agents en télétravail, les accidents de trajet peuvent être reconnus dans les situations suivantes :

- trajet entre le domicile et le lieu de télétravail, s'il est différent ;
- trajet entre le lieu de télétravail et le service, en cas de retour exceptionnel temporaire de l'agent sur son service d'affectation un jour de télétravail ;
- trajet entre le lieu de télétravail et le lieu de restauration habituel (voir b) ci-dessous).

a) Accident entre le lieu de résidence et le lieu de travail

- Le point de départ (ou d'arrivée) correspond au domicile de l'agent, à sa résidence secondaire ou à son lieu de résidence habituel. Le caractère habituel de la résidence vise par exemple la situation dans laquelle l'agent public réside à titre principal dans une ville compte tenu, entre autres, de ses attaches familiales (conjoint y travaillant, scolarisation des enfants, *etc.*) et doit, pour des raisons professionnelles, résider à titre secondaire dans une autre ville plus proche de son lieu de travail. L'itinéraire est « protégé » à compter du moment où l'agent a quitté son domicile.
- Le point d'arrivée (ou de départ) est le lieu de travail de l'agent le jour de l'accident.

a) Accident entre le lieu de travail et le lieu de restauration

- Le point de départ (ou d'arrivée) est le lieu de travail de l'agent le jour de l'accident.
- Le point d'arrivée (ou de départ) correspond au lieu de restauration habituel de l'agent, au restaurant administratif le plus proche ou au lieu où le fonctionnaire achète son déjeuner.

3. Les maladies professionnelles

A la différence des accidents, qui se caractérisent par la survenance d'un événement soudain, dans un court laps de temps et qui peut être daté, les maladies professionnelles résultent :

- de l'exposition prolongée à un risque professionnel ;
- ou d'une intoxication lente sous l'effet répété de certaines substances ou émanations au contact desquelles l'agent est exposé de façon habituelle dans ses activités professionnelles.

Ce sont les tableaux des maladies professionnelles annexés au code de la sécurité sociale qui recensent les affections reconnues comme telles. Mais, sous certaines conditions, des maladies n'y figurant pas peuvent également être prises en charge.

a) Maladies des tableaux

Une affection peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux annexés au Code de la Sécurité sociale. Ces tableaux sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales.

(Voir Annexe II du code de la sécurité sociale : Tableaux des maladies professionnelles)

Chaque tableau comporte les conditions suivantes :

- le délai entre la cessation d'exposition au risque supposé à l'origine de la maladie et la constatation de celle-ci ne doit pas excéder le délai maximal, appelé délai de prise en charge, figurant dans le tableau considéré ;
- la victime a été effectivement exposée à l'agent concerné pendant au moins la durée fixée, pour les tableaux qui prévoient une durée minimale d'exposition au risque. Certains tableaux fixent également une durée d'exposition au risque s'agissant notamment de certaines substances ;
- la victime exerce un travail l'exposant habituellement au risque visé par ce tableau, susceptible de causer la maladie ; une liste limitative de ces travaux est précisée pour certains tableaux.

- **Maladies qui remplissent les conditions des tableaux**

Article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983

I.- Le fonctionnaire en activité a droit à un congé pour invalidité temporaire imputable au service lorsque son incapacité temporaire de travail est consécutive à un accident reconnu imputable au service, à un accident de trajet ou à une maladie contractée en service définis aux II, III et IV du présent article. […]

IV.- Est présumée imputable au service toute maladie désignée par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions dans les conditions mentionnées à ce tableau.

Lorsque les conditions des tableaux sont réunies par l'agent, le principe de présomption d'imputabilité au service de la maladie trouve à s'appliquer.

C'est à l'agent qui fait la demande de reconnaissance de maladie professionnelle d'apporter les éléments permettant d'établir que la maladie répond aux conditions prévues par les tableaux.

Lorsque la maladie répond aux conditions médicales, professionnelles et administratives mentionnées dans les tableaux, elle est « présumée » d'origine professionnelle, sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve. *Par exemple, le cancer de la vessie est une maladie qui peut notamment être la conséquence d'une intoxication tabagique, mais qui peut aussi être la conséquence de travaux de préparation et de mise en œuvre de colorants et figure dans la liste des affections énumérées au tableau n° 15 ter du régime général. Ainsi, un malade atteint d'un cancer de la vessie et qui a été exposé à certains colorants pendant au moins 5 ans dans l'exercice de son métier au sein de la fonction publique, moins de trente ans avant que sa maladie ne soit constatée par un médecin, sera pris en charge. Il bénéficiera de la présomption d'origine professionnelle sans avoir à fournir aucune preuve, même si on retrouve dans son passé d'autres causes, par exemple une intoxication tabagique, qui peuvent très bien être aussi à l'origine de sa maladie.*

- **Maladies qui ne remplissent pas les conditions des tableaux**

Article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983

I.- Le fonctionnaire en activité a droit à un congé pour invalidité temporaire imputable au service lorsque son incapacité temporaire de travail est consécutive à un accident reconnu imputable au service, à un accident de trajet ou à une maladie contractée en service définis aux II, III et IV du présent article. […]

Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée par un tableau peut être reconnue imputable au service lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit établissent qu'elle est directement causée par l'exercice des fonctions.

Une maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles mais pour laquelle une ou plusieurs conditions (tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux) ne sont pas remplies, ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité d'office mais peut être reconnue imputable au service. L'agent doit alors établir qu'elle est directement causée par son activité professionnelle.

b) Maladies hors tableaux

Article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983

I.- Le fonctionnaire en activité a droit à un congé pour invalidité temporaire imputable au service lorsque son incapacité temporaire de travail est consécutive à un accident reconnu imputable au service, à un accident de trajet ou à une maladie contractée en service définis aux II, III et IV du présent article. […]

Peut également être reconnue imputable au service une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit établissent qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente à un taux déterminé et évalué dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Article 47-8 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)

Le taux d'incapacité permanente servant de seuil pour l'application du troisième alinéa du [IV de l'article 21 bis] *est au moins égal au taux prévu à l'article R. 461-8 du code de la sécurité sociale.*

Ce taux correspond à l'incapacité que la maladie est susceptible d'entraîner. Il est déterminé par la commission de réforme compte tenu du barème indicatif d'invalidité annexé au décret pris en application du quatrième alinéa de l'article L. 28 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Article R. 461-8 du code de la sécurité sociale

Le taux d'incapacité […] est fixé à 25 %.

Une maladie non désignée dans un tableau de maladies professionnelles ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité au service mais peut tout de même être reconnue imputable au service.

L'agent doit établir qu'elle est essentiellement et directement causée par son activité professionnelle et qu'elle entraîne une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 %.

Ce taux d'incapacité correspond au taux prévisible que ce type de maladie est susceptible d'entrainer ; il n'a pas à être effectivement constaté au moment de la déclaration de la maladie. Ce taux est calculé selon le barème indicatif d'invalidité annexé au décret pris en application du quatrième alinéa de l'article L. 28 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

C'est la commission de réforme qui fixe ce taux sur proposition du médecin de l'agent et, s'il y a lieu, expertise médicale (voir fiche « Actions de l'employeur en vue de l'octroi d'un CITIS ». §3. Expertise médicale).



Si le taux prévisible n'atteint pas 25 %,
la maladie n'est pas reconnue imputable au service,
l'agent n'est pas placé en CITIS
et les honoraires et frais médicaux ne sont pas pris en charge.



II. Premiers réflexes - Premières démarches

1. *Prise en charge médicale de l'agent (en cas d'accident sur le lieu du service)*
2. *Information au service RH*
3. *Accompagnement de l'agent dans ses démarches*
4. *Autres dispositions*

1. Prise en charge médicale de l'agent (en cas d'accident sur le lieu du service)

Lorsqu'un accident survient sur le lieu du service, la première chose à faire est de s'assurer que la victime reçoive les soins nécessaires, au besoin en faisant appel à des intervenants extérieurs (Service d'aide médicale d'urgence ou pompiers).
Dans le même temps, il convient de faire cesser tout danger qui pourrait entraîner un autre accident (arrêt d'une machine, coupure de l'électricité ou du gaz, etc.).

2. Information au service RH

En cas d'accident sur le lieu du service ou d'accident de trajet, la victime ou, si la victime n'est pas en capacité de le faire, la (les) première(s) personne(s) informée(s) de la survenance de l'accident, le supérieur hiérarchique direct de l'agent ou un ayant-droit de la victime (voir fiche « Introduction et textes de références » Les acteurs de la procédure) informe le service RH de la survenance de l'accident.
En cas de maladie professionnelle, l'agent malade ou son ayant-droit informe le service RH de sa situation.

3. Accompagnement de l'agent dans ses démarches

Dès qu'il a connaissance d'un accident sur le lieu du service, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle, le service RH informe l'agent de ses droits et des démarches à effectuer pour demander le bénéfice d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS).
Il est préconisé à cet effet de mettre à disposition des agents une fiche d'informations synthétique qui indique :

- les droits et des démarches à accomplir en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle ;
- les coordonnées du service RH en charge du suivi des dossiers d'accident de service ou de maladie professionnelle ;
- les coordonnées du médecin de prévention.

Cette fiche peut utilement être insérée dans le livret d'accueil des nouveaux arrivants ou sur le site intranet du service. Elle peut également être remise à l'agent en situation d'accident de service ou de maladie professionnelle par le service RH ou par son supérieur hiérarchique.
Voir fiche information agents en annexe

Les formulaires de déclaration d'accident et de déclaration de maladie professionnelle sont disponibles sur le site de la fonction publique :
Accès au formulaire de déclaration d'accident
Accès au formulaire de déclaration de maladie professionnelle

Afin d'assurer un accompagnement des agents dans un objectif d'effectivité des droits, il est préconisé de remettre à l'agent le formulaire de déclaration d'accident ou le formulaire de déclaration de maladie professionnelle dès qu'un accident ou l'apparition d'une maladie se produisent. De manière générale, la mise en place de renvois des sites intranet ou internet des services vers les formulaires publiés sur le site de la fonction publique est une bonne pratique permettant d'assurer un accès aisé aux moyens de déclaration.

Lorsque l'agent le demande, le formulaire de déclaration d'accident de service ou de trajet ou celui de déclaration de maladie professionnelle lui est envoyé sans délai par courriel ou par courrier.

Dans tous les cas, le service RH veillera à informer l'agent des délais à respecter pour envoyer sa déclaration (voir fiche « Démarches de l'agent pour obtenir un CITIS » §2. a) Délais de déclaration).

Article 47-2 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 (*extrait*)
« Un formulaire type est mis en ligne sur le site internet du ministère chargé de la fonction publique et communiqué par l'administration à l'agent à sa demande »

4. Autres dispositions

Le service RH, en lien avec le supérieur hiérarchique de l'agent, s'attache également à recueillir les témoignages éventuels de personnes sur place et à faire les observations nécessaires afin d'établir la matérialité des faits déclarés par l'agent (causes et circonstances de l'accident ou de la maladie) en vue de la reconnaissance de l'imputabilité au service.

Il prend l'attache du service technique compétent pour remédier, le cas échéant, au défaut de sécurité qui serait à l'origine de l'accident ou de la maladie.

Il s'assure de la mise en œuvre des règles[1] relatives à l'hygiène et à la sécurité. L'information immédiate de l'assistant de prévention du service est à cet égard indispensable, même si à ce stade il n'est pas certain que l'accident ou la maladie soient d'origine professionnelle.

[1] Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique

III. Démarches de l'agent pour bénéficier d'un CITIS

1. *Déclaration à l'employeur*

a) Formulaire de déclaration

b) Certificat médical

c) Les autres pièces susceptibles d'être jointes

d) Cas particulier des examens médicaux prescrits par les tableaux des maladies professionnelles du code de la sécurité sociale

2. *Délais à respecter*

a) Délais de déclaration

- Délais de déclaration d'un accident de service ou d'un accident de trajet
- Délais de déclaration d'une maladie professionnelle
- Dérogations aux délais de déclaration (accidents et maladies)

b) Délai de transmission de l'arrêt de travail

Pour bénéficier du congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS), l'agent doit en faire la demande.

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986

Article 47-1 (extrait)

Le congé [pour invalidité temporaire imputable au service] *est accordé au fonctionnaire, sur sa demande* [...].

Article 47-2

Pour obtenir un congé pour invalidité temporaire imputable au service, le fonctionnaire, ou son ayant-droit, adresse par tout moyen à son administration une déclaration d'accident de service, d'accident de trajet ou de maladie professionnelle accompagnée des pièces nécessaires pour établir ses droits.

La déclaration comporte :

1° Un formulaire précisant les circonstances de l'accident ou de la maladie. Un formulaire type est mis en ligne sur le site internet du ministère chargé de la fonction publique et communiqué par l'administration à l'agent à sa demande ;

2° Un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ou de la maladie ainsi que, s'il y a lieu, la durée probable de l'incapacité de travail en découlant.

1. Déclaration à l'employeur

Pour formaliser sa demande, l'agent utilise un formulaire de déclaration, complété de différentes pièces et, obligatoirement, d'un certificat médical.

La déclaration devant parvenir à l'employeur dans un certain délai par rapport à la survenance de l'accident ou à la constatation médicale de la maladie (voir § 2 « Délais à respecter » ci-dessous), il est préconisé de définir au sein des administrations les modalités et circuits de transmission des déclarations d'accident ou de maladie professionnelle. Ce circuit doit préciser le service RH auquel l'agent transmet sa déclaration.

L'employeur veillera à informer l'agent de ce délai de déclaration lorsqu'il lui remettra le formulaire de déclaration ou lorsqu'il lui indiquera comment le télécharger.

a) Formulaire de déclaration

Accès au formulaire de déclaration d'accident
Accès au formulaire de déclaration de maladie professionnelle

Le formulaire est complété par l'agent ou, si son état de santé ne lui permet pas de le faire, par une personne de confiance ou un ayant-droit de l'agent. Le service RH apporte son concours à l'agent pour compléter ce formulaire s'il le souhaite.

L'objectif du formulaire est de guider la déclaration en visant à décrire les circonstances de lieu, de temps et d'activité dans lesquelles l'accident ou la maladie s'est produit, la façon dont il s'est produit pour un accident, et ses conséquences sur l'état de santé de l'agent.

Il convient en conséquence que l'agent le complète avec soin et apporte toutes précisions utiles pour permettre à l'administration de déterminer si l'accident ou la maladie bénéficie de la présomption d'imputabilité ou, si l'accident ou la maladie ne peut bénéficier de cette présomption d'imputabilité, d'établir qu'il résulte de l'activité professionnelle de l'agent (voir fiche « Typologie des différents types d'accidents et de maladies d'origine professionnelle »).

b) Certificat médical

L'agent victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle fait constater son état par un médecin de son choix. Celui-ci établit un certificat médical sur lequel il décrit les lésions constatées et leur localisation ou la nature de la maladie et les symptômes constatés ainsi que les séquelles éventuelles de l'accident.

Le médecin délivre également, si nécessaire, un certificat d'arrêt de travail.

La plupart des médecins complètent un formulaire *cerfa* n° 11138 « certificat médical accident du travail- maladie professionnelle » et en remet les trois volets à l'agent.

Dans cette situation, l'agent envoie le volet 1 à l'administration dans les délais requis (voir infra § 2. Délais à respecter) et conserve les deux autres volets.

Si l'agent envoie à l'administration un certificat médical établi sur un autre support (*cerfa* n° 10170 « avis d'arrêt de travail », par exemple) il y joint également un certificat complémentaire sur lequel le médecin aura précisé la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ou de la maladie.

c) Les autres pièces susceptibles d'être jointes

En complément du certificat médical et selon sa situation, différentes pièces sont susceptibles d'être jointes par l'agent à sa déclaration. Il convient de ne demander aux agents que les pièces directement utiles à l'instruction.

Par ailleurs, les documents ayant un caractère médical sont nécessairement remis sous pli confidentiel avec la mention « secret médical ». La remise d'une enveloppe à l'agent en même temps que la remise du formulaire de déclaration de maladie professionnelle constitue une bonne pratique.

L'agent n'est pas la seule source de production des pièces complémentaires. Dans certaines situations, il n'est pas en capacité de les produire, c'est notamment le cas de certains documents internes à l'administration (ordre de mission, attestation horaire, etc.) pour l'obtention desquels le service RH procède aux démarches nécessaires.

Liste indicative de pièces susceptibles d'être jointes à un formulaire de déclaration Toutes les pièces évoquées dans la liste ci-dessous n'ont pas à être systématiquement produites. Seules sont jointes les pièces nécessaires au regard des circonstances de l'accident ou de la maladie.		
	Accident Service	Maladie pro.
Plan des locaux	X	X
Plan du trajet précisant : Départ – Arrivée – Itinéraire emprunté le jour de l'accident – Itinéraire habituellement effectué par l'agent (si différent) – Endroit exact où s'est produit l'accident (chaussée-trottoir, parties privatives-parties collectives-espace public)	X	
Ordre de mission - Convocation	X	
Attestation horaire	X	
Photographies	X	X
Témoignages	X	X
Constat amiable	X	
Rapport de police / de gendarmerie	X	
Document de prise en charge par les pompiers / le SAMU	X	
Rapport d'une compagnie de transports (SNCF, RATP, autre)	X	
Bulletin de situation ou d'hospitalisation	X	X
Ordonnances médicales	X	X
Compte(s) rendu(s) d'analyses / d'intervention	X	X
Fiche d'exposition au risque ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels).		X
Liste des différentes professions exercées intégrant toutes les expositions aux risques chimiques, mécaniques, psychologiques ou autres, y compris celles qui n'ont été que ponctuelles		X

d) Cas particulier des examens médicaux prescrits par les tableaux des maladies professionnelles du code de la sécurité sociale

Lorsque la déclaration de maladie professionnelle est faite au titre de l'un des tableaux annexés au code de la sécurité sociale, afin de bénéficier de la présomption d'imputabilité au service prévue au premier alinéa du IV de l'article 21 *bis* de la loi n° 83-634, la maladie doit elle-même y être inscrite et les conditions prévues par le tableau doivent être réunies.

Il existe trois types de conditions :

- les caractéristiques de la maladie – outre la dénomination des maladies, le tableau fixe également des caractéristiques médicales auxquelles la maladie déclarée doit répondre ;

- le délai de prise en charge – il s'agit du délai entre la cessation d'exposition au risque supposé à l'origine de la maladie et la constatation de celle-ci. Ce délai ne doit pas excéder le délai maximal figurant dans le tableau considéré. Par ailleurs, certains tableaux prévoient également une durée minimale d'exposition au risque ;
- la liste des travaux susceptible de provoquer la maladie – il s'agit de la liste indicative des travaux qui sont susceptibles de provoquer la maladie. Certains tableaux peuvent comporter une liste limitative de ces travaux.

A titre d'exemple, tableau n° 1 relatif aux maladies liées au plomb [extrait] :

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
A. Anémie (hémoglobine sanguine inférieure à 13 g/100 ml chez l'homme et 12 g/100 ml chez la femme) avec une ferritinémie normale ou élevée et une plombémie supérieure ou égale à 800 µg/L, confirmée par une deuxième plombémie de même niveau ou par une concentration érythrocytaire de protoporphyrine zinc égale ou supérieure à 40 µg/g d'hémoglobine.	3 mois	Extraction, traitement, préparation, emploi, manipulation du plomb, de ses minerais, de ses alliages, de ses combinaisons et de tout produit en renfermant. Récupération du vieux plomb. Grattage, brûlage, découpage au chalumeau de matières recouvertes de peintures plombifères.
B. Syndrome douloureux abdominal apyrétique avec constipation, avec plombémie égale ou supérieure à 500 µg/L et confirmée par une deuxième plombémie de même niveau ou une concentration érythrocytaire de protoporphyrine zinc égale ou supérieure à 20 µg/g d'hémoglobine.	30 jours	

Dans tous les cas, les examens médicaux permettant de caractériser la maladie sont joints à la déclaration de maladie professionnelle. Toutefois, afin de respecter le secret médical tenant à ce type de document, l'administration doit inviter l'agent à transmettre l'ensemble de ces éléments sous pli confidentiel avec la mention « secret médical ». La remise d'une enveloppe à l'agent en même temps que la remise du formulaire de déclaration de maladie professionnelle constitue une bonne pratique.

2. Délais à respecter

a) Délais de déclaration

Pour pouvoir être instruite par l'administration, la déclaration doit lui parvenir dans un certain délai par rapport à la survenance de l'accident ou à la constatation médicale de la maladie.

Les documents annexes à la déclaration qui n'ont pu être collectés par l'agent avant l'expiration du délai peuvent faire l'objet d'un envoi complémentaire ultérieur afin de ne pas retarder l'envoi de la déclaration. A cet effet, il convient d'accompagner l'agent dans ses démarches pour préciser les documents nécessaires à l'instruction de sa demande.

Différents délais de déclaration sont prévus :

- Délais de déclaration d'un accident de service ou d'un accident de trajet

Article 47-3 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)

I. La déclaration d'accident de service ou de trajet prévue à l'article 47-2 est adressée à l'administration dans le délai de quinze jours à compter de la date de l'accident.
Ce délai n'est pas opposable à l'agent lorsque le certificat médical prévu au 2° de l'article 47-2 est établi dans le délai de deux ans à compter de la date de l'accident. Dans ce cas, le délai de déclaration est de quinze jours à compter de la date de cette constatation médicale.

Le délai de principe d'envoi du formulaire de déclaration d'accident de service ou de trajet est de 15 jours à compter la date de l'accident, les conséquences d'un accident sur l'état de santé de la victime étant, dans la majorité des cas, immédiates.

Dans la situation où l'impact de l'accident sur l'état de santé de la victime n'est pas immédiatement décelé, la déclaration demeure possible pendant 2 ans à compter de l'accident mais doit être effectuée dans les 15 jours de sa constatation médicale.

Exemple 1 : un agent fait une chute dans le cadre de son service et ne souffre d'aucune douleur immédiate.
Il ne fait pas de déclaration d'accident mais, des douleurs apparaissant, il consulte, 3 semaines après sa chute, son médecin qui diagnostique une entorse.
L'agent dispose d'un délai de 15 jours à compter de cette consultation médicale pour effectuer sa déclaration d'accident de service.

Exemple 2 : un agent se trouve impliqué dans un vol à main armé sur son lieu de travail.
Il ne fait pas de déclaration d'accident mais la multiplication de troubles du sommeil et de crises d'anxiété le conduit à consulter, 3 mois après l'événement, son médecin qui diagnostique un choc traumatique différé.
L'agent dispose d'un délai de 15 jours à compter de ce diagnostic pour effectuer sa déclaration d'accident de service.

Comme il a été indiqué dans la fiche « Premiers réflexes », il est de bonne pratique, dès lors qu'un accident survient sur le lieu et le temps du service et que des personnels ont connaissance de cet accident, de prévenir les services de secours afin que l'agent soit immédiatement pris en charge.

- Délais de déclaration d'une maladie professionnelle

Article 47-3 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)

II. La déclaration de maladie professionnelle prévue à l'article 47-2 est adressée à l'administration dans le délai de deux ans à compter de la date de la première constatation médicale de la maladie ou, le cas échéant, de la date à laquelle le fonctionnaire est informé par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.

Lorsque des modifications et adjonctions sont apportées aux tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale après qu'il a été médicalement constaté qu'un fonctionnaire est atteint d'une maladie inscrite à ces tableaux, la déclaration est adressée par l'agent à l'administration dans le délai de deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur de ces modifications ou adjonctions. Dans ce cas, la reconnaissance de maladie professionnelle n'emporte effet que pour les congés, honoraires médicaux et frais directement entraînés par la maladie postérieurs à cette date d'entrée en vigueur.

Si le lien entre des lésions et l'accident qui les a provoquées est, dans la plupart des cas, rapidement établi, il n'est en revanche pas forcément immédiatement décelé au moment où la maladie se déclare.

Ainsi, le délai de principe d'envoi du formulaire de déclaration de maladie professionnelle, qui est de 2 ans commence à courir, selon les cas :

- soit à compter de la date de première constatation médicale de la maladie ;
- soit à compter de la date du certificat médical établissant un lien entre une maladie déjà constatée et l'activité professionnelle de l'agent.

Par ailleurs, les tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale font l'objet d'actualisations régulières afin de prendre en compte les évolutions des pathologies et celles du monde du travail. Ces actualisations peuvent se traduire par :

- la création de nouveaux tableaux ;
- la modification des tableaux existants.

Dans ces situations, le délai de 2 ans commence à courir à compter de la date de publication du décret qui prévoit l'inscription de la maladie aux tableaux ou la modification de ces tableaux.

Exemple : un agent est atteint d'une pathologie, médicalement constatée le 2 novembre 2010.
Le 15 juin 202X cette pathologie fait l'objet d'une inscription à un tableau de maladie professionnelle du code de la sécurité sociale.
La pathologie présentée par l'agent satisfait aux conditions de délai de prise en charge et les travaux qu'il a accomplis correspondent à la liste limitative de travaux susceptibles de provoquer cette maladie.
Il dispose d'un délai de 2 ans à compter du 15 juin 202X pour effectuer sa déclaration de maladie professionnelle.

- Dérogations aux délais de déclaration (accidents et maladies)

Article 47-3 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)
Les délais prévus aux I, II et III ne sont pas applicables lorsque le fonctionnaire entre dans le champ de l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale ou s'il justifie d'un cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes.

Les dispositions du dernier alinéa de l'article 47-3 du décret du 14 mars 1986 permettent à l'administration de ne pas opposer les délais de déclaration des accidents et maladies lorsque les circonstances le justifient.

Champ de l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale :

Il s'agit des personnes victimes d'un acte de terrorisme, présentes sur les lieux de l'acte de terrorisme et ayant subi un dommage physique ou psychique immédiat directement lié à cet acte ou qui, ultérieurement à cet acte, présentent un dommage physique ou psychique qui lui est directement lié et qui ont expressément été identifiées comme telles.

Cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes :

La notion de **force majeure** recouvre traditionnellement un évènement présentant les trois caractères suivants : extériorité, imprévisibilité et irrésistibilité (inondation après de violents orages, incendie, *etc.*).

L'impossibilité absolue désigne l'abolition des facultés physiques ou mentales (coma, crise de démence, accident mortel, *etc.*).

Les **motifs légitimes** peuvent être variés. Deux exemples, non exhaustifs :
- hospitalisation avec impossibilité de faire informer l'employeur par un intermédiaire ;
- événement familial grave (décès ou hospitalisation d'un proche).

b) Délai de transmission de l'arrêt de travail

Lorsque l'état de santé de l'agent donne lieu à arrêt de travail (voir §1. ci-dessus c) Certificat médical)) cet arrêt est, comme tout arrêt de travail, transmis à l'administration dans les 48 heures suivant son établissement.

Article 47-3 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)

III. Dans tous les cas, lorsque l'accident de service, l'accident de trajet ou la maladie professionnelle entraîne une incapacité temporaire de travail, le fonctionnaire adresse à l'administration dont il relève, dans le délai de quarante-huit heures suivant son établissement, le certificat médical prévu au 2° de l'article 47-2. En cas d'envoi de l'avis d'interruption de travail au-delà de ce délai de quarante-huit heures, le montant de la rémunération afférente à la période écoulée entre la date d'établissement de l'avis d'interruption de travail et la date d'envoi de celui-ci à l'administration peut être réduit de moitié. La rémunération à prendre en compte pour cette réduction comprend le traitement indiciaire brut ainsi que les primes et indemnités perçues par l'agent, à l'exception de celles énumérées aux 1° à 10° de l'article 25.

Si ce délai n'est pas respecté, la rémunération de l'agent peut être réduite de moitié entre la fin du délai de 48 heures et l'envoi effectif de la déclaration.

Dans ces situations l'agent doit respecter deux délais distincts :

- le délai d'envoi de son arrêt de travail qui est toujours de 48 heures ;
- le délai d'envoi de sa déclaration, variable selon la nature de la situation dont il a été victime.

Le non-respect du délai du délai de 48 heures ne doit pas rendre impossible la déclaration.

Exemple : le 15 février, un agent fait une chute dans le cadre de son service et souffre de douleurs à la cheville.

Il consulte son médecin 3 jours après sa chute, le 18 février, le médecin diagnostique une entorse et l'arrête aussitôt.

L'agent dispose d'un délai de 48 heures à compter du 18 février pour adresser à l'administration son arrêt de travail, soit jusqu'au 20 février.

- ⇨ *S'il envoie son arrêt le 21 février, le délai de transmission n'est pas respecté et sa rémunération peut être réduite de moitié pour 1 jour.*
- ⇨ *S'il envoie son arrêt le 25 février, le délai de transmission n'est pas respecté et sa rémunération peut être réduite de moitié pendant 5 jours (25-20).*

Il dispose d'un délai de 15 jours à compter du 18 février pour adresser à l'administration sa déclaration d'accident de service, soit jusqu'au 5 mars.

Il convient de faire application des règles de droit commun en matière de délai. Ainsi, le délai qui expirerait normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

IV. Actions de l'employeur en vue de l'octroi d'un CITIS

1. *Contrôle du respect des délais par l'agent*
   a) **Décompte**
   b) **Rejet de la demande**
2. *Information du supérieur hiérarchique et du médecin de prévention*
   a) **Rôle du supérieur hiérarchique**
   b) **Rôle du médecin de prévention**
3. *Expertise médicale*
4. *Enquête administrative*
5. *Saisine de la commission de réforme*
6. *Situation de l'agent dans l'attente de la décision de l'employeur et délais pour l'employeur*
7. *Placement en CITIS à titre provisoire*
   a) **Notification**
   b) **Conséquences**

A réception de la déclaration d'accident de service, d'accident de trajet ou de maladie professionnelle d'un agent, le service RH remet ou adresse à l'agent un récépissé ou accusé de réception rappelant la date de cette déclaration. Différentes actions sont ensuite conduites par l'administration pour lui permettre de reconnaître l'imputabilité au service et de placer l'agent en CITIS.

Si la présente fiche détaille l'ensemble des actions que l'administration peut être amenée à engager, elles ne sont pas toutes forcément nécessaires, la présomption d'imputabilité au service ayant vocation à s'appliquer et permettant la reconnaissance rapide de l'imputabilité au service sans qu'il soit systématiquement nécessaire de recourir à une enquête administrative, une expertise médicale ou à la saisine de la commission de réforme.

Voir le schéma d'ensemble de la procédure en annexe 3.

1. Contrôle du respect des délais par l'agent

a) Décompte

Le décompte du délai de déclaration est effectué selon les principes des articles 641 et 642 du code de procédure civile.

La date à prendre en compte pour déterminer si le délai est respecté est la date d'envoi de la déclaration par l'agent par courrier (cachet de la poste faisant foi) ou de remise de la déclaration au service RH.

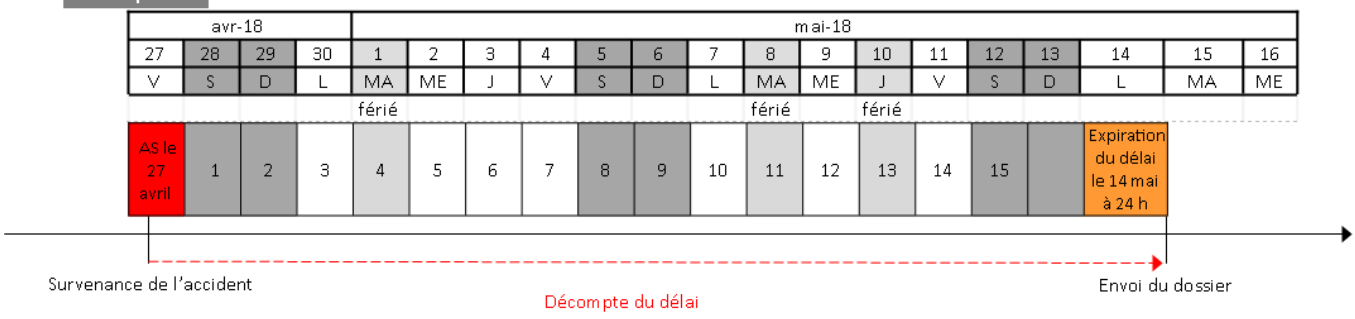
Code de procédure civile

Article 641 (extrait) : *Lorsqu'un délai est exprimé en jours, celui de l'acte, de l'événement, de la décision ou de la notification qui le fait courir ne compte pas.*
Lorsqu'un délai est exprimé en mois ou en années, ce délai expire le jour du dernier mois ou de la dernière année qui porte le même quantième que le jour de l'acte, de l'événement, de la décision ou de la notification qui fait courir le délai. A défaut d'un quantième identique, le délai expire le dernier jour du mois.

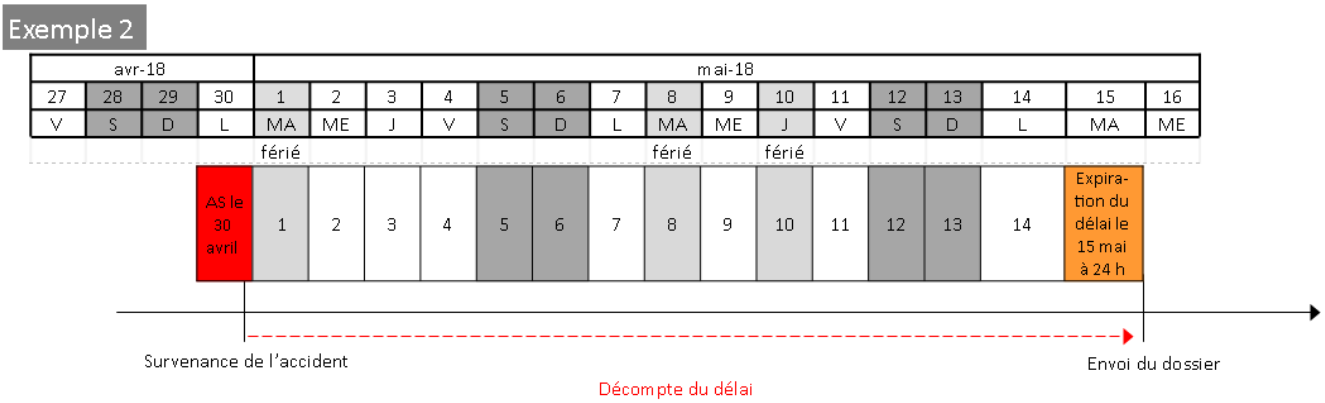
Article 642 : *Tout délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures.*
Le délai qui expirerait normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant

Les exemples ci-dessous illustrent les modalités du décompte du délai de 15 jours prévu au I de l'article 47-3 (déclaration d'accident de service ou de trajet). Les mêmes principes s'appliquent pour les déclarations de maladies professionnelles.

Exemple 1



Exemple 2



b) Rejet de la demande

Article 47-3 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)

IV. Lorsque les délais prévus aux I et II ne sont pas respectés, la demande de l'agent est rejetée.

Dans la situation où les délais prévus à l'article 47-3 n'ont pas été respectés par l'agent et s'il ne peut justifier d'un cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes (voir fiche « Démarches de l'agent pour obtenir un CITIS », § 2. a) Délais de déclaration. Dérogations aux délais de déclaration (accidents et maladies)), l'administration lui adresse une décision de rejet de sa demande, lui indiquant les raisons de ce rejet (voir fiche « Décision de l'employeur et situation de l'agent», §1. a) Notification du refus) et l'informant des voies et délais de recours.

Il est recommandé :

- de faire référence expresse à l'article 47-3 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 ;
- de préciser le délai de déclaration correspondant à la situation de l'agent ;
- d'indiquer les dates retenues pour le calcul de ce délai et la date limite à laquelle l'agent aurait dû déclarer.

2. Information du supérieur hiérarchique et du médecin de prévention

L'instruction des déclarations d'accidents de service ou de maladies professionnelles relève de la compétence du service RH mais elle doit prendre en compte les éléments d'information connus du supérieur hiérarchique de l'agent et ceux que lui communique le médecin de prévention ou du travail.

a) Rôle du supérieur hiérarchique

Le supérieur hiérarchique (voir fiche « Introduction et textes de références » Les acteurs de la procédure) n'intervient pas dans la transmission de la déclaration d'accident ou de maladie professionnelle. Cette déclaration est adressée directement au service RH dont dépend l'agent (voir fiche « Démarches de l'agent pour obtenir un CITIS ». §1. Déclaration à l'employeur). A réception, ce service informe le supérieur hiérarchique de toute déclaration d'accident de service ou de maladie professionnelle qui concerne son périmètre.

Lorsqu'il est informé de ces situations, le supérieur hiérarchique s'assure que la fiche d'information relative aux accidents de service et maladies professionnelles (voir fiche « Premiers reflexes » §3. Accompagnement de l'agent dans ses démarches) a été remise à l'agent, ou la lui remet, le cas échéant.

En cas de déclaration de maladie professionnelle et dans certaines situations d'accidents de service, si nécessaire, un rapport d'activité professionnelle décrivant les tâches habituelles de l'agent peut être demandé au supérieur hiérarchique par le service RH. Il peut également être sollicité pour apporter toutes précisions concernant les circonstances de l'accident ou de la maladie, notamment les activités habituelles de l'agent. Ces éléments d'information viennent abonder l'enquête administrative menée par le service RH (voir *infra* § 4. Enquête administrative).



Le supérieur hiérarchique fournit les éléments d'appréciation nécessaires au service RH.

Il ne lui appartient pas de se prononcer sur l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie.



b) Rôle du médecin de prévention

Article 47-7 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)
Lorsque la déclaration est présentée au titre du [IV de l'article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983]*, le médecin de prévention ou du travail remet un rapport à la commission de réforme, sauf s'il constate que la maladie satisfait à l'ensemble des conditions posées au premier alinéa de ce IV. Dans ce dernier cas, il en informe l'administration.*

Le médecin de prévention reçoit copie de toutes les déclarations de maladie professionnelle.

- S'il s'agit d'une maladie inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale :

  Il établit si la maladie de l'agent répond aux différents critères de ces tableaux (désignation des maladies, délai de prise en charge, liste limitative de travaux susceptibles de provoquer ces maladies). Il peut, à cette occasion et si l'état de santé de l'agent le permet, le recevoir ou lui demander d'apporter des éléments d'information complémentaires.

  Il indique à l'administration au vu des éléments dont il dispose, si la maladie satisfait ou non aux conditions de ces tableaux.

  Lorsque la maladie ne satisfait pas à l'ensemble des critères de ces tableaux ou lorsque les éléments dont il dispose ne lui permettent pas d'établir si elle y satisfait, il en informe l'administration et rédige un rapport à destination de la commission de réforme.

- S'il s'agit d'une maladie qui n'est pas inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale, il rédige un rapport à destination de la commission de réforme.

Lorsqu'il rédige un rapport à destination de la commission de réforme, ce rapport est, soit, directement transmis à la commission, soit, remis sous pli confidentiel à l'administration, qui le transmet à la commission de réforme lorsqu'elle est saisie. Lorsque le médecin de prévention ou du travail transmet son rapport directement à la commission de réforme, il en informe le service RH de gestion des ASMP.

3. Expertise médicale

Article 47-4 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)
L'administration qui instruit une demande de congé pour invalidité temporaire imputable au service peut […] *faire procéder à une expertise médicale du demandeur par un médecin agréé lorsque des circonstances particulières paraissent de nature à détacher l'accident du service ou lorsque l'affection résulte d'une maladie contractée en service telle que définie au IV de l'article 21 bis de la loi du 13 juillet 1983 précitée.*

La possibilité pour l'administration de faire procéder à expertise médicale en vue de reconnaitre l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie est variable selon les situations.



Dans tous les cas,
L'administration qui fait procéder à expertise médicale doit, lorsqu'elle saisit le médecin agréé, lui préciser que
seules les conclusions de cette expertise doivent lui être transmises
et que le rapport complet d'expertise doit être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel – secret médical ».



L'agent a toujours la possibilité de connaître le détail d'une expertise médicale le concernant. Le service RH ne pouvant en faire de copies, il convient de définir les modalités de consultation de cette expertise afin de préserver le secret médical.

- **En cas d'accident de service,** survenu dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement, l'administration ne peut demander d'expertise médicale **que si elle a déjà connaissance de circonstances particulières** qui seraient de nature à détacher l'accident du service.

  Ainsi, l'expertise médicale ne doit pas être utilisée comme un moyen d'investigation systématique en vue d'établir de telles circonstances afin de refuser l'imputabilité au service ou renverser la charge de la preuve sur l'agent.

  Elle permet de vérifier la cohérence entre la lésion présentée et les circonstances de l'accident (exemple : un tel accident ne peut conduire à tel type de lésion).

- **En cas d'accident de trajet,** qui ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité, l'administration a la possibilité de diligenter une expertise médicale afin vérifier l'imputabilité au service des lésions déclarées.

Exemple : Un agent est victime d'une chute pendant son trajet domicile-travail. Il souffre de douleurs au genou.
L'administration a la possibilité de faire pratiquer une expertise médicale avant de reconnaître l'imputabilité au service afin de s'assurer que ces douleurs sont liées à l'accident et ne résultent pas d'un état antérieur.

- **En cas de maladie professionnelle inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale**, l'administration a la possibilité de solliciter une expertise médicale afin de se prononcer sur l'imputabilité au service si le médecin de prévention (voir supra § 2 b « Rôle du médecin de prévention ») lui a fait connaître que la maladie présentée par l'agent ne satisfait pas à l'ensemble des critères de ces tableaux ou que les éléments dont il dispose ne lui permettent pas d'établir si elle y satisfait.

- **En cas de maladie professionnelle qui n'est pas inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale**, l'administration fait pratiquer une expertise médicale afin de déterminer :
  - si la maladie est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions ;
  - et si elle est susceptible d'entraîner un taux minimum d'incapacité permanente, fixé à 25 %. (Voir fiche « Démarches de l'agent ». §1.a) Formulaire de déclaration).

Article 47-8 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986

Le taux d'incapacité permanente servant de seuil pour l'application du troisième alinéa du même IV est celui prévu à l'article R. 461-8 du code de la sécurité sociale.

Ce taux correspond à l'incapacité que la maladie est susceptible d'entraîner. Il est déterminé par la commission de réforme compte tenu du barème indicatif d'invalidité annexé au décret pris en application du quatrième alinéa de l'article L. 28 du code des pensions civiles et militaires de retraite

Article R. 461-8 du code de la sécurité sociale

Le taux d'incapacité […] *est fixé à 25 %.*

4. Enquête administrative

Article 47-4 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)
L'administration qui instruit une demande de congé pour invalidité temporaire imputable au service peut […] diligenter une enquête administrative visant à établir la matérialité des faits et les circonstances ayant conduit à la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie.

Au vu des éléments transmis par l'agent, des informations collectées auprès de son supérieur hiérarchique et du médecin de prévention, l'administration doit se prononcer sur l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie déclarée en veillant au respect du principe de présomption d'imputabilité au service instauré par l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 en matière d'accidents de service (hors accident de trajet) et de certaines maladies professionnelles (voir fiche « Typologie des différents types d'accidents et de maladies d'origine professionnelle »).

L'enquête, selon la nature du dossier, porte sur différents points qui conduiront l'administration à reconnaitre l'imputabilité au service ou à saisir la commission de réforme pour avis avant de se prononcer :

- **dans les situations d'accident de service**

- accident survenu dans le temps du service
- accident survenu dans le lieu du service
- accident survenu dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal
- absence de faute personnelle
- absence de circonstance particulière détachant l'accident du service

- **dans les situations d'accident de trajet**

- preuve apportée par l'agent ou établie par l'enquête administrative que l'accident est survenu sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit le service de l'agent et sa résidence ou son lieu de restauration
- preuve apportée par l'agent ou établie par l'enquête administrative que l'accident est survenu pendant la durée normale pour effectuer ce parcours
- absence de fait personnel de l'agent ou de circonstance particulière étrangère aux nécessités de la vie courante de nature à détacher l'accident du service

- dans les situations de maladie professionnelle

- éléments permettant d'établir que la maladie correspond à une maladie désignée par les tableaux de maladies professionnelles et qu'elle remplit les conditions mentionnées à ces tableaux
- éléments permettant d'établir que la maladie correspond à une maladie désignée par les tableaux de maladies professionnelles et qu'elle est directement causée par l'activité professionnelle de l'agent même si elle ne remplit pas les conditions mentionnées à ces tableaux
- éléments permettant d'établir que la maladie est essentiellement et directement causée par l'activité professionnelle de l'agent et qu'elle entraîne une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 %

5. Saisine de la commission de réforme

Voir annexe 4 du présent guide, les règles d'organisation et de fonctionnement des commissions de réforme.

Article 47-6 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986

La commission de réforme est consultée :
« 1° Lorsqu'une faute personnelle ou toute autre circonstance particulière est potentiellement de nature à détacher l'accident du service ;
« 2° Lorsqu'un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est potentiellement de nature à détacher l'accident de trajet du service ;
« 3° Lorsque l'affection résulte d'une maladie contractée en service telle que définie au IV de l'article 21 bis de la loi du 13 juillet 1983 précitée dans les cas où les conditions prévues au premier alinéa du même IV ne sont pas remplies.

La saisine de la commission de réforme pour avis n'est possible que dans certaines situations :

- lorsque, à l'issue de l'examen de l'imputabilité au service, les éléments dont dispose l'employeur ne lui permettent pas de reconnaître l'imputabilité au service ;
- en cas de maladie professionnelle non inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale ou qui ne satisfait pas aux conditions de ces tableaux.

En cas d'accident de service, l'employeur indique à la commission les éléments qui le conduisent à considérer, selon les situations :

- que l'accident n'est pas survenu dans le temps du service ;
- que l'accident n'est pas survenu dans le lieu du service ;
- que l'accident n'est pas survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions de l'agent ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal ;
- qu'une faute personnelle ou une circonstance particulière – à préciser par l'employeur - est de nature à détacher l'accident du service.

En cas d'accident de trajet, l'employeur indique à la commission les éléments qui le conduisent à considérer, selon les situations :

- que l'accident n'est pas survenu sur le parcours habituel de l'agent entre son service et son lieu de restauration ou sa résidence ;
- que l'accident n'est pas survenu pendant la durée normale pour effectuer son parcours ;
- qu'un fait personnel ou une circonstance particulière – à préciser par l'employeur – est de nature à détacher l'accident du service.

En cas de maladie professionnelle inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale mais pour laquelle le médecin de prévention considère que la maladie ne satisfait pas à l'ensemble des critères de ces tableaux, ou que les éléments dont il dispose ne lui permettent pas d'établir si elle y satisfait, l'employeur transmet à la commission de réforme l'avis émis par le médecin de prévention ainsi que l'expertise médicale qui aura pu être diligentée (voir §3 ci-dessus).

En cas de maladie professionnelle qui n'est pas inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale, l'employeur :

- indique à la commission les éléments qui le conduisent à considérer que la maladie n'est pas essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions ;
- transmet, sous pli confidentiel, l'expertise médicale qui aura été diligentée (voir §3 ci-dessus).

Dans ces situations, la commission de réforme :

- détermine le taux minimum d'incapacité permanente que la maladie est susceptible d'entraîner ;
- émet un avis sur l'imputabilité au service de la maladie.

Dans tous les cas (accident de service, de trajet, maladie professionnelle) lorsqu'il saisit la commission de réforme l'employeur joint à sa saisine :

- copie de la déclaration établie par l'agent ou son représentant ;
- copie du certificat médical ;
- copie de toutes pièces relatives à l'accident ou à la maladie utiles à l'avis de la commission (témoignages, rapports et constatations recueillis) ;
- documents médicaux reçus et transmis sous pli confidentiel.

Si la saisine pour avis de la commission de réforme est obligatoire dans les cas prévus à l'article 47-6 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986, cet avis ne lie pas l'administration mais le secrétariat de la commission de réforme doit être informé, conformément aux termes de l'article 19 de ce décret, des décisions qui ne sont pas conformes à l'avis émis.

6. Situation de l'agent dans l'attente de la décision de l'employeur et délais pour l'employeur

Même si la déclaration d'accident ou de maladie est transmise dans les délais réglementaires à l'administration, l'agent ne peut bénéficier du CITIS que lorsque celle-ci lui aura notifié la décision correspondante. Dans l'attente de cette décision, et pendant toute la durée d'instruction de sa demande, il est placé en congé de maladie (s'il a transmis un arrêt de travail) et les honoraires médicaux et les frais médicaux liés à cet accident ou à cette maladie demeurent à sa charge.

Un délai est toutefois imparti à l'administration pour rendre sa décision. Ce délai court à compter de la réception de la déclaration complète (formulaire de déclaration + certificat médical et ses examens complémentaires) par l'administration (voir fiche « Démarches de l'agent » § 1. Déclaration à l'employeur).

Il peut être prolongé dans certaines situations.

Article 47-5 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)

Pour se prononcer sur l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie, l'administration dispose d'un délai :

« 1° En cas d'accident, d'un mois à compter de la date à laquelle elle reçoit la déclaration d'accident et le certificat médical ;

« 2° En cas de maladie, de deux mois à compter de la date à laquelle elle reçoit le dossier complet comprenant la déclaration de la maladie professionnelle intégrant le certificat médical et le résultat des examens médicaux complémentaires le cas échéant prescrits par les tableaux de maladies professionnelles.

« Un délai supplémentaire de trois mois s'ajoute aux délais mentionnés au 1° et au 2° en cas d'enquête administrative diligentée à la suite d'une déclaration d'accident de trajet ou de la déclaration d'une maladie mentionnée au troisième alinéa du IV de l'article 21 bis *de la loi du 13 juillet 1983 précitée, d'examen par le médecin agréé ou de saisine de la commission de réforme compétente. Lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, l'employeur doit en informer l'agent ou ses ayants droit.*

	Accident de service	Accident de trajet	Maladie professionnelle
Délai d'instruction	1 mois	1 mois	2 mois
Point de départ du délai	Réception de la déclaration **et** du certificat médical *(lorsque les deux éléments ne sont pas envoyés simultanément, le délai commence à courir à réception du dernier élément reçu)*	Réception de la déclaration **et** du certificat médical *(lorsque les deux éléments ne sont pas envoyés simultanément, le délai commence à courir à réception du dernier élément reçu)*	Réception du dossier **complet** : - déclaration - certificat médical - si maladie inscrite aux tableaux : résultats des examens prescrits par les tableaux (*cf.* exemple ci-dessous)
Délai supplémentaire	3 mois	3 mois	3 mois
Situations ouvrant droit à délai supplémentaire		Enquête administrative	Si maladie hors tableaux : enquête administrative
	Examen par un médecin agréé	Examen par un médecin agréé	Examen par un médecin agréé
	Saisine de la commission de réforme	Saisine de la commission de réforme	Saisine de la commission de réforme

Exemple : Un agent déclare une affection de l'épaule au titre du tableau n° 57 (Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail).
S'il s'agit d'une tendinopathie chronique, le tableau indique qu'elle doit être « objectivée par IRM ou un arthroscanner en cas de contre-indication à IRM».

⇨ *Dans cette situation le délai de l'administration commence à courir lorsqu'elle reçoit, sous pli confidentiel, les résultats de cet IRM ou de l'arthroscanner.*

Le délai supplémentaire n'excède jamais 3 mois, même si le dossier de l'agent répond à plusieurs critères de prolongation (*exemple : examen par un médecin agréé et saisine de la commission de réforme).*

Au terme du délai d'instruction initial, si l'administration n'est pas en mesure de rendre sa décision, et si elle peut bénéficier d'un délai supplémentaire d'instruction, elle doit en informer l'agent.

Enfin, au terme du délai maximum d'instruction dont elle dispose, l'administration, si elle ne peut rendre sa décision, doit placer l'agent en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire.

7. Placement en CITIS à titre provisoire

Article 47-5 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)

Au terme de ces délais, lorsque l'instruction par l'administration n'est pas terminée, l'agent est placé en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire pour la durée indiquée sur le certificat médical prévu au 2° de l'article 47-2 et au dernier alinéa de l'article 47-9. Cette décision, notifiée au fonctionnaire, précise qu'elle peut être retirée dans les conditions prévues à l'article 47-9.

Le placement en CITIS à titre provisoire doit demeurer exceptionnel et il convient que l'administration prenne toutes dispositions pour éviter de devoir y recourir compte tenu des conséquences financières potentielles pour l'agent en cas de décision finale refusant l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie.

a) Notification

La décision de placement d'un agent en CITIS à titre provisoire lui est notifiée par arrêté. Cet arrêté précise que :

- l'instruction de la déclaration d'accident de service du … (ou de maladie professionnelle) qu'il a effectuée le ….. est toujours en cours ;
- conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article 47-5 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986, au terme des délais d'instruction prévus par ce décret, il est placé en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire du ….. (*date de début du premier arrêt de travail en lien avec l'accident ou la maladie*) au ….. (*date de fin du dernier arrêt de travail reçu en lien avec l'accident ou la maladie*) ;
- il bénéficie, en conséquence, à titre provisoire, des droits prévus par l'article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – conservation de l'intégralité de son traitement et remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par l'accident (ou la maladie) ;
- conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 47-9 du même décret, cette décision pourra être retirée si, au terme de l'instruction de sa demande, l'imputabilité au service de cet accident (cette maladie) n'est pas reconnue et qu'il sera alors procédé aux mesures nécessaires au reversement des sommes indûment versées.

b) Conséquences

Le placement d'un agent en CITIS à titre provisoire produit les mêmes effets en termes de rémunération et de prise en charge des frais et honoraires médicaux que le placement en congé pour invalidité temporaire imputable au service (voir fiche « Décision de l'employeur et situation de l'agent en CITIS » §2. Situation de l'agent en CITIS).

Il produit ses effets jusqu'à décision de reconnaissance ou de refus de reconnaissance d'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie par l'employeur.

En cas de prolongation d'arrêt de travail, une décision complémentaire de placement en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire est adressée à l'agent.

En cas de décision de refus de reconnaissance d'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie, la situation de l'agent est régularisée par défaut dans le champ de la maladie ordinaire. Il est procédé à la récupération des sommes indument versées durant la période de CITIS provisoire. Il est recommandé, notamment dans le cas de situations difficiles pour les agents ayant été placé en CITIS provisoire sur une longue période, de procéder à un étalement sur plusieurs mois des retenues à effectuer à ce titre.
En tout état de cause ces retenues ne pourront conduire à un prélèvement mensuel supérieur à celui de la quotité saisissable.
Il convient par ailleurs d'accompagner l'agent notamment au regard de l'établissement des honoraires médicaux et des frais qu'il serait alors susceptible de voir pris en charge par son régime de base de sécurité sociale. Il est rappelé que le délai de carence prévu à l'article 115 de la loi de finances pour 2018 n'est pas applicable aux arrêts de travail en lien avec un accident ou une maladie d'origine professionnelle. Lorsque le fonctionnaire est placé en CITIS rétroactivement à un congé de maladie, il y a donc lieu de procéder au remboursement de la retenue au titre du jour de carence qui aura éventuellement été faite.

V. Décision de l'employeur et situation de l'agent en CITIS

1. *Décision de l'employeur*

a) Refus de reconnaissance d'imputabilité au service
- Notification du refus
- Régularisation en cas de CITIS provisoire

b) Reconnaissance d'imputabilité au service
- Régularisation des congés
- Prolongation des arrêts de travail
- Information du médecin de prévention et du CHSCT

2. *Situation de l'agent en CITIS*

a) Rémunération

b) Prise en charge des frais et honoraires médicaux

c) Congés annuels et RTT

d) Avancement et retraite

e) Vacance d'emploi

f) Reprise de fonctions
- Temps complet et temps partiel thérapeutique
- Affectation à la reprise
- Reclassement

3. *Obligations de l'agent en CITIS*

a) Contrôle médical

b) Changement de domicile et absences

c) Exercice d'une activité rémunérée

---

1. Décision de l'employeur

Au terme de l'analyse menée par un employeur avant de reconnaître l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie déclarés par un agent (voir fiche « Actions de l'employeur en vue de l'octroi d'un CITIS »), cet employeur prend sa décision.

> **Article 47-9 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986** (extrait)
> *Au terme de l'instruction, l'administration se prononce sur l'imputabilité au service […].*

Il notifie sa décision à l'agent en l'informant des voies et délais de recours dont il dispose.

a) Refus de reconnaissance d'imputabilité au service

- Notification du refus

Une décision de non-reconnaissance d'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie constitue une décision administrative individuelle défavorable qui, en tant que telle, doit être motivée. La motivation doit contenir des éléments de droit et de fait.

Code des relations entre le public et l'administration
Article L. 211-2 (extrait)
Les personnes physiques ou morales ont le droit d'être informées sans délai des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent.
A cet effet, doivent être motivées les décisions qui :
[…]
6° Refusent un avantage dont l'attribution constitue un droit pour les personnes qui remplissent les conditions légales pour l'obtenir

Article L. 211-5
La motivation […] doit être écrite et comporter l'énoncé des considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision.

La motivation de droit est la référence des textes fondant la décision *(exemple : « Au regard des dispositions de l'article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 19893 portant droits et obligations des fonctionnaires et des dispositions de l'article XXX du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 ».)*

La motivation de fait doit être suffisamment claire et détaillée pour que la décision soit aisément comprise par son destinataire ; le cas échéant, elle précise les circonstances particulières, la faute ou le fait personnel qui conduisent l'administration à ne pas reconnaitre l'imputabilité au service *(exemple : « l'affection mettant l'agent dans l'incapacité d'exercer ses fonctions ne trouve pas son origine dans son activité professionnelle, l'enquête administrative ayant établi que l'accident est survenu au domicile de M. X et non sur le trajet entre le domicile de M. X et son lieu de travail »)*.

La motivation par référence à l'avis de la commission de réforme est possible à la double condition que le procès-verbal de la commission soit joint à la décision et que l'avis de la commission de réforme soit lui-même motivé.

Enfin, la motivation de la décision ne doit pas amener l'administration à inscrire des informations qui porteraient atteinte au secret médical même si l'unique destinataire de la décision est l'agent.

- Régularisation en cas de CITIS provisoire

Article 47-9 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)
Lorsque l'administration ne constate pas l'imputabilité au service, elle retire sa décision de placement à titre provisoire en congé pour invalidité temporaire imputable au service et procède aux mesures nécessaires au reversement des sommes indûment versées.

Dans les situations où, au terme du délai maximum d'instruction dont elle dispose, l'administration, n'a pu prendre sa décision et a placé l'agent en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire (voir fiche « Actions de l'employeur en vue de l'octroi d'un CITIS » §7. Placement en CITIS à titre provisoire), la notification de refus de reconnaissance d'imputabilité au service doit expressément :

- retirer la décision de placement en CITIS provisoire ;
- si l'agent a bénéficié d'arrêts de travail, le placer en congé pour raisons de santé[1], en fonction des droits dont il dispose et selon la procédure dont relève ce congé ;
- indiquer qu'il sera demandé à l'agent de reverser les sommes indûment perçues au titre du CITIS provisoire.

Les régularisations à opérer peuvent porter :

- sur le traitement (*exemple : reprise du plein traitement si, en congé de maladie, la situation de l'agent conduit à le rémunérer à demi-traitement)*
- sur le remboursement d'honoraires et frais médicaux.

Les employeurs veilleront à prendre toutes dispositions pour que le reversement de ces sommes, tout en respectant les règles de prescription et de recouvrement, soit opéré avec bienveillance et dans le respect du barème des saisies et cessions des rémunérations[2]. Si la situation de l'agent le justifie, et s'il en fait la demande, un échelonnement de sa dette pourra être examiné. Il est également préconisé d'indiquer à l'agent que les honoraires et frais médicaux qui ne seraient pas pris en charge peuvent l'être par le régime de base de sécurité sociale auquel l'agent est affilié.

b) Reconnaissance d'imputabilité au service

Article 47-9 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)

Au terme de l'instruction, l'administration se prononce sur l'imputabilité au service et, lorsqu'elle est constatée, place le fonctionnaire en congé pour invalidité temporaire imputable au service pour la durée de l'arrêt de travail.

[…]

Si la demande de congé est présentée au cours d'un congé antérieurement accordé dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° de l'article 34 de la loi du 11 janvier 1984 susvisée, la première période de congé pour invalidité temporaire imputable au service part du premier jour du congé initialement accordé.

Pour obtenir la prolongation du congé initialement accordé, le fonctionnaire adresse un nouveau certificat médical à son administration précisant la durée probable de l'incapacité de travail.

La décision reconnaissant l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie n'a pas à être motivée mais elle doit préciser à l'agent :

- qu'il est placé en CITIS ;
- pour quelle période ;
- qu'il percevra, durant cette période, l'intégralité de son traitement, de l'indemnité de résidence, du supplément familial de traitement, ainsi que des primes et indemnités afférentes à son grade et à l'échelon auquel il est parvenu.

Il est par ailleurs recommandé d'indiquer à l'agent qu'il devra, lorsqu'il sera guéri ou que son état de santé sera stabilisé (voir fiche « Sortie du CITIS » §1.a) Envoi du certificat final) envoyer un certificat médical constatant cette guérison ou consolidation à son service RH.

[1] Congé de maladie, congé de longue maladie ou congé de longue durée

[2] Application des articles L.3252-2, R.3252-2, R. 3252-3 et R.3252-4 du code du travail, conformément aux articles L 212-1 et L 212-2 du code des procédures civiles d'exécution.

➢ Régularisation des congés

L'agent qui a déposé une déclaration d'accident de service ou de maladie professionnelle et qui a transmis à son employeur un arrêt de travail est, dans l'attente de la décision de son employeur, placé en congé de maladie (voir fiche « Actions de l'employeur en vue de l'octroi d'un CITIS » §6. Situation de l'agent dans l'attente de la décision de l'employeur et délais pour l'employeur).

Il convient donc, lorsque la décision de reconnaissance est prise, de régulariser sa situation et de le placer en congé pour invalidité temporaire imputable au service à compter du premier jour du congé de maladie initialement accordé.

➢ Prolongation des arrêts de travail

Les arrêts de travail postérieurs à la décision de reconnaissance de l'imputabilité au service sont transmis à l'administration dans le respect des conditions de l'article 47-2 du décret du 14 mars 1986, à savoir un envoi dans les 48 heures (voir fiche « Démarches de l'agent » §2. b) Délai de transmission de l'arrêt de travail).

L'administration prend alors un nouvel acte de gestion prolongeant l'agent dans le CITIS. Dans la situation où elle s'interroge sur le lien entre le nouvel arrêt de travail et l'accident ou la maladie reconnu imputable au service, elle met en œuvre la procédure de contre-visite prévue à l'article 47-10 du décret du 14 mars 1986 (voir infra § 3. a) Contrôle médical).

➢ Information du médecin de prévention et du CHSCT

Décret n°82-453 du 28 mai 1982
Article 27
Le médecin de prévention est informé par l'Administration dans les plus brefs délais de chaque accident de service ou de travail et de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel.

Article 69 (extrait)
[…] le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail compétent pour le service ou l'agent concerné est réuni à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves.

Le médecin de prévention reçoit copie de toutes les déclarations de maladie professionnelle (voir fiche « Actions de l'employeur» §2. b) Rôle du médecin de prévention).

Il reçoit également copie des déclarations d'accident imputables au service.

Le CHSCT est informé des accidents et maladies reconnus imputables au service.

c) Voies de recours

La décision de l'employeur peut faire l'objet d'un recours administratif gracieux - adressé à l'auteur de la décision - ou hiérarchique - adressé au supérieur hiérarchique de l'auteur de la décision (*par exemple, au ministre de l'intérieur pour une décision prise par un préfet*).

Elle peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès d'un tribunal administratif.

2. Situation de l'agent en CITIS

a) Rémunération

Article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 (extrait)

I. […] Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à la mise à la retraite

Article 47-14 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986

Le bénéficiaire d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service conserve ses avantages familiaux.

Les fonctionnaires qui perçoivent une indemnité de résidence au moment où ils sont placés en congé pour invalidité temporaire imputable au service en conservent le bénéfice dans les conditions prévues à l'article 37.

Article 1er du décret n° 2010-997 du 26 août 2010 relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'Etat et des magistrats de l'ordre judiciaire dans certaines situations de congés

I. - 1° Le bénéfice des primes et indemnités versées aux fonctionnaires relevant de la loi du 11 janvier 1984 susvisée, aux magistrats de l'ordre judiciaire et, le cas échéant, aux agents non titulaires relevant du décret du 17 janvier 1986 susvisé est maintenu dans les mêmes proportions que le traitement en cas de congés pris en application de l'article 21 bis *de la loi du 13 juillet 1983 susvisée […]..*

L'agent en CITIS conserve jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à sa mise à la retraite :

- l'intégralité de son traitement ;
- ses primes et indemnités dans les conditions prévues à l'article 1er du décret du 26 août 2010 ;
- ses avantages familiaux ;
- son indemnité de résidence, s'il ne change pas de résidence ou s'il satisfait aux conditions de l'article 37 du décret du 14 mars 1986.

b) Prise en charge des frais et honoraires médicaux

Article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 (extrait)

I. [Le fonctionnaire en congé pour invalidité temporaire imputable au service] *a droit* […] *au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident.*

Les frais et soins pris en charge sont tous ceux qui sont exposés pour traiter les conséquences sur l'état de santé de l'agent de l'accident ou de la maladie dont il est atteint à la double condition :

- que ces conséquences soient effectivement rattachées à l'accident ou à la maladie reconnu imputable au service ;
- que ces frais soient directement liés au traitement de ces conséquences.

Ces frais sont pris en charge dès que la décision de placer l'agent en CITIS est prise. Lorsque l'agent a engagé de tels frais dans l'attente de la décision de l'administration, ils lui sont alors remboursés.

Les frais sont pris en charge jusqu'à ce que l'agent soit guéri, même après la reprise du travail.

(Voir liste indicative des frais susceptibles d'être pris en charge à la suite d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle en annexe 5 au présent guide)

La prise en charge des frais liés aux soins demeurant nécessaires est maintenue**, sous réserve de la double condition ci-dessus**, lorsque :

- sans qu'il y ait guérison totale, l'état de santé de l'agent est consolidé (voir fiche « Sortie du CITIS » Introduction) ;
- l'agent part en retraite.

c) Congés annuels et RTT

➢ Congés annuels

Par application de l'article 1er du décret n° 84-972 du 26 octobre 1984 relatif aux congés annuels des fonctionnaires de l'Etat, l'agent en CITIS conserve ses droits à congés annuels.

Les règles habituelles en cas de report de congés s'appliquent également en matière de CITIS.

➢ RTT

Par application de l'article 115 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, les périodes pendant lesquelles l'agent est en CITIS ne peuvent générer de temps de repos lié au dépassement de durée annuelle du travail.

d) Avancement et retraite

Article 47-17 Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)

Le temps passé en congé pour invalidité temporaire imputable au service, y compris les périodes durant lesquelles le versement du traitement a été interrompu en application du présent titre, est pris en compte pour la détermination des droits à l'avancement d'échelon et de grade ainsi que pour la constitution et la liquidation des droits à pension civile de retraite.

Les périodes pendant lesquelles un agent est placé en CITIS :

➢ ouvrent droit à avancement d'échelon et de grade ;
➢ sont prises en compte pour la constitution et la liquidation des droits à retraite.

e) Vacance d'emploi

Article 47-11 Décret n° 86-442 du 14 mars 1986

Lorsqu'un fonctionnaire est en congé pour invalidité temporaire imputable au service depuis plus de douze mois consécutifs, son emploi peut être déclaré vacant.

Pendant les douze premiers mois d'un CITIS, l'agent blessé ou malade conserve son emploi. Au-delà, l'administration peut déclarer la vacance du poste.

Cette déclaration de vacance n'est ni obligatoire, ni automatique et n'est possible qu'après 12 mois **consécutifs** de CITIS. Plusieurs critères peuvent être pris en compte pour déclarer ou non la vacance du poste, notamment :

- la continuité du service ;
- le fait que bien qu'ayant dépassé le 12 mois consécutifs de CITIS, l'agent est susceptible de reprendre le service à brève échéance.

f) Reprise de fonctions

A l'issue d'une période de CITIS, l'agent reprend son activité professionnelle sans formalité spécifique.

L'organisation d'une visite avec le médecin de prévention est une bonne pratique, selon les situations, nomment au regard d'un éventuel aménagement du poste de travail de l'agent.

- Temps complet et temps partiel thérapeutique

La reprise de fonctions se fait à temps complet, sauf demande de l'agent ou indication contraire du médecin traitant de l'agent qui doit alors établir un certificat médical en ce sens.

L'autorisation de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique est accordée par l'administration après avis concordant du médecin agréé ou, lorsque les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants, de la commission de réforme.

Le travail à temps partiel thérapeutique après CITIS peut être accordé pour une période d'une durée maximale de six mois renouvelable une fois.

(Voir article 34 *bis* de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 et circulaire du ministère de l'action et des comptes publics du 15 mai 2018 relative au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique)

- Affectation à la reprise

L'agent reprend ses fonctions sur le poste auquel il était affecté au moment de son placement en CITIS sauf si son emploi a été déclaré vacant (cf. § 2. e) « Vacance d'emploi » ci-dessus) ou a été supprimé.

Article 47-12 Décret n° 86-442 du 14 mars 1986

Au terme du congé pour invalidité temporaire imputable au service, le fonctionnaire apte à reprendre ses fonctions est réintégré dans son emploi ou, à défaut, réaffecté dans un emploi correspondant à son grade, le cas échéant en surnombre. Lorsqu'il est réintégré en surnombre, ce surnombre est résorbé à la première vacance d'emploi de son grade.

Dans ces dernières situations, l'agent est réintégré en surnombre si nécessaire dans un emploi correspondant à son grade.

- Reclassement

L'agent devenu inapte, temporairement ou définitivement, à exercer les fonctions de son corps, peut bénéficier d'une période préparatoire au reclassement et être reclassé dans un autre corps après avis du comité médical dans les conditions du décret du 30 novembre 1984[3]

Le comité médical est saisi au vu des conclusions d'expertise par un médecin agréé que l'administration aura diligentée dans l'hypothèse où elle pressent l'inaptitude de l'agent ou à la demande de l'agent.

3. Obligations de l'agent en CITIS

a) Contrôle médical

L'agent dont l'accident ou la maladie a été reconnu imputable au service, et qui peut à ce titre bénéficier d'un CITIS avec maintien de sa rémunération et prise en charge de ses frais et honoraires médicaux, doit se soumettre, sous peine de suspension de sa rémunération, à différents contrôles de son état de santé.

Ce contrôle médical est effectué par un médecin agréé du lieu le plus proche du domicile ou du lieu de séjour (voir § b) infra) que l'agent a signalé à son employeur

Dans tous les cas,
L'administration qui fait procéder à expertise médicale doit, lorsqu'elle saisit le médecin agréé, lui préciser que
seules les conclusions de cette expertise doivent lui être transmises
et que le rapport complet d'expertise doit être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel – secret médical »

La remise d'une enveloppe à cet effet lors de la saisine du médecin agréé et la mise en place de circuit de courrier adapté est une bonne pratique de nature à protéger le secret médical, l'agent ayant toujours la possibilité de connaître le détail d'une expertise médicale le concernant.

L'agent et l'administration ont, chacun, la possibilité de saisir la commission de réforme pour avis des conclusions du médecin agréé.

[3] Décret n° 84-1051 du 30 novembre 1984 pris en application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat en vue de faciliter le reclassement des fonctionnaires de l'Etat reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986
Article 47-10

Lorsqu'un fonctionnaire est en congé pour invalidité temporaire imputable au service, l'administration peut faire procéder à tout moment à sa contre-visite par un médecin agréé. Elle procède obligatoirement à cette contre-visite au moins une fois par an au-delà de six mois de prolongation du congé initialement accordé.
La commission de réforme compétente peut être saisie pour avis, soit par l'administration, soit par l'intéressé, des conclusions du médecin agréé.

Article 47-13

Lorsque l'administration ou la commission de réforme fait procéder à une expertise médicale ou à une contre-visite de l'agent, celui-ci doit se soumettre à la visite du médecin agréé sous peine d'interruption du versement de sa rémunération jusqu'à ce que cette visite soit effectuée.

- Contre visite annuelle obligatoire au-delà de 6 mois de CITIS

Lorsqu'un agent est en CITIS depuis plus de 6 mois, son employeur a obligation de le faire examiner par un médecin agréé au moins une fois par an.

Cette contre-visite permet de s'assurer que :

- l'état de santé de l'agent justifie son maintien en arrêt de travail ;
- que cet état de santé demeure lié à l'accident ou à la maladie dont il a été victime et qui a été reconnu imputable au service ;
- que la prise en charge des frais et honoraires médicaux demandée est en lien avec cet accident ou cette maladie.

Au-delà de douze mois de CITIS en continu, elle peut également permettre à l'employeur de s'assurer que l'inaptitude de l'agent à ses fonctions demeure temporaire.

Si les conclusions de l'expertise indiquent que cette inaptitude est définitive, l'employeur doit saisir le comité médical qui se prononcera sur l'inaptitude à l'exercice des fonctions de son corps, avec possibilité de reclassement, ou à l'exercice de toutes fonctions, sans possibilité de reclassement.

Dans certaines situations la question de l'aptitude aux fonctions du corps de l'agent peut être posée sans délai (*par exemple, agent astreint au port d'armes*).

En cas d'impossibilité de reclassement, il entreprendra les démarches en vue de sa mise à la retraite pour invalidité (voir fiche « Sortie du CITIS » §2. Inaptitude définitive de l'agent : reclassement et retraite pour invalidité).

Il est recommandé, en conséquence, pour toute expertise médicale sollicitée au-delà de 12 mois de CITIS en continu de demander au médecin agréé, en complément des points évoqués ci-dessus :

- si l'inaptitude de l'agent à exercer ses fonctions demeure provisoire ;
- dans la négative, si son état de santé permet d'envisager un reclassement dans un autre corps ;
- dans la négative, d'indiquer le taux d'invalidité de l'agent.

- Contre-visite sur demande de l'employeur à tout moment

En dehors de la contre-visite annuelle obligatoire, l'administration a la possibilité, à tout moment, de vérifier si l'état de santé de l'agent nécessite son maintien en CITIS et si les frais et honoraires médicaux dont la prise en charge lui est demandée sont en lien avec ce CITIS.

Afin de ne pas augmenter la charge des médecins agréés, la limitation du nombre de contre-visite à trois par an est recommandée.

b) Changement de domicile et absences

Dès qu'il s'absente – temporairement ou définitivement- de son domicile plus de deux semaines, et sauf s'il est hospitalisé, l'agent doit en informer son employeur.

Il lui indique à cette occasion :

- l'adresse / les adresses de son lieu de séjour ;
- la durée de ce séjour.

S'il ne satisfait pas à cette obligation, sa rémunération peut être suspendue jusqu'à ce qu'il communique à l'administration ses nouvelles coordonnées.

Article 47-15 Décret n°86-442 du 14 mars 1986

Le fonctionnaire bénéficiant d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service informe l'administration de tout changement de domicile et, sauf cas d'hospitalisation, de toute absence du domicile supérieure à deux semaines. Il informe l'administration de ses dates et lieux de séjour.

A défaut, le versement de la rémunération du fonctionnaire peut être interrompu.

c) Exercice d'une activité rémunérée

Un agent en CITIS ne peut pas exercer d'activité rémunérée en dehors des activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation, de la production des œuvres de l'esprit et de droits d'auteurs, référencées aux articles L. 112-1, L. 112-2 et L. 112-3 du code de la propriété intellectuelle.

S'il ne satisfait pas à cette obligation, sa rémunération peut être suspendue jusqu'à ce qu'il cesse son activité rémunérée non autorisée.

Article 47-16 Décret n° 86-442 du 14 mars 1986

Le bénéficiaire d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service doit cesser toute activité rémunérée, à l'exception des activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation et des activités mentionnées au premier alinéa du V de l'article 25 septies *de la loi du 13 juillet 1983 précitée.*

En cas de non-respect de cette obligation, l'administration procède à l'interruption du versement de la rémunération et prend les mesures nécessaires pour faire reverser les sommes indûment perçues par l'intéressé au titre du traitement et des accessoires.

La rémunération est rétablie à compter du jour où l'intéressé a cessé toute activité rémunérée non autorisée.

VI. Sortie du CITIS

1. *Guérison ou consolidation de l'agent*

a) Envoi du certificat final

- **Envoi du certificat par l'agent**
- **Démarches de l'administration**

b) Prise en charge des rechutes

- **Notion de rechute**
- **Déclaration de rechute par l'agent et instruction par l'administration**

2. *Inaptitude définitive de l'agent : reclassement et retraite pour invalidité*

La reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie permet à l'agent de bénéficier des dispositions relatives au CITIS jusqu'à ce qu'il puisse reprendre le service, s'il y a lieu après reclassement, ou qu'il soit admis à la retraite. La stabilisation de l'état de santé de l'agent doit être portée à la connaissance de l'employeur qui peut alors clôturer le dossier d'accident de service ou de maladie professionnelle de l'agent sans que cela fasse obstacle à la prise en charge ultérieure d'une éventuelle rechute.

La stabilisation de l'état de santé de l'agent peut prendre différentes formes :

- guérison totale avec retour à l'état de santé antérieur à l'accident ou la maladie ;
- consolidation, ou guérison partielle avec des séquelles liées à l'accident ou à la maladie ;
- incapacité permanente de continuer toutes fonctions.

La consolidation correspond à un état de santé stabilisé qui a atteint un stade auquel il ne peut plus s'améliorer et ne nécessite plus de soins en dehors de soins d'entretien visant à ce qu'il ne se dégrade pas.

1. Guérison ou consolidation de l'agent

Dans ces situations, la notion de stabilisation de l'état de santé est indépendante de la capacité de l'agent à reprendre ses fonctions.

Exemple : le 15 février, un agent fait une chute dans le cadre de son service et souffre de douleurs à la cheville. Il consulte son médecin qui diagnostique une entorse et l'arrête aussitôt.
Le 30 mars, l'état de santé de l'agent s'est amélioré, il peut marcher mais n'a pas retrouvé une parfaite mobilité de sa cheville. Son médecin l'autorise à reprendre le travail et lui prescrit des séances de rééducation.
Le 5 mai, à l'issue de ses séances de rééducation, son médecin constate

- *hypothèse 1 : qu'il est totalement guéri ;*
- *hypothèse 2 : que son état est stabilisé mais qu'il subsiste des séquelles.*

Dans les deux cas, il établit un certificat final en date du 5 mai.
L'administration place l'agent en CITIS du 15 février au 30 mars et prend en charge les frais et honoraires directement liés à cet accident :

- *jusqu'au 5 mai dans l'hypothèse 1 ;*

➢ *au-delà du 5 mai si nécessaire dans l'hypothèse 2.*

a) Envoi du certificat final

➢ Envoi du certificat par l'agent

Article 47-18 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)
Lorsqu'il est guéri ou que les lésions résultant de l'accident de service, de l'accident de trajet ou de la maladie professionnelle sont stabilisées, le fonctionnaire transmet à l'administration un certificat médical final de guérison ou de consolidation.

De la même façon que l'agent victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle aura fait constater son état de santé initial par un médecin, il fait également constater par un médecin sa guérison ou sa consolidation.

Ces indications peuvent être portées par le médecin sur le formulaire *cerfa* n° 11138 « certificat médical accident du travail- maladie professionnelle » à la rubrique « conclusions » qui sera transmis par l'agent à son employeur.

➢ Démarches de l'administration

Le service RH complète le dossier de l'agent par la production de ce certificat final.

Dans l'hypothèse où ce certificat évoque des séquelles, il entreprend les démarches en vue de leur indemnisation éventuelle.

En effet, le fonctionnaire qui a été atteint d'une invalidité résultant d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente peut, sous certaines conditions, prétendre à une allocation temporaire d'invalidité (ATI) cumulable avec son traitement.

Voir éléments d'information relatifs à l'allocation temporaire d'invalidité sur le site du Service des Retraites de l'Etat.

b) Prise en charge des rechutes

Article 47-18 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)
Toute modification dans l'état de santé du fonctionnaire, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison ou de consolidation de la blessure et qui entraîne la nécessité d'un traitement médical peut donner lieu à un nouveau congé pour invalidité temporaire imputable au service et au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement correspondants.

La constatation de la guérison ou de la consolidation de l'état de santé de l'agent n'exclut en aucun cas l'éventualité d'une rechute qui peut être prise en charge par l'administration sous réserve de satisfaire à différents critères.

➢ Notion de rechute

La rechute d'un accident de service se caractérise par la récidive ou l'aggravation subite et naturelle de l'affection initiale après sa consolidation sans intervention d'une cause extérieure

La rechute est constituée au vu de différents critères :

- caractère spontané des nouveaux troubles qui doivent résulter de l'évolution de l'état de santé de l'agent et non d'un nouveau fait traumatique, auquel cas il y aurait un nouvel accident ;

- imputabilité de ces nouveaux troubles à l'accident de service initial ;
- modification de l'état de l'agent même s'il avait été déclaré guéri ou consolidé ;
- nécessité d'un traitement médical avec ou sans arrêt de travail.

➢ **Déclaration de rechute par l'agent et instruction par l'administration**

Article 47-18 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)
La rechute est déclarée dans le délai d'un mois à compter de sa constatation médicale. La déclaration est transmise dans les formes prévues à l'article 47-2 à l'administration d'affectation du fonctionnaire à la date de cette déclaration.

L'administration apprécie la demande de l'agent dans les conditions prévues au présent titre.

La déclaration de rechute est effectuée par l'agent dans les mêmes conditions de forme que la déclaration initiale d'accident de service ou de maladie professionnelle (voir fiche « Démarches de l'agent pour obtenir un CITIS ». §1. Déclaration à l'employeur).

En cas d'arrêt de travail, cet arrêt doit impérativement, comme tout arrêt de travail, être transmis à l'administration dans les 48 heures suivant son établissement (voir fiche « Démarches de l'agent pour obtenir un CITIS ». §2. b) Délai de transmission de l'arrêt de travail).

Le délai de déclaration de rechute est, dans tous les cas, d'un mois à compter de la constatation médicale de la rechute. Il n'est pas prévu de possibilités de dérogation à ce délai.

2. Inaptitude définitive de l'agent : reclassement et retraite pour invalidité

- Lorsque la stabilisation de l'état de santé de l'agent conduit à un constat d'inaptitude permanente et définitive à continuer d'exercer ses fonctions, le fonctionnaire est reclassé si son état de santé permet d'exercer des fonctions relevant d'un autre grade ou corps de la fonction publique de l'État. Le cas échéant, l'agent bénéficie, s'il le souhaite, de la période de préparation au reclassement.
- Lorsque l'agent est définitivement inapte à toutes fonctions ou qu'il n'a pas pu bénéficier d'une solution de reclassement, l'agent est radié des cadres et admis à la retraite pour invalidité. Il peut, sous certaines conditions, prétendre à une rente viagère d'invalidité (RVI) cumulable avec sa pension de retraite.

  (Voir éléments d'information relatifs à la retraite pour invalidité sur le site du Service des Retraites de l'Etat).

- Le constat d'inaptitude définitive peut intervenir dans le cadre d'une contre-visite sur demande de l'employeur à tout moment ou de la contre visite annuelle obligatoire au-delà de 6 mois de CITIS (voir fiche « Décision de l'employeur et situation de l'agent en CITIS ». §3. a) Contrôle médical).

VII. Situation des fonctionnaires en retraite ou en mobilité

1. Retraite
   a) Accident ou maladie déclarés avant la radiation des cadres
   b) Maladie survenue postérieurement à la radiation des cadres
2. Situation des fonctionnaires en mobilité
   a) Accident ou maladie pendant la mobilité
   b) Accident ou maladie avant la mobilité
   c) Rechute liée à un accident ou une maladie reconnus par un autre employeur
   d) Cas particulier : la mise à disposition
   e) Mobilité dans un emploi ne conduisant pas à pension
   f) Synthèse

1. Retraite

La radiation des cadres et l'admission à la retraite, pour quelque motif que ce soit, si elles ne permettent plus le placement en CITIS, n'éteignent pas les droits à prise en charge de frais et honoraires médicaux d'un agent victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle.

Article 47-19 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986

Le fonctionnaire retraité peut demander à l'administration ayant prononcé sa radiation des cadres à bénéficier, dans les conditions prévues par le présent titre, des dispositions relatives au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par :

1° L'accident ou la maladie reconnu imputable au service dont a découlé sa radiation des cadres en application de l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ;
2° La rechute d'un accident ou d'une maladie reconnu imputable au service survenu alors qu'il était en activité ;
3° La survenance d'une maladie imputable au service déclarée postérieurement à sa radiation des cadres.

a) Accident ou maladie déclarés avant la radiation des cadres

Les droits de l'agent sont maintenus :

- lorsque l'accident de service ou la maladie professionnelle est la cause de son départ en retraite pour invalidité (voir fiche « Sortie du CITIS ». §2. Inaptitude définitive de l'agent : reclassement et retraite pour invalidité) ;

Exemple 1 : en 2018, un agent est victime d'un accident de trajet. Gravement blessé, il est placé en CITIS.
En 2019, après 18 mois de CITIS, son état de santé s'est amélioré mais nécessite encore de nombreux soins et son inaptitude permanente et définitive à continuer ses fonctions est établie, sans possibilité de reclassement.
L'agent est mis à la retraite pour invalidité et les honoraires médicaux et les frais liés à cet accident continuent d'être pris en charge.

- lorsque son départ en retraite n'est pas lié à l'accident de service ou à la maladie professionnelle dont il a été victime ;

Exemple 2 : en 2015, un agent a été victime d'un accident de service. Placé en CITIS pendant 3 mois, il a repris son activité.
En 2017, son état a été consolidé mais nécessite une cure annuelle.
En 2019, il prend sa retraite.
Si son état de santé le justifie, les frais de cure directement rendus nécessaires par l'accident de 2015 continuent d'être pris en charge pendant sa retraite.

- lorsqu'il est victime d'une rechute après son départ en retraite ;

Dans cette situation, ses droits sont établis de la même façon que s'il était encore en activité (voir fiche « Sortie du CITIS ». §1. b) Prise en charge des rechutes).

Exemple 3 : en 2015, un agent a été victime d'un accident de service. Il a été hospitalisé et opéré.
Placé en CITIS pendant 6 mois, il a repris son activité.
En 2017, son état a été consolidé.
En 2019, il prend sa retraite.
En 2020, il doit subir une nouvelle opération, en lien avec celle de 2015, qui est reconnue comme rechute de la précédente.
Les frais liés à cette opération sont pris en charge par l'administration.

b) Maladie survenue postérieurement à la radiation des cadres

De nombreuses maladies professionnelles ne se manifestent pas immédiatement après l'exposition au risque qui les provoque. Le délai qui s'écoule entre cette exposition et les premières manifestations de la maladie, ou « période de latence », peut parfois s'étendre jusqu'à plusieurs décennies.

La déclaration d'une maladie professionnelle postérieurement au départ d'un agent en retraite doit donc être instruite de la même façon que toute autre maladie professionnelle dans le respect des conditions de délais de déclaration (voir fiche « Démarches de la victime pour obtenir un CITIS ». §2 a) Délais de déclaration).

2. Situation des fonctionnaires en mobilité

Conformément aux dispositions de l'article 14 de la loi du 13 juillet 1983, l'accès des fonctionnaires de l'Etat aux deux autres fonctions publiques, ainsi que leur mobilité au sein de chacune de ces trois fonctions publiques, constituent des garanties fondamentales de leur carrière.

Lorsque, au titre de cette mobilité, l'agent occupe un emploi conduisant à pension du code des pensions civiles et militaires de retraite (position normale d'activité[1], mise à disposition[2], détachement[2], intégration directe[2]), il conserve les droits liés au CITIS mais la mise en œuvre de ces droits s'exerce de façon spécifique selon la situation dans laquelle il se trouve.

L'ensemble de ces dispositions s'appliquent à l'identique aux agents de la fonction publique territoriale ou hospitalière qui effectuent une mobilité dans un service de l'Etat.

Lorsqu'un agent a, avant d'être fonctionnaire, exercé une activité professionnelle relevant des dispositions du régime général de sécurité sociale ou d'un régime spécial de sécurité sociale (hors régime spécial des fonctionnaires), les accidents, maladies ou rechutes liés à cette période d'activité ne bénéficient pas des dispositions de l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 et n'ouvrent pas droit au CITIS.

a) Accident ou maladie pendant la mobilité

Article 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)

Un fonctionnaire de l'Etat qui effectue une mobilité dans un emploi conduisant à pension dans les conditions prévues à l'article 14 de la loi du 13 juillet 1983 précitée peut demander le bénéfice d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service :

1° Au titre d'un accident survenu ou d'une maladie contractée pendant sa mobilité. Le congé est accordé par l'employeur d'affectation du fonctionnaire au moment de la déclaration dans les conditions prévues au présent titre ;

Si l'accident ou la maladie survient pendant la mobilité de l'agent et, pour la maladie, si elle est liée à l'activité professionnelle exercée pendant cette mobilité, l'employeur d'accueil de l'agent prend en charge les arrêts de travail éventuels au titre du CITIS ainsi que les frais et honoraires médicaux liés à l'accident ou à la maladie dans les conditions du titre VI *bis* du décret n°86-442.

[1] Décret n°2008-370 du 18 avril 2008

[2] Décret n°85-986 du 16 septembre 1985

b) Accident ou maladie avant la mobilité

Article 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)

Un fonctionnaire de l'Etat qui effectue une mobilité dans un emploi conduisant à pension dans les conditions prévues à l'article 14 de la loi du 13 juillet 1983 précitée peut demander le bénéfice d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service :

[…]

2° Au titre d'une maladie contractée avant sa mobilité pendant une période d'activité dans un emploi conduisant à pension auprès d'un autre employeur public relevant de la loi du 13 juillet 1983 précitée. Le congé est accordé par l'employeur d'affectation du fonctionnaire au moment de la déclaration, après avis de l'employeur d'origine, dans les conditions prévues au présent titre ;

[…]

Dans les situations mentionnées aux 2° […], les sommes versées par l'employeur d'accueil au titre du maintien de traitement, des honoraires médicaux et des frais directement entrainés par l'accident ou la maladie ainsi que les cotisations et contributions versées par lui sont remboursées par l'employeur d'origine.

Si **la maladie** survient pendant la mobilité de l'agent et si elle est liée à une activité professionnelle antérieure à cette mobilité, l'employeur d'accueil de l'agent prend l'attache de l'employeur auprès duquel l'agent exerçait les fonctions à l'origine de sa maladie. Au terme de l'instruction de la déclaration déposée par l'agent, si l'imputabilité au service de cette maladie est reconnue, l'employeur d'accueil prend la décision de reconnaissance et prend en charge les arrêts de travail éventuels au titre du CITIS ainsi que les frais et honoraires médicaux liés à cette maladie.

Le dernier alinéa de l'article 47-20 du décret du 14 mars 1986 prévoit par ailleurs le remboursement par l'employeur d'origine à l'employeur d'accueil des frais liés à la rémunération, aux cotisations et contributions versées au titre du CITIS.

Exemple 4 :
De 2000 à 2018 l'agent exerce son activité au sein du ministère A
En 2019 il est affecté en position normale d'activité auprès du ministère B
En 2020, il déclare une maladie professionnelle liée à son activité auprès du ministère A.

Il adresse sa déclaration de maladie au ministère B.
Celui-ci instruit sa demande en lien avec le ministère A.
La décision de reconnaissance d'imputabilité au service est prise par le ministère B qui, le cas échéant, place l'agent en CITIS, prend en charge ses frais et honoraires médicaux et demande au ministère A le remboursement des frais, rémunérations et cotisations et contributions versées au titre du CITIS.

Exemple 5 :
De 2000 à 2018 l'agent exerce son activité au sein du ministère A
En 2019 il est détaché auprès de la commune B
En 2020, il déclare une maladie professionnelle liée à son activité auprès du ministère A.

Il adresse sa déclaration de maladie à la commune B.
Celle-ci instruit sa demande en concertation avec le ministère A.
La décision de reconnaissance d'imputabilité au service est prise par la commune B qui, le cas échéant, place l'agent en CITIS, prend en charge ses frais et honoraires médicaux et demande au

ministère A le remboursement des frais, rémunérations et cotisations et contributions versées au titre du CITIS.

Il peut également arriver qu'un agent en mobilité déclare un **accident** survenu pendant l'affectation précédent sa mobilité. Il est alors recommandé d'appliquer les mêmes principes.

Exemple 6 :
Un agent exerce son activité au sein du ministère A.
Le 4 décembre 2018, il fait une chute, mais ne consulte pas son médecin.
Le 1er janvier 2019 il est affecté en position normale d'activité auprès du ministère B
Le 15 janvier 2019, il consulte son médecin pour des douleurs à la cheville et souhaite faire reconnaitre sa chute comme accident de service (il satisfait toujours aux conditions de délai de déclaration d'accident prévues à l'article 47-3).
Il adresse, dans un délai de quinze jours à compter de la constatation médicale de son état, une déclaration d'accident de service du ministère B.
Celui-ci instruit sa demande en lien avec le ministère A.
La décision de reconnaissance d'imputabilité au service est prise par le ministère B qui, le cas échéant, place l'agent en CITIS et prend en charge ses frais et honoraires médicaux.

c) Rechute liée à un accident ou une maladie reconnus par un autre employeur

Article 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)
Un fonctionnaire de l'Etat qui effectue une mobilité dans un emploi conduisant à pension dans les conditions prévues à l'article 14 de la loi du 13 juillet 1983 précitée peut demander le bénéfice d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service :
[…]
3° Au titre d'une rechute liée à un accident ou une maladie antérieurement reconnu imputable au service et survenu pendant une période d'activité dans un emploi conduisant à pension auprès d'un autre employeur public relevant de la loi du 13 juillet 1983 précitée. Le congé est accordé par l'employeur d'affectation du fonctionnaire à la date de la déclaration de rechute, après avis de l'employeur d'origine, dans les conditions prévues au présent titre et au regard de la décision de reconnaissance d'imputabilité dont bénéficie le fonctionnaire.
Dans les situations mentionnées aux […] 3°, les sommes versées par l'employeur d'accueil au titre du maintien de traitement, des honoraires médicaux et des frais directement entrainés par l'accident ou la maladie ainsi que les cotisations et contributions versées par lui sont remboursées par l'employeur d'origine.

Un agent qui a été victime, avant sa mobilité et en tant que fonctionnaire, d'un accident ou d'une maladie reconnu imputable au service, peut, s'il rechute pendant une période de mobilité, bénéficier des dispositions du titre VI du décret du 14 mars 1986.

Son employeur d'accueil prend l'attache de l'employeur qui a pris en charge l'accident de service ou la maladie professionnelle d'origine. Au terme de l'instruction de la déclaration déposée par l'agent, si la rechute est reconnue imputable à l'accident ou maladie d'origine, l'employeur d'accueil place l'agent en CITIS et prend en charge les arrêts de travail éventuels au titre du CITIS ainsi que les frais et honoraires médicaux liés à cette maladie.

Il est procédé au remboursement par l'employeur d'origine à l'employeur d'accueil des frais liés à la rémunération, aux cotisations et contributions versées au titre du CITIS dans les mêmes conditions qu'au paragraphe b) ci-dessus.

d) Cas particulier : la mise à disposition

Article 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (extrait)

En cas de mise à disposition, les dispositions du présent article sont applicables sans préjudice de celles de l'article 8 du décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime particulier de certaines *positions des fonctionnaires de l'Etat, à la mise à disposition, à l'intégration et à la cessation définitive de fonctions.*

Article 8 du décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 (extrait)

L'administration d'origine prend à l'égard des fonctionnaires qu'elle a mis à disposition les décisions relatives aux congés prévus à l' article 21 bis de la loi du 13 juillet 1983 […] après avis du ou des organismes d'accueil.
[…].
L'administration d'origine supporte les charges qui peuvent résulter de l'application [de l'] article 21 bis de la loi du 13 juillet 1983 […].

Lorsqu'un agent en mobilité par voie de mise à disposition est victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, c'est toujours l'administration d'origine, après avis de l'organisme d'accueil, qui prend la décision de reconnaissance d'imputabilité au service de cet accident ou de cette maladie.et supporte les charges qui en résultent.

e) Mobilité dans un emploi ne conduisant pas à pension

Un accident ou une maladie qui survient alors que l'agent est en mobilité dans un emploi ne conduisant pas à pension (disponibilité pour création d'entreprise, par exemple, ou position hors cadre auprès d'un organisme international) ne bénéficie pas, à ce titre, des dispositions de l'article 21 *bis* de la loi du 13 juillet 1983. C'est le régime des accidents et maladies d'origine professionnelle applicable à son contrat qui définit le régime qui lui est applicable.

f) Synthèse

Le tableau ci-dessous reprend les différentes dispositions précisées aux paragraphes précédents, précise la commission de réforme compétente et le mode de gestion à la fin de la mobilité.

<table>
<tr><th colspan="3">Situation</th><th>Instruction</th><th>CR compétente</th></tr>
<tr><td colspan="3">Accident ou maladie pendant une mise à disposition</td><td>Administration d'origine après avis de l'organisme d'accueil</td><td>CR employeur origine</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Accident ou maladie contracté ou déclaré pendant une mobilité (hors mise à disposition)</td><td colspan="2">Accident ou maladie pendant la mobilité</td><td>Employeur accueil</td><td>CR employeur accueil</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Déclaration d'un accident ou d'une maladie dont l'origine est antérieure à la mobilité</td><td>Origine pendant période activité dans un emploi conduisant à pension</td><td>Employeur accueil après avis employeur origine</td><td>CR employeur accueil</td></tr>
<tr><td>Origine pendant période activité dans un emploi ne conduisant pas à pension</td><td>Arrêts maladie relèvent du COM CLM ou CLD</td><td></td></tr>
<tr><td>Rechute d'une maladie ou</td><td>Rechute pendant période activité dans</td><td>Employeur accueil après avis employeur</td><td>CR employeur accueil</td></tr>
</table>

	d'un accident reconnu antérieurement par un autre employeur	un emploi conduisant à pension	origine	
		Maladie ou accident initialement pris en charge par un autre régime	Arrêts maladie relèvent du COM CLM ou CLD	
Inaptitude provisoire ou définitive à l'issue de la mobilité			Gestion par employeur origine	CR employeur origine

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et vous venez d'être victime d'un accident de service ou de trajet. Conformément aux dispositions des articles 47-1 à 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986[1], vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Si l'accident entraine un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement

INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUE).

Lieu de travail occasionnel : il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation.

Mission pour l'employeur : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que vous faisiez.

Description et nature de l'accident : décrivez l'événement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, *etc*.), ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse, *etc*.).

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse…), de machine, d'un véhicule, d'un chariot de manutention, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur…), du sol, *etc*.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aiguë, d'un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

Siège des lésions : Indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi

[1] Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance ……. Nom d'usage ……

Prénom ……

Date de naissance …… ……. ……..

N° Sécurité sociale : ……..

Adresse personnelle ……..

……

……

Tel personnel …. …. …. …. …. …. Mail personnel ……

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation ……

Adresse du service d'affectation ……

……

……

Tel professionnel …. …. …. …. …. …. Mail professionnel ……

Statut et catégorie de l'agent

☐ Stagiaire ☐ Titulaire Catégorie ☐ A ☐ B ☐ C

Corps : …… Grade : ……

Quotité de travail : …… %

Précisez les jours travaillés : ……

Métier / Fonction : …… Date d'entrée sur le poste : ……..

Activité habituelle :

☐ Bureau ☐ Atelier/terrain ☐ Enseignement

☐ Laboratoire ☐ Autre (à préciser) : ……

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : ....

Heure de l'accident : ....

Horaires de travail le jour de l'accident : .....

Horaires habituels *(si différents, à expliquer)* : .....

Lieu précis de l'accident : .....

.....

.....

Préciser s'il s'agit : *(plusieurs réponses possibles)*

☐ Lieu de travail habituel
☐ Lieu de travail occasionnel
☐ Lieu de restauration habituel
☐ Lieu de télétravail
☐ Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
☐ Au cours d'une mission pour l'employeur
☐ Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail
☐ Accident de circulation routière (*à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette …*)

Activité de la victime lors de l'accident *(Environnement -bureau, escalier, route ….- et tâche exécutée)* :

.....

.....

.....

.....

Description et nature de l'accident (*ex : chute, agression, collision…*) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Objet dont le contact a blessé la victime : .....

.....

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

Témoins ☐ Oui ☐ Non *(en l'absence de témoin indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)*

Nom, prénom, qualité *(et adresse si externe à l'administration)* :

……

……

Accident causé par un tiers ☐ Oui ☐ Non

Nom, prénom, adresse du tiers *(si connu)* :

……

……

Société d'assurance du tiers *(si connu)* : ……

Pièces jointes ☐ Certificat médical (*obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail*)

☐ Témoignages écrits ☐ Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers

☐ Dépôt de plainte ☐ Constat amiable

☐ Ordre de mission ☐ Bulletin d'hospitalisation

☐ Plans *(pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)*

☐ Autres (à préciser) : ……

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT

Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

Nature des lésions médicalement constatées

☐ Plaie et blessure ☐ Fracture ☐ Luxation, entorse, foulure
☐ Amputation ☐ Commotion, traumatisme ☐ Brûlure, gelure
☐ Empoisonnement, infection ☐ Asphyxie, noyade ☐ Choc
☐ Effets de température, de lumière, de radiations ☐ Effets du bruit, des vibrations, de la pression ☐ Blessures multiples
☐ Autres (*à préciser*) : ……

Siège des lésions (*préciser le ou les membres atteints) :* ……

……

Je soussigné (prénom et nom) ……

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à : …… Le (*date de déclaration*) : …… …… ……

Signature de l'agent
(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous-même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle.

Conformément aux dispositions des articles 47-1 à 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986[1], vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, une déclaration comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège de la maladie ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Cette déclaration doit être transmise dans un délai de deux ans à compter de :

- la date de la première constatation médicale de la maladie,
- ou de la date à laquelle vous avez été informé par un certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle,
- ou, en cas de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale alors que vous êtes déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

Si la maladie entraine un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement

MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE

Article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

1. Il s'agit tout d'abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.

2. Peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle, les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par l'exercice des fonctions et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délai de prise en charge, durée d'exposition ou liste limitative des travaux).

3. Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles peut également être reconnue imputable au service s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente au moins égale à 25 %.

COMMENT COMPLETER LE FORMULAIRE

Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se reporter au certificat médical.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi

Lieu d'exposition au risque : indiquer le ou les lieux d'exposition en précisant pour chaque lieu la période d'exposition (du … au …)

Fiche d'exposition au risque (Article L. 4163-1 du Code du travail) : fiche de suivi établie par un employeur lorsqu'une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels).

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale : à préciser par votre médecin

N'hésitez pas à fournir toutes précisions qui pourraient vous apparaître utiles

[1] Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance ……. Nom d'usage ……

Prénom ……

Date de naissance ……. ……. …….

N° Sécurité sociale : ……..

Adresse personnelle ……..

……

……

Tel personnel …. …. …. …. …. …. Mail personnel ……

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation ……

Adresse du service d'affectation ……

……

……

Tel professionnel …. …. …. …. …. …. Mail professionnel ……

Statut et catégorie de l'agent

☐ Stagiaire ☐ Titulaire Catégorie ☐ A ☐ B ☐ C

Corps : …… Grade : ……

Quotité de travail : …… %

Précisez les jours travaillés : ……

Métier / Fonction : ……. Date d'entrée sur le poste : ……..

Activité habituelle :

☐ Bureau ☐ Atelier/terrain ☐ Enseignement

☐ Laboratoire ☐ Autre (à préciser) : ……

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

Désignation de la maladie ……

Le cas échéant, numéro et titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R. 461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code : ……

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque *(s'il est connu)*

……

……

……

……

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition *(environnement, tâche exécutée, geste effectué, etc.)*

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Elément matériel éventuellement associé à la malade professionnelle *(machine, appareil, produit…)*

……

……

……

……

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies

Indiquer les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

……

……

……

Date de la première constatation médicale de la maladie : ……. ……. …….

Le cas échéant, date des arrêts de travail : du …….. au ……

du …….. au ……

du …….. au ……

Attestations de témoins éventuels ☐ Oui ☐ Non

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

……

……

Pièces jointes ☐ Certificat médical (*obligatoire*) ☐ Témoignages

☐ Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

☐ Pli confidentiel – secret médical **(à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel – secret médical »)**

☐ Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale

☐ Autres documents médicaux (*copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister*)

……

……

……

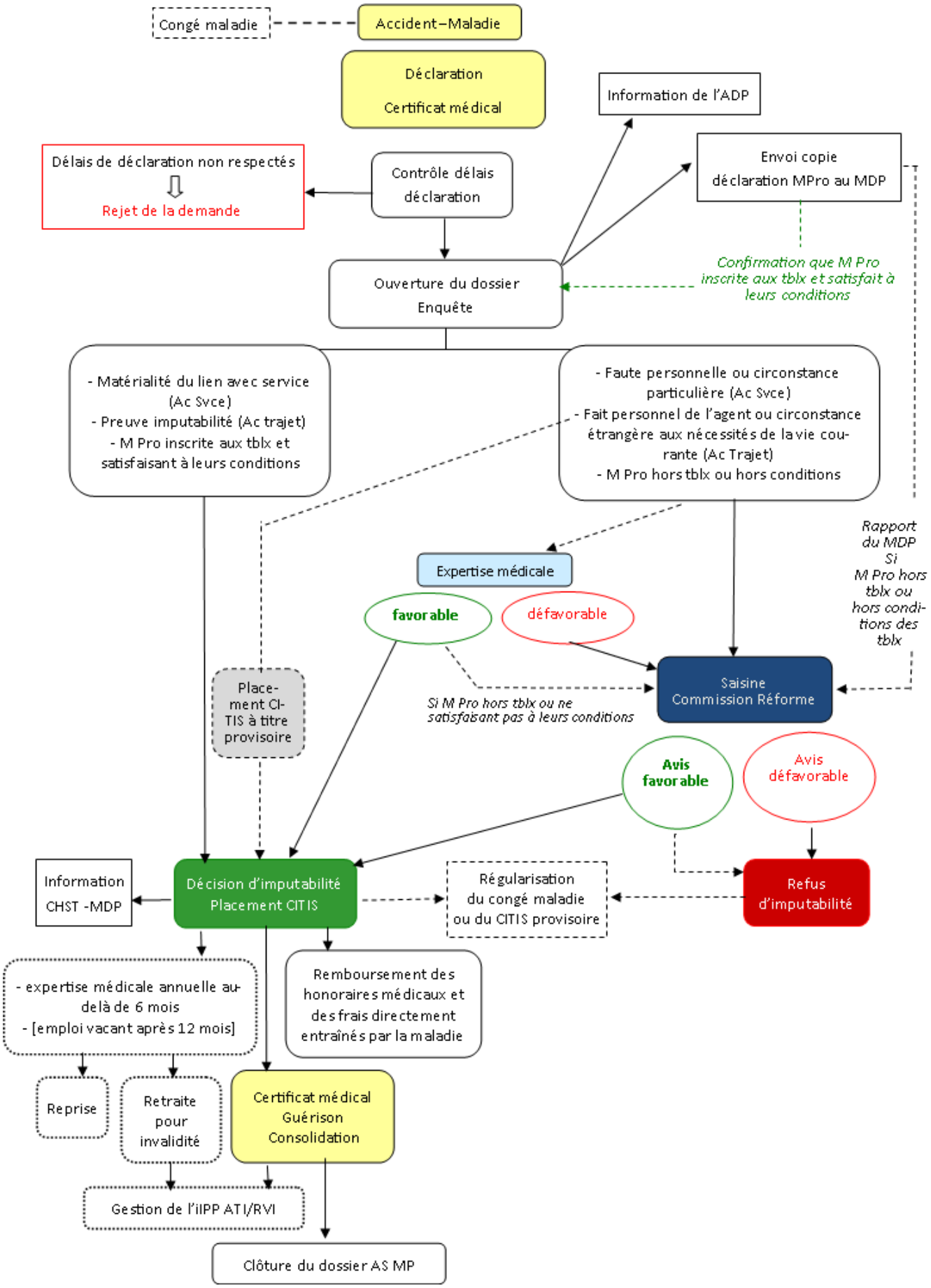
……

Je soussigné (prénom et nom) ……
certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à : …… Le (*date de déclaration*) : ……. ……. …….

Signature de l'agent
(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

Schéma de procédure



Liste indicative des frais susceptibles d'être pris en charge par l'administration à la suite d'un accident de service, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle

1. Les honoraires et frais médicaux ou chirurgicaux dus aux praticiens ainsi que les frais dus aux auxiliaires médicaux à l'occasion des soins nécessités par la maladie ou l'accident.

2. Les frais médicaux d'hospitalisation et, éventuellement, de cure thermale.

Il est préconisé de rembourser les frais de cures thermales selon les critères suivants :

- frais de transport depuis la résidence jusqu'à la station thermale avec maximum du prix d'un billet de chemin de fer 2ème classe, aller et retour ;
- frais de cure et honoraires médicaux ;
- frais d'hébergement.

3. Les frais de médicaments, d'analyses et examens de laboratoires et de fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments ;

4. Les frais résultant des visites ou consultations de contrôle et de la délivrance de tous les certificats médicaux exigés du fonctionnaire au cours de la procédure de constatation et de contrôle.

5. Les frais d'appareils de prothèse ou d'orthopédie rendus nécessaires par l'infirmité ;

6. Les frais de transport rendus nécessaires par l'accident remboursés, sur la base du moyen le plus économique, compte tenu des circonstances et de l'état de santé de l'intéressé ;

7. Les frais médicaux et de prothèse nécessités par les besoins de la réadaptation fonctionnelle ;

8. Les lunettes, verres de contact, prothèses dentaires et autres prothèses existantes et endommagées lors de l'accident :

- les verres sont remboursés dans leur intégralité ;

- le niveau de remboursement des montures doit permettre à l'agent de retrouver un appareillage adapté sans pour autant mettre à la charge de l'administration un choix effectué sur la base de critères esthétiques qui ne seraient pas directement nécessaires à la conservation de l'état de santé de l'agent ;

9. En cas d'accident ou de maladie suivi de mort, les frais funéraires dans la limite des frais exposés, et sans que leur montant puisse excéder le maximum fixé par la réglementation prévue en matière d'accident du travail.

Dans l'examen des demandes de remboursement, il est préconisé d'exercer un contrôle sur la légitimité des dépenses exposées :

- si le montant de ces dépenses est inférieur à 170 p. 100 du tarif de remboursement de la sécurité sociale, ce contrôle peut être limité à la vérification matérielle de l'exactitude du montant de ces dépenses ;

- si le montant de ces dépenses est égal ou supérieur à 170 p. 100 du tarif de remboursement de la sécurité sociale, ce contrôle comporte non seulement la vérification matérielle de l'exactitude du montant de ces dépenses, mais encore l'examen de leur utilité dont la preuve doit être strictement apportée par le fonctionnaire intéressé.

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES ET DES RELATIONS AVEC LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Décret n° 2019-172 du 5 mars 2019 instituant une période de préparation au reclassement au profit des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions

NOR : *TERB1830502D*

Publics concernés : *fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice des fonctions correspondant aux emplois de leur grade.*

Objet : *modalités de mise en œuvre de la période de préparation au reclassement.*

Entrée en vigueur : *le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.*

Notice : *le décret fixe, pour les fonctionnaires territoriaux, les modalités de mise en œuvre de la période de préparation au reclassement.*

Il détermine le point de départ de la période de préparation au reclassement. Il précise les objectifs de la période de préparation au reclassement et en détermine le contenu. Il fixe les modalités de déroulement de la période et rappelle la situation de l'agent durant cette période.

Références : *le présent décret et le décret qu'il modifie, dans sa rédaction issue de cette modification, peuvent être consultés, sur le site Légifrance (www.legifrance.gouv.fr).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, notamment son article 85-1 ;

Vu le décret n° 85-1054 du 30 septembre 1985 modifié relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions ;

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale en date du 26 septembre 2018 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 8 novembre 2018 ;

Le Conseil d'Etat (section de l'administration) entendu,

Décrète :

Art. 1er. – A l'article 1er du décret du 30 septembre 1985 susvisé, les mots : « l'état physique » sont remplacés par les mots : « l'état de santé ».

Art. 2. – L'article 2 du même décret est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 2.* – Lorsque l'état de santé d'un fonctionnaire territorial, sans lui interdire d'exercer toute activité, ne lui permet pas de remplir les fonctions correspondant aux emplois de son grade, l'autorité territoriale ou le président du Centre national de la fonction publique territoriale ou le président du centre de gestion, après avis du comité médical, propose à l'intéressé une période de préparation au reclassement en application de l'article 85-1 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée. L'agent est informé de son droit à une période de préparation au reclassement dès la réception de l'avis du comité médical, par l'autorité territoriale dont il relève.

« La période de préparation au reclassement débute à compter de la réception de l'avis du comité médical si l'agent est en fonction ou à compter de sa reprise de fonction si l'agent est en congé de maladie lors de la réception de l'avis du comité médical.

« La période de préparation au reclassement prend fin à la date de reclassement de l'agent et au plus tard un an après la date à laquelle elle a débuté. Toutefois, l'agent qui a présenté une demande de reclassement peut être maintenu en position d'activité jusqu'à la date à laquelle celui-ci prend effet, dans la limite de la durée maximum de trois mois mentionnée à l'article 3.

« L'agent qui fait part de son refus de bénéficier d'une période de préparation au reclassement présente une demande de reclassement en application des dispositions du même article. »

Art. 3. – Après l'article 2 du même décret, il est inséré les articles 2-1 à 2-3 ainsi rédigés :

« *Art. 2-1.* – La période de préparation au reclassement a pour objet de préparer et, le cas échéant, de qualifier son bénéficiaire pour l'occupation de nouveaux emplois compatibles avec son état de santé, s'il y a lieu en dehors de sa collectivité ou son établissement public d'affectation. Elle vise à accompagner la transition professionnelle du fonctionnaire vers le reclassement.

« La période de préparation au reclassement peut comporter, dans l'administration d'affectation de l'agent ou dans toute administration ou établissement public mentionnés à l'article 2 de la loi du 13 juillet 1983 susvisée, des périodes de formation, d'observation et de mise en situation sur un ou plusieurs postes.

« Pendant la période de préparation au reclassement, le fonctionnaire est en position d'activité dans son corps ou cadre d'emplois d'origine et perçoit le traitement correspondant.

« *Art. 2-2.* – L'autorité territoriale et le président du Centre national de la fonction publique territoriale ou le président du centre de gestion établissent conjointement avec l'agent, par voie de convention, un projet qui définit le contenu de la préparation au reclassement, les modalités de sa mise en œuvre et en fixe la durée, au terme de laquelle l'intéressé présente sa demande de reclassement. Le service de médecine professionnelle et de prévention est informé de ce projet de préparation au reclassement avant la notification mentionnée à l'article 2-3.

« Lorsque le fonctionnaire effectue la préparation au reclassement, en tout ou partie, en dehors de sa collectivité ou son établissement public d'affectation, l'administration ou l'établissement d'accueil est associé à l'élaboration de la convention pour ce qui concerne les modalités d'accueil de l'agent.

« L'autorité territoriale et le président du Centre national de la fonction publique territoriale ou le président du centre de gestion engagent, en outre, avec l'intéressé une recherche d'emploi dans un autre corps ou cadre d'emplois. Durant la période d'élaboration du projet, l'agent peut bénéficier des modalités de préparation au reclassement prévues au deuxième alinéa de l'article 2-1.

« Lorsque le fonctionnaire exerce plusieurs emplois à temps non complet, l'autorité territoriale ou le président du Centre national de la fonction publique territoriale ou le président du centre de gestion qui en est signataire transmet la convention mentionnée au premier alinéa aux collectivités ou établissements qui l'emploient pour des fonctions que l'intéressé peut continuer à exercer.

« *Art. 2-3.* – Le projet de convention mentionné au premier alinéa de l'article 2-2 est notifié au fonctionnaire en vue de sa signature au plus tard deux mois après le début de la période de préparation au reclassement. Le fonctionnaire qui ne signe pas cette convention dans un délai de quinze jours à compter de la date de sa notification est réputé refuser la période de préparation au reclassement pour la durée restant à courir.

« La mise en œuvre du projet de préparation au reclassement fait l'objet, selon une périodicité fixée par la convention prévue au premier alinéa de l'article 2-2, d'une évaluation régulière, réalisée par l'autorité territoriale ou le président du Centre national de la fonction publique territoriale ou le président du centre de gestion, conjointement avec l'agent. A l'occasion de cette évaluation, le contenu, la durée et les modalités de mise en œuvre du projet peuvent, le cas échéant, être modifiés, en accord avec l'agent.

« En outre, le projet peut être écourté en cas de manquements caractérisés au respect des termes de la convention ou lorsque l'agent est reclassé dans un emploi proposé par l'autorité territoriale ou le président du Centre national de la fonction publique territoriale ou le président du centre de gestion. »

Art. 4. – L'article 3 du même décret est ainsi modifié :

1° Avant le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonctionnaire territorial qui a présenté une demande de reclassement dans un emploi d'un autre corps ou cadre d'emplois se voit proposer par l'autorité territoriale, le président du Centre national de la fonction publique territoriale ou le président du centre de gestion plusieurs emplois pouvant être pourvus par la voie du détachement. L'impossibilité, pour l'autorité territoriale, le président du Centre national de la fonction publique territoriale ou le président du centre de gestion, de proposer de tels emplois fait l'objet d'une décision motivée. » ;

2° Les trois derniers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les dispositions statutaires qui fixent des conditions limitatives de détachement ne peuvent pas être opposées à l'intéressé.

« Le fonctionnaire détaché dans un corps ou cadre d'emplois d'un niveau hiérarchiquement inférieur, qui ne peut être classé à un échelon d'un grade de ce corps ou cadre d'emplois doté d'un indice brut égal ou immédiatement supérieur à celui qu'il détient dans son corps ou cadre d'emplois d'origine, est classé à l'échelon terminal du grade le plus élevé du corps ou cadre d'emplois d'accueil et conserve à titre personnel l'indice brut détenu dans son corps ou cadre d'emplois d'origine.

« La procédure de reclassement telle qu'elle résulte du présent article doit être conduite au cours d'une période d'une durée maximum de trois mois à compter de la demande de l'agent. »

Art. 5. – L'article 4 du même décret est ainsi modifié :

1° Les mots : « cadres d'emplois » sont remplacés par les mots : « cadre d'emplois » ;

2° Au dernier alinéa, après les mots : « intégré dans le corps », il est inséré le mot : « ou ».

Art. 6. – L'article 5 du même décret est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « l'autorité territoriale », sont insérés les mots : « ou du président du Centre national de la fonction publique territoriale » ;

2° Le second alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Lorsque le fonctionnaire territorial est intégré dans un corps ou cadre d'emplois hiérarchiquement inférieur et classé à un échelon doté d'un indice brut inférieur à celui qu'il détenait dans son corps ou cadre d'emplois d'origine, il conserve, à titre personnel, son indice brut jusqu'au jour où il bénéficie dans son nouveau corps ou cadre d'emplois d'un indice brut au moins égal. »

Art. 7. – Au deuxième alinéa de l'article 17 du décret du 30 juillet 1987 susvisé, après les mots : « En cas d'avis défavorable, », sont insérés les mots : « s'il ne bénéficie pas de la période de préparation au reclassement prévue par le décret du 30 septembre 1985 susvisé, ».

Art. 8. – Le ministre de l'action et des comptes publics, la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales et le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'action et des comptes publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 mars 2019.

EDOUARD PHILIPPE

Par le Premier ministre :

La ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales,
JACQUELINE GOURAULT

Le ministre de l'action et des comptes publics,
GÉRALD DARMANIN

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'action et des comptes publics,
OLIVIER DUSSOPT

Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

Rapport de la mission d'évaluation du fonctionnement des instances médicales

Des évaluations sont menées dans le cadre de la modernisation de l'action publique afin de déceler les problèmes d'organisations, d'étudier les résultats atteints, les objectifs et les marges de manœuvre existantes.
Le 22 août 2016, le Premier Ministre a confié à madame la Ministre des affaires sociales et de la santé, une évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales de la fonction publique.
Le champ de la mission recouvre les trois versants de la fonction publique.
Dans le droit de la fonction publique, des garanties procédurales accompagnent la décision de l'administration en matière de congés pour raison de santé et d'inaptitude. Ainsi, au sein des trois fonctions publiques, ces questions sont traitées par les comités médicaux et commissions de réforme.

Le cadrage de la mission part du constat que l'organisation générale des comités médicaux et des commissions de réforme est complexe. Des difficultés dans le fonctionnement des instances entraînent des conséquences sur la gestion des dossiers des agents.
L'objectif est d'obtenir une meilleure efficacité de ces instances. Pour cela, la mission devait s'interroger sur :

- L'opportunité du portage actuel de ces missions,
- La qualité du service rendu via l'organisation actuelle au regard de la politique de santé et sécurité au travail,
- L'efficience de la cartographie.

L'évaluation devrait répondre aux interrogations suivantes :

- L'économie générale du dispositif est-elle à même de répondre aux enjeux de traitement des dossiers médicaux des agents publics ?
- Cette organisation prend-elle suffisamment en compte les spécificités de chaque fonction publique ?
- Le dispositif est-il suffisamment lisible et accessible pour les agents et les médecins sur l'ensemble du territoire ?
- Dans quelle mesure le dispositif permet-il d'assurer un traitement égalitaire des dossiers médicaux sur l'ensemble du territoire et dans des délais raisonnables ? Quelles sont les améliorations à proposer pour améliorer l'efficacité de la mise en œuvre du service ?
- Les ressources allouées au dispositif permettent-elles de favoriser l'atteinte des objectifs ?

Sur la base des propositions de la mission d'évaluation, un plan d'action devra être mis en place.

Conformément aux principes de transparence et de participation qu'il s'est fixé dans sa démarche d'évaluation, le SGMAP a souhaité associer l'ensemble des parties prenantes de la politique évaluée, au premier rang desquels les représentants de la fonction publique territoriale.

FNCDG – LV
Mars 2017

La Fédération a été invitée à prendre part aux comités d'évaluation et a également été sollicitée pour échanger sur le sujet avec les membres de la mission.
L'objectif était de déterminer les modalités de travail entre la fédération et les membres de la mission afin de caractériser au mieux la situation concernant la fonction publique territoriale, les difficultés rencontrées et les différentes options possibles. Dans ce cadre, un questionnaire a été transmis à tous les CDG.

La mission a également enquêté auprès des directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) et a travaillé plus particulièrement avec la DDCS de Côte-d'Or pour une enquête auprès d'usagers.

Parmi les premiers constats de la mission, il apparaît que le sujet est assez mal documenté. Il n'y a pas de données générales d'activité ou de coût, ni de donnée centralisée pour aucune des fonctions publiques. Dans la FPT, cela s'explique par une reprise récente de la compétence par les Centres de Gestion (Loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique).

Les travaux d'évaluation de la politique publique ont été lancés à l'été 2015 dans l'optique d'intégrer la prise en charge des problématiques de la pénibilité dans le champ public.
L'objectif est notamment d'actualiser le diagnostic, recueillir le point de vue des différents acteurs sur le fonctionnement du dispositif, tenter de rassembler des éléments de coûts et faire des propositions d'évolution de court terme comme de réforme plus structurelle.

La mission chargée de réaliser cette évaluation est composée comme suit :
- Anne BRUANT-BISSON pour l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) ;
- Rémy GICQUEL, pour l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche(IGAENR) ;
- Aurélien ARDILLIER et Marianne BONDAZ pour l'inspection générale de l'administration (IGA) ;
- Martine MARIGEAUD pour l'inspection générale des finances (IGF).

La mission a réalisé un rapport de diagnostic, premier livrable qui comporte deux tomes :
- Le tome 1 rappelle la commande et présente les éléments ressortant de l'état des lieux réalisé par la mission. Les enjeux et les problématiques sont exposés. Des axes d'évolution sont proposés.
- Le tome 2 comporte l'ensemble des annexes et notamment l'enquête réalisée auprès des CDG.

1. Le diagnostic : un dispositif complexe, non piloté générateur de lourdeurs et de délais.

Un dispositif fragmenté, générateur d'hétérogénéité.

La mission constate des instances nombreuses et fragmentées couvrant près de 5,4 millions d'agents.
Pour la fonction publique d'État et la fonction publique hospitalière, le secretariat est traité en département. Pour la fonction publique territoriale, les agents peuvent être pris en charge par le secrétariat de leur collectivité, mais relèvent généralement de celui établi au niveau du centre de gestion.
Existe également des services déconcentrés franciliens, des instances propres pour les agents de l'AP-HP, ou encore pour certains corps d'État.
En outre, certains corps font exceptions aux règles de droit commun avec des instances spécifiques (policiers, magistrats, médecins hospitaliers), ou encore, un régime particulier pour les militaires.

À cela s'ajoute des intervenants multiples : services RH, secrétariats des instances et médecins.
Les services appréhendent différemment les procédures, ce qui peut les fragiliser et augmenter les délais de traitement. En effet, les gestionnaires RH préparent et suivent les dossiers de manière différente selon les services.
En fonction des structures et de leurs cultures, les modes de relations peuvent varier considérablement, ce qui est à l'origine des différences de traitements dans la prise en charge, le suivi du dossier et l'information de l'agent.

Le dispositif manque d'un pilotage national au niveau administratif et médical. Cette absence de pilotage peut expliquer les différences de pratiques. L'absence de pilotage administratif a laissé les agents à leurs propres initiatives. Les formulaires et les courriers sont peu ou pas standardisés.
Aucune réflexion commune sur les risques et sur les procédures. Ces dernières n'ont pratiquement jamais été revisitées. Il existe un système d'information qui est inopérant et ne permet d'avoir de vision globale, ni de lien avec les politiques de prévention.

En 2008, le comité médical supérieur (CMS) s'est vu confier une mission de coordination des instances, en plus de ses compétences d'appel des avis des comités pour les agents et les employeurs. Cependant, il n'a pas pu remplir cette mission, étant engorgé par le traitement de dossiers individuels.
La voie de recours devant le CMS est pourtant peu utilisée et dans une large majorité le CMS confirme l'avis initial des instances.
Cela invite à s'interroger sur l'utilité de l'utilisation du recours devant cette structure. Le recours devant le CMS a une faible valeur ajoutée, pourtant ces dossiers individuels viennent engorger l'activité du CMS, ne lui permettant pas de remplir son rôle essentiel de détermination de la doctrine médicale et d'appui conseil aux médecins, ce qu'attendent les acteurs de terrain.
Il n'y a pas eu de travaux de doctrine, ni de recommandations médicales depuis la circulaire de 1999. La réflexion sur les maladies entrant dans la liste des autorisations en matière de CLD n'a pas été entamée.
Faute de coordination, les interprétations des textes varient selon les comités, entraînant des iniquités dans la situation des agents.

Le dispositif n'était pas suivi et l'activité globale des instances pas mesurée, ce qui ne permettait qu'une connaissance fragmentaire des données. La mission a réalisé des enquêtes pour obtenir des éléments de volumétrie, ainsi que diverses données sur le fonctionnement et le financement de ces instances jusque-là peu documentés.

Un dispositif excessivement consommateur de ressources médicales.

La participation aux instances et les expertises dont le recours est quasi systématique en commission de réforme dans de très nombreux départements rendent le système très consommateur en ressource médicale. Cela pose problème dans un contexte de pénurie de médecins accentuée par une rémunération beaucoup trop faible. Le recrutement des médecins est de plus en plus difficile, alors que leur nombre est déjà limité.

Le fonctionnement des instances nécessite du temps médecin : idéalement pour assurer le secrétariat médical du comité dans l'étape préparatoire au passage des dossiers puis impérativement pour siéger en comité.
Le fonctionnement des instances repose sur la présence de médecins de plus en plus difficile à mobiliser.
Depuis de nombreuses années, différents rapports ont confirmé la situation démographique difficile de la spécialité Médecine et Santé au travail. La pénurie de médecins du travail est une réalité à laquelle sont confrontés quotidiennement les collectivités territoriales et les Centres de Gestion.

Déjà en 2009, le rapport remis au Ministre du Travail, de la solidarité et de la fonction publique, au Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et au ministre de la santé et des sports « La santé au travail, vision nouvelle et professions d'avenir » par Christian Dellacherie, Paul FRIMAT, Gilles Leclercq (avril 2010) indiquait que 55% des médecins du travail avaient plus de 55 ans.

Ce sont plus de 4000 médecins qui ont atteint ou dépassé l'âge légal de départ à la retraite en 2015 et plus de 5600 médecins à l'horizon de 10 ans (2020), soit près de 80% de la population totale des médecins du travail. Cette pénurie touche l'ensemble de la profession médicale, les médecins qui partent à la retraite ne pourront plus être remplacés.

Du fait de la pénurie de médecins du travail, tous les CDG ne sont pas en mesure de répondre aux besoins de l'ensemble des collectivités et établissements qui sollicitent ce service. Les demandes des collectivités en matière de santé sont très importantes notamment au regard de l'allongement de la vie professionnelle et au souhait de maintenir les agents dans l'emploi le plus longtemps possible.
Les CDG sont confrontés aux problèmes du recrutement des médecins de prévention du fait de la pénurie de médecins qualifiés et diplômés.

Les collectivités sont en grande difficulté pour respecter leurs obligations mais aussi pour développer des politiques de prévention qui sont de nature à améliorer les conditions de vie et de travail dans les services.

La Fédération a saisi à plusieurs reprises, depuis plus d'une dizaine d'années, les différents Ministres de la Santé pour permettre un plus grand recrutement de médecins de prévention.

Compte tenu des difficultés rencontrées dans la Fonction Publique Territoriale, il semble indispensable que des mesures soient prises afin de remédier à cette pénurie de médecin.

Les difficultés de présence d'un généraliste en CM-CR sont citées dans 41% des réponses, le frein lié à la présence nécessaire de spécialistes est en revanche souligné par près de 80% des centres, notamment en CR.
Il est de plus en plus difficile de recruter des médecins pour siéger en instance, particulièrement les spécialistes ; cette situation va s'aggraver car les générations encore intéressées ou suffisamment dévouées vont atteindre de toute manière la limité d'âge pour siéger à 73 ans.
Les inconvénients suivants peuvent se manifester :

- Dans les petits départements, les médecins siégeant peuvent aussi être les médecins traitants ou avoir vu l'agent comme experts, ce qui devrait être prohibé ;
- Des pratiques de cooptation entre pairs ou de cumul excessif de fonctions peuvent apparaitre ;
- Les délais s'allongent en cas d'absence de quorum ou de report.

La mission a constaté une tendance à une expertise quasi-systématique préalable au passage en CM, ce qui est de nature à nuire au fonctionnement correct du système.

En outre, la rémunération insuffisante est un problème majeur. Cela concerne les médecins dans les instances, ainsi que la rémunération des experts.
Dans les instances, les temps de déplacement et de présence représentent une perte de revenues loin d'être compensée par les rémunérations versées, ce qui explique les « contournements » mis en œuvre.
L'arrêté du 3 juillet 2007 relatif à la rémunération des médecins membres des instances n'est pas appliqué dans la majorité des cas.
Le texte serait mieux appliqué en matière d'expertise. La rémunération réglementaire des médecins experts est insuffisante et très inférieure aux tarifs d'autres organismes.
Afin de pouvoir disposer d'expertises pour passer en instances médicales, les dépassements d'honoraires acceptés sont fréquents, entrainant une disparité de tarifs d'une administration ou d'un médecin à l'autre.

D'autres inconvénients viennent entraver le recours aux experts :

- Les délais de paiements trop longs ;
- Les exigences portant sur la rédaction de leurs rapports et le maniement de formulaires contraignants pour les médecins libéraux ;
- Le risque pour un médecin faisant trop d'expertises de basculer sous un régime de TVA ;

La méconnaissance par la grande majorité des médecins des statuts de la fonction publique et des règles régissant les agents explique certains disfonctionnements.
Pourtant, des formations en la matière peuvent intéresser, sous réserve qu'elles ne soient pas trop lourdes.
Plusieurs pistes ont été proposées :

- formations obligatoires sur le statut de la FPT pour les médecins agréés (par exemple, 5 jours obligatoires lors de la première année comme pour les membres du CHSCT) ;
- formation par les médecins agréés membres des instances médicales ;
- inclusion d'un module dans les formations universitaires.

Un dispositif au formalisme contraignant

Les délais sont contenus pour une moyenne de l'ordre de 2 à 3 mois, mais le délai peut exploser sur un dossier en raison notamment d'une qualité initiale parfois insuffisante dans la constitution du dossier, ou de la difficulté à obtenir une expertise médicale.

L'efficacité du travail des comités est entravée à la fois par le trop grand nombre de procédures qui leur sont soumises et par le formalisme imposé à leur activité.
Trop de dossiers passent devant le CM, en dépit de leur simplicité, faute d'avoir toiletté les procédures. Les exigences de quorum et de représentativité sont trop lourdes ou inadaptées (présences de spécialistes, réquisition d'élus pour représenter l'employeur et convocation exclusive de membres issus des commissions paritaires pour les organisations syndicales).

Partout, la rotation de plus en plus rapide des équipes, conjuguée à la complexité des emboitements congé maladie ordinaire, congé longue maladie et congé longue durée insuffisamment anticipés entraîne des allers-retours et retards préjudiciables au collectif comme à l'agent.

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

Malgré certaines défaillances, les acteurs demeurent attachés à cette structure indépendante, garante de l'objectivité des décisions et préservatrice du secret médical. Les secrétariats sont perfectibles mais présentent l'atout essentiel de neutralité dans le traitement des dossiers.

2. Les pistes d'évolution développées par la mission

Trois grands enjeux sont dégagés par la mission :

- Assurer un traitement de proximité qui préserve l'équité de traitement et rendre le système plus efficient.
  L'échelon départemental semble le plus adapté pour assurer un traitement de proximité.
  L'égalité de traitement sera facilitée par la professionnalisation de la gestion de dossiers au sein des services RH des employeurs par mutualisation au niveau régional pour l'État, auprès de grand établissements pour la FPH et en lien avec les Centres de Gestion pour la FPT.

- Garantir le respect du secret médical par les services RH des agents comme par les secrétariats des instances médicales, notamment en cas d'informatisation des processus.

- Faire le lien avec la GRH et les politiques de prévention et de reclassement. Il faut intégrer le dispositif dans une démarche de bonne gestion.

La proximité des instances médicales garantit une information indépendante des agents.
Même dans les départements où il y a peu de dossiers, l'espacement éventuel de la tenue des instances n'est généralement pas un facteur déterminant de retard. La pénurie de médecins, la difficulté de réunir le quorum en CR et surtout les délais d'expertises apparaissent plus bloquants. Un regroupement au niveau supra-départemental n'apporterait vraisemblablement pas de plus-value en termes de délai ou de productivité du secrétariat des instances médicales.

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

L'échelon départemental facilite la bonne information des agents dans un lieu neutre où ils peuvent consulter leur dossier.
Les secrétariats des instances médicales garantissent une information équitable en cas de conflit entre l'agent et sa hiérarchie, voire dispensent un conseil juridique minimal aux agents concernés.
En l'absence de dispositif sécurisé de transfert numérisé des pièces médicales, cette proximité facilite en outre la consultation de leur dossier par les intéressés. L'alternative d'un envoi courrier serait coûteuse en délai et en frais de gestion. Lorsqu'un médecin secrétaire est présent, la communication du dossier peut en outre s'accompagner d'explications médicales, ce qui est particulièrement utile en cas de maladie psychiatrique.
Un secrétariat départemental pallie en partie les possibles insuffisances des services RH de proximité.

Il apparait comme référent essentiel pour conseiller les gestionnaires RH de proximité. Certains centres de gestion ont ainsi accru leur fonction d'accompagnement des services RH, ce qui a amélioré cette fonction d'assistance, notamment à l'attention des gestionnaires peu expérimentés.

Les centres de gestion remplissent déjà une fonction de conseil au bénéfice notamment des petites collectivités territoriales, ce qui fluidifie le dispositif aussi bien en amont des instances médicales (préparation du dossier et anticipation des prolongations de congé maladie) qu'en aval (conseil en matière de prise de décision).
Au-delà du gain en termes de qualité des dossiers et donc de délais, les centres offrent plus de garantie en matière d'équité de traitement, d'information pertinente des agents ainsi que de préservation du secret médical.

Confier systématiquement aux centres de gestion le secrétariat des instances pour toutes les collectivités et établissements du département garantirait une protection équivalente du secret médical à tous les agents de la FPT.

Des préalables indispensables à la réalisation des scénarios

Un pilotage administratif et médical identifié au niveau national par tous les acteurs, avec une composante « doctrine médicale », des relais d'animation au niveau régional et s'appuyant à terme sur un système d'information.

Une optimisation de la ressource médicale. La mise en place de médecin coordonnateur rendrait plus pertinent le dispositif (tri entre les dossiers simples et complexes, expertise d'un spécialiste, orientation vers le bon spécialiste…). Il assurerait la régulation des dossiers et ferait l'intermédiaire avec ses collègues, ainsi qu'avec les agents. Une revalorisation des rémunérations des médecins est indispensable.

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

Prévoir une meilleure articulation des politiques de reclassement et de réemploi par une approche transversale aux trois versants de la fonction publique et des échanges inter-fonctions publiques sur les cas difficiles.

Les pistes de scénarios

Les scénarios relèvent de deux logiques différentes :

- Scénarios 1 et 2 : Le maintien d'un contrôle médical a priori ;
- Scénarios 3 et 4 : Le passage à un contrôle a posteriori.

Ces différents scénarios peuvent devenir complémentaire et s'articuler dans le temps.

Scénario 1 : La rénovation du cadre existant

Le scénario 1 procède à l'allégement significatif des cas de saisines et des procédures. Il assouplit et simplifie l'organisation des instances et sécurise le financement du dispositif.

Il maintient les deux instances médicales mais prévoit une simplification du cadre et des procédures.
Il s'oriente sur une optimisation du recours à la ressource médicale et une sécurisation financière du dispositif (pour la FPE et la FPH).
La mission souhaite également un pilotage médico-administratif du dispositif.

Pour répondre à ces objectifs les principales mesures seraient les suivantes :

- Revoir la composition des instances et les règles de quorum :
  - Une composition allégée pour les CM et les CR ;
  - De nouvelles règles de désignation des représentants de l'administration (FPT/FPH) ;
  - Un quorum allégé, n'exiger la présence que d'un médecin généraliste ;
  - Suppression de CR spécifique pour les sapeurs-pompiers volontaires.
- Rétablir du temps de médecin-coordinateur des instances :
  - Contrôle qualité du dossier ;
  - Régulation du recours à l'expertise ;
  - Contact avec les confrères et les agents.
- Réduire les cas de saisine :
  - Une exemption conditionnelle de passage en instance en cas :
    - D'avis concordant du médecin traitant et du médecin coordonnateur et éventuellement, si le médecin coordinateur a jugé une expertise nécessaire, du médecin expert ;
    - D'accord de l'agent et de l'employeur pour l'octroi de CLM/CLD, la reprise à temps plein (capacité à reprendre de l'agent), le renouvellement de CLM/CLM pour des pathologies à circonscrire.
  - Dispense totale de passage en IM pour :
    - Aménagement/reclassement (médecin de prévention) ;
    - Attribution de l'ATI ou pension de retraite pour invalidité.
- Repositionner le CMS sur le pilotage médical :
  - Suppression de l'appel devant cette instance ;
  - Rôle de coordination et d'élaboration de doctrines médicales.
- Sécuriser le financement pour les DDCS/PP
  - Par contribution en base budgétaire au P 124 ou paiement au dossier (fonds de concours) ;
  - Sortie des ETP du plafond d'emplois ;

    - Financement des expertises par les administrations (modalités à définir).
- Rendre le dispositif plus adaptable à l'évolution des pathologies et des traitements
    - Sortir les cinq pathologies CLD du champ législatif ;
    - Confier au CMS l'animation d'un groupe chargé de proposer une nouvelle liste.

Scénario 2 : Recentrer le dispositif sur son volet médical

Le caractère hybride de la CR est source d'ambiguïté (discussion médicale et dialogue social), de difficulté au regard du secret médical et d'insatisfaction pour les membres.

Dans ce scénario, la mission préconise de ne garder qu'une seule commission, exclusivement médicale et confier à une autre instance le dialogue employeurs-représentants du personnel.

L'objectif serait également d'accentuer la simplification en matière de congés maladie.

Pour répondre à ces objectifs les principales mesures seraient les suivantes :
- Une seule commission médicale
    - Qui examine tous les cas relevant aujourd'hui du CM et de la CR (y compris allègements proposés et existants) et donne un avis ;
    - Le dialogue employeur/représentant du personnel a lieu avant décision dans une autre instance (commission ad hoc, CAP, CHSCT?).
- Revenir sur la distinction CLM/CLD
    - Avec possibilité d'un nouveau CLM sans attendre un an ;
    - Réflexion à mener sur la possibilité de cumuler davantage rente d'invalidité et activité (invalidité de type 1).

Scénario 3 : Passage à un contrôle a posteriori propre à la FP

Ce scénario préconise la mise en place d'un contrôle médical a posteriori pour tous les arrêts maladie dans un cadre qui reste propre à la fonction publique.
Le cadre juridique et statutaire des congés maladie reste distinct du régime privé avec le maintien d'une instance spécifique. Il implique la création d'une médecine de contrôle de la fonction publique et fait de la commission médicale du scénario deux une instance de recours ou d'examen des maladies professionnelles hors tableau.

Pour répondre à ces objectifs, la mission suggère de remplacer les instances par un service de contrôle *a posteriori* (vacations de médecins agréés ou contractuels), mutualisé pour les fonctions publiques (FPE+FPH au moins) et travaillant par échantillonnage ou sur signalement de l'employeur.
La commission médicale est maintenue comme instance de recours et pour les maladies professionnelles hors tableaux.

Scénario 4 : Convergence avec le régime général

Ce scénario partage le principe de contrôle a posteriori avec le scénario 3. Il envisage la mutation du système, en convergence avec le régime général.

Pour répondre à ces objectifs les principales mesures seraient les suivantes :

- Un transfert au service médical de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires ;
- La mise en place dans la fonction publique d'une cotisation des employeurs publics reliée à la sinistralité au travail ;
- À terme, une convergence des droits en matière de congés de maladie.

ANNEXE 9 :
SYNTHESE DES PRINCIPALES PROPOSITIONS D'EVOLUTION – SCENARIO 1

Thème	*Modalités*	*Impact juridique - texte(s) à modifier*
1- AJUSTER LES ORGANISATIONS		
1. 1.Revoir la composition des instances	L'objectif est ici de simplifier la composition, les règles de quorum pour faciliter la réunion des instances en évitant de fragiliser juridiquement les décisions administratives prises sur leur avis. 1.1.1 CM et CR - Rendre la présence du spécialiste facultative Un simple avis écrit, si l'expertise a été jugée nécessaire, doit suffire.	Articles 5 et 6 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 3 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 Article 3 de l'arrêté du 4 août 2004
	1.1.2 CM - Prévoir un suppléant pour la présidence	Article 5 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 3 du décret 87-602 du 30 juillet 1987
	1.1.4 CR - Donner le droit de vote au président Il s'agit de favoriser l'expression d'une majorité claire.	Article 19 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 3 de l'arrêté du 4 août 2004
	1.1.4 CR - Prévoir un suppléant pour le cas où l'agent est issu de la même collectivité ou du même service que le président	Article 12 du décret n°86-442 du 14 mars 1986
	1.1.6 CR - Modifier les représentants de l'administration pour la FPT et la FPH pour prévoir la désignation de représentants de l'administration de la collectivité locale ou de l'établissement de santé ou médico-social	Article 5 de l'arrêté du 4 août 2009
	1.1.7 CR - Supprimer la participation du représentant du ministère des finances	Article 10 du décret n°86-442 du 14 mars
	1.1.8 CR - Modifier les règles de désignation des représentants du personnel en instaurant la désignation de ceux-ci par les organisations parmi leurs élus à la CAP, CHSCT et CT	Article 10 décret du décret n°86-442 du 14 mars Article 6 de l'arrêté du 4 août 2004
	1.1.9 CR - Supprimer la formation spéciale de la CR pour les sapeurs-pompiers volontaires et les rattacher à la CR prévue par l'arrêté du 4 août	Décret n°92-620 du 7 juillet 1992 Article 7 de l'arrêté du 4 août 2004

Thème	*Modalités*	*Impact juridique - texte(s) à modifier*
	2004 ; prévoir une désignation par groupe	
	1.1.10 CR- Modifier les règles de quorum pour la FPT et la FPH, ainsi que pour les sapeurs-pompiers volontaire, en n'exigeant la présence que d'un médecin	Article 17 de l'arrêté du 4 août 2004 Arrêté du 30 juillet 1992 (SPV)
	1.1.11. a) Prévoir, comme c'est le cas pour la CM, la possibilité de mettre en place une CR propre à un établissement public ou à un groupe d'établissements publics dont les personnels sont assujettis au statut de la fonction publique hospitalière si l'importance du nombre des agents le justifie ; b) Confier au préfet la possibilité de procéder à cette création	Article 6 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 Article 3 de l'arrêté du 4 août 2004
1.2 Conforter le rôle des CDG pour la FPT	1.2.1 Confier aux présidents des CDG la désignation des membres des du CM et la présidence de la CR	Article 2 et 3 de l'arrêté du 4 août 2004
	1.2.2 Faire traiter les dossiers « Instances médicales » de **toutes** les collectivités par les CDG ; les collectivités non affiliés ont actuellement le choix d'adhérer pour cette prestation, ce qui ne favorise pas l'approche globale et coordonnée du dispositif.	Loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 – article 113
1.3. Rétablir du temps de médecin secrétaire, coordonnateur des instances	La présence d'un médecin –secrétaire est prévue par les textes mais assurée de manière systématique dans un tiers des cas. Systématiser et conforter cette fonction, en la dotant des moyens nécessaires et en redéfinissant son rôle de véritable « coordonnateur ».	Article 6 décret n°86-442 du 14 mars 1986
2-REDUIRE LES CAS DE SAISINE DES INSTANCES		
2.1 Supprimer des cas de saisine automatique	L'ordonnance du 19 janvier 2017 instaure pour les accidents de services et les maladies professionnelles le principe de la présomption d'imputabilité, sans passage en CR, dès lors que l'avis du médecin traitant et du médecin agréé sont concordants. **2.1.1** Remplacer l'avis obligatoire d'un médecin agréé par un avis facultatif dont l'opportunité serait déterminée par le médecin coordonnateur ; nombre de situations sont simples, avec des certificats médicaux initiaux clairs et ne nécessitent pas une expertise systématique.	Article 34-4° de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 (FPE) Article 57-4° de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 (FPT) Article 41-4° de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 (FPH) **2.1.2** Article 7 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 4 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 **2.1.3**

Thème	*Modalités*	*Impact juridique - texte(s) à modifier*
	2.1.2 Etendre à la maladie sans lien avec le service la faculté de ne plus passer devant les instances dans les cas suivants, sauf avis médicaux non concordants ou désaccord de l'agent ou de l'employeur : a) l'octroi d'un CLM ou d'un CLD ; b) les reprises à temps plein après CMO de plus de six mois, CLM ou CLD c) le renouvellement d'un CLM/CLD en cas de pathologie cancéreuse **2.1.3** Dispenser de l'avis des instances les cas suivants : a) l'aménagement des conditions de travail ou reclassement après congé ou disponibilité, laissé à la responsabilité du médecin de prévention b) la reconnaissance du droit à ATI ou pension pour invalidité	Article 7 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 5 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 Article 1 et 5 du décret n°84-1051 du 30 novembre 1984 (FPE) Article 1 et 5 du décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 (FPT) Article 1 et 5 du décret n°89-376 du 8 juin 1989 (FPH) **2.1.3 b)** Article L 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite Article L417-8 du code des communes Article 80 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 Article 65 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 Article 13 4°, 5° et 6° du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 25 de l'arrêté du 4 août 2004 Article 6 du décret 2005-442 du 2 mai 2005 Article 3 du décret n°60-1089 du 6 octobre 1960 Articles 2 et 31 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 Article D 712-15 et -16 du code de la sécurité sociale
2.2 Supprimer l'appel devant le CMS	Les avis des comités médicaux sont aujourd'hui susceptibles d'appel devant le CMS. Ces recours ne sont assortis d'aucun délai, sont suspensifs, et donnent lieu à un nouvel avis (consultatif lui aussi) ; le plus souvent conforme à l'avis initial, dans des délais de l'ordre de quatre à six mois mais souvent plus longs. Supprimer la faculté de recours.	Article 9 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 5 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987

Thème	*Modalités*	*Impact juridique - texte(s) à modifier*
3-SECURISER FINANCIEREMENT LE DISPOSITIF		
3.1 Assurer une contribution des administrations et collectivités relevant des instances départementales pour la FPE et FPH	Le financement des instances départementales est supporté par le seul. ministère des affaires sociales et de la santé. Stabiliser le financement et le fonctionnement du dispositif en instaurant une participation des autres utilisateurs à ce financement : - par une contribution en base au programme 124 ; - ou par un fonds de concours alimenté via une contribution « au dossier ».	Loi de finances
3.2 Revaloriser la rémunération des médecins	3.2.1 Revaloriser la rémunération des membres des instances, en instaurant un taux horaire de 45 € hors charges	Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des membres des comités médicaux
	3.2.2 Revaloriser les expertises à 100 à 120 € avec des possibilités de dépassement pour certaines spécialités.	Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986
	3.2.3 Définir la rémunération des futurs médecins-coordonnateurs	
4 - ADAPTER LE CLM ET LE CLD A L'EVOLUTION DES PATHOLOGIES ET DES PRISES EN CHARGE		
4.1 Faciliter l'ajustement de la liste des maladies ouvrant droit à CLD	4.1.1 La liste des pathologies ouvrant droit à CLD est aujourd'hui définie par la loi, ce qui nuit à toute adaptation rapide à l'évolution des traitements et prises en charge. Elle est en outre dépassée (y figurent notamment toujours la tuberculose et la poliomyélite) Le CMS devrait avoir pour mission de faire des propositions d'évolutions en la matière. Faire acter par arrêté la liste des pathologies relevant d'un CLD.	Article 34-4° de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 (FPE) Article 57-4° de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 (FPT) Article 41-4° de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 (FPH) Article 29 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie Article 20 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987
5- METTRE EN PLACE UN PILOTAGE ADMINISTRATIF ET MEDICAL		
5.1 Mettre en place un pilotage administratif	Il n'existe pas de pilotage global du dispositif et de coordination au plan national ni pour les administrations centrales de l'Etat ni pour les trois fonctions publiques. Le dispositif départemental FPE et FPH départemental	Arrêté spécifique

Thème	*Modalités*	*Impact juridique - texte(s) à modifier*
	relève de la responsabilité du ministère des affaires sociales et de la santé qui n'est pas en mesure d'assumer cette animation de réseau et cette coordination. Mettre en place un vrai pilotage (SGMAS, DGAFP). Confier aux PFRH un rôle d'animation au niveau régional.	
5.2 Mettre en place un pilotage médical	Recentrer le CMS sur son rôle de coordination des CM et de conseil aux pouvoirs publics sur les questions d'ordre médical touchant au statut de la fonction publique.	Article 9 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 ; feuille de route par circulaire conjointe SGMAS-DGS-DGAFP

3. Le retour de la Fédération auprès du comité d'évaluation

75 Centres de Gestion ont répondu à l'enquête concernant les instances médicales, soit un taux de réponse de 79%. Ces réponses couvrent près d'1,4 millions de fonctionnaires territoriaux

Le questionnaire portait notamment sur les éléments suivants :

- Le nombre de fonctionnaires concernés ;
- Le nombre de dossiers ;
- L'organisation des réunions, leur nombre ;
- Le délai moyen de passage (entre 1 et 3 mois) ;
- Les motifs de délais excessifs ;
- Les difficultés rencontrées. Le questionnaire a laissé place à de nombreux espaces de libre expression.
- Les évolutions souhaitées.

Sur ce dernier point, la mission posait la question de l'éventuelle suppression du comité médical et de la commission de réforme, même si cette piste d'évolution n'est pas envisagée, ni par les CDG (100% des répondants souhaitent le maintien de cette mission), ni par la Fédération, ni par la mission. La réponse à cette question permet d'exclure une préconisation visant à la suppression de ces instances. Le questionnaire permet ainsi d'appuyer le soutien des CDG pour le maintien de la gestion de ces instances, les CDG ont tous répondu non à la suppression du CM, de la CR, ainsi qu'à un portage à un autre niveau.

Le transfert de la fonction de secrétariat des instances médicales est plus ou moins achevé. 41 centres de gestion ont dû gérer un retard de traitement lors de la reprise du secrétariat. , 26 centres ont rencontré des difficultés pour le transfert des archives.

Les centres de gestion exercent la fonction de secrétariat des instances médicales au-delà des collectivités affiliées obligatoires. 68% des centres ayant répondu, couvrent la totalité des collectivités du département par affiliation ou par convention.

Concernant les comités médicaux, le nombre de dossier en 2015 est de 74 554 pour les 75 Centres de Gestion ayant répondu.
31 centres ont géré moins de 500 dossiers, 25 en ont géré plus de 1 000. Les centres interdépartementaux de gestion en ont gérés 5 693 pour la grande couronne, et 6 959 pour la petite couronne.

Pour les commissions de réforme, en 2015, les centres de gestion ont géré 26 604 dossiers.
37 centres ont géré moins de 200 dossiers, 59 moins de 500. Cinq centres ont géré plus de 1 000 dossiers : les Alpes-Maritimes, le Nord, Rhône et le CIG petite couronne et CIG grande couronne.

Les effectifs correspondant au secrétariat s'élèvent à 215 ETP pour les Centres ayant répondu. 27 centres ont un effectif de moins de 2 ETP consacrés à cette fonction. Huit centres possèdent un effectif supérieur ou égal à 5 ETP. Il s'agit essentiellement d'agents de catégorie C, un quart des effectifs est de catégorie B (53) et quelques agents relèvent de catégorie A (19).

Un agent gère entre 200 et 800 dossiers par an.

Pour les comités médicaux, 50% des centres affichent un délai moyen de passage inférieur à deux mois. Seul neuf centres ont un délai moyen supérieur à trois mois.
Les délais sont majoritairement attribués aux temps d'expertise, qu'il s'agisse des délais de rendez-vous, liés à la rareté des experts, ou de transmission du rapport d'expertises.

Pour les commissions de réforme, 70% des centres affichent un délai moyen de passage inférieur à deux mois.
Hors expertises, ces délais sont attribués au quorum, non atteint ou difficile à obtenir, à l'espacement des réunions, ou encore à la non complétude des dossiers.

Il s'agit de délais moyens, ce qui n'exclut pas des temps d'instruction plus importants sur certains dossiers complexes.
Il y a un écart entre le ressenti des agents et la conception des secrétariats dépendants d'un dossier complet pour l'inscription à l'ordre du jour. Pour l'agent, le délai court dès le moment où il a saisi l'employeur du certificat de son médecin traitant, alors que de nombreuses étapes s'imposent derrière ce premier acte.

La Fédération soutient la mise en œuvre d'un socle obligatoire de compétences pour toutes les collectivités. Le socle étant indissociable, dans un esprit de mutualisation des ressources et des moyens, il serait plus efficace de rendre obligatoire l'adhésion pour les collectivités non affiliés.

L'enquête met en évidence la qualité de la reprise de la compétence du secrétariat des instances médicales. L'exercice de cette compétence au niveau des CDG permet d'offrir une prestation transversale de nature à accélérer le traitement des dossiers et à mieux les orienter.

Les CDG reconnaissent l'utilité des instances médicales mais celles-ci nécessitent des aménagements pour rendre le dispositif plus efficient.

Les points mis en avant semblent répondre aux éléments issus de l'enquête diligentée auprès des CDG, notamment :

- Assouplir le formalisme des CR ;
- Revoir la composition des CR ;
- Préciser les règles de quorum pour les alléger ;
- Rendre obligatoire le recours aux CDG pour cette prestation pour toutes les collectivités ;
- Développer la formation ;
- Revaloriser la rémunération des médecins ;
- Modifications statutaires ;
- Supprimer des cas de saisine.

Le scénario 1 permet d'améliorer le dispositif sans le dénaturer, tout en proposant des mesures accessibles afin d'être plus efficient et plus juste. Les CDG souhaitent à l'unanimité conserver les instances et le cadre départemental de leurs compétences. Les scénarios 3 et 4 changent la philosophie du dispositif,

et ne répondent pas aux nombreux avantages du scenario 1 qui permet de ne pas bouleverser le schéma d'organisation. Les CDG ne sont pas favorables à un bouleversement complet de logique, au vu des investissements importants réalisés pour la reprise de cette compétence depuis 2012.

ANNEXE 1

ANNEXE 2

1 METHODOLOGIE, PRECAUTIONS ET PERIMETRE DE L'ENQUETE 3

1.1 IL S'AGIT DE DONNEES DECLARATIVES, NON VERIFIEES ET N'AYANT PARFOIS QU'UNE VALEUR D'ESTIMATION. 3

1.2 CERTAINES QUESTIONS ONT PU PRETER A CONFUSION OU ENTRAINER DES REPONSES BIAISEES 3

1.3 LE TAUX DE REPONSE EST DE 80% CE QUI EST TOUT A FAIT SIGNIFICATIF 4

2 LE TRANSFERT DU SECRETARIAT DES IM POUR LA FPT ET LA COUVERTURE PAR LES CENTRES DE GESTION DE CETTE FONCTION 5

2.1 LE TRANSFERT DE LA FONCTION DE SECRETARIAT DES IM EST PLUS OU MOINS ACHEVE 5

2.1.1 Le transfert de la fonction de secrétariat a parfois mis en lumière des difficultés 5

2.1.2 L'indépendance du CDG vis-à-vis de la DDCS(PP) est plus ou moins complète 6

2.2 LES CENTRES DE GESTION EXERCENT LA FONCTION DE SECRETARIAT DES IM BIEN AU-DELA DES COLLECTIVITES AFFILIEES 6

3 L'ACTIVITE DES CENTRES DE GESTION 7

3.1 LES MOYENS CONSACRES MONTRENT QUE LES CENTRES DE GESTION ONT INVESTI CETTE FONCTION 7

3.1.1 Les effectifs représentent 215 ETP 7

3.1.2 Le secrétariat des IM se fait en synergie avec d'autres fonctions RH, notamment en matière de prévention 8

3.2 LE VOLUME D'ACTIVITE EST IMPORTANT AVEC DES VARIATIONS ENTRE DEPARTEMENTS PAS TOUJOURS EXPLICABLES 9

3.2.1 Le volume d'activité est logiquement très différent d'un département à l'autre 9

3.2.2 La proportion de dossiers CM par rapport aux dossiers CR diffère beaucoup d'un département à l'autre 11

3.2.3 Le nombre de séances et la charge d'activité par séance varient fortement 11

3.3 LES DELAIS DE TRAITEMENT DES DOSSIERS SONT EN GENERAL RAISONNABLES 12

3.3.1 Les délais de passage en instance médicale sont modérés, notamment en CR 12

3.3.2 La pénurie de ressources médicales est un véritable handicap 13

3.3.3 La faiblesse des tarifs de rémunération des médecins vient aggraver la situation 14

4 LES PROPOSITIONS D'EVOLUTION 15

4.1 DES PROPOSITIONS POUR PALLIER LE MANQUE DE MEDECINS 15

4.1.1 Limiter la charge pour les médecins membres des IM ou les expertises 15

4.1.2 Accroitre la liste de médecins agréés et les former 15

4.1.3 Revaloriser la rémunération des médecins 16

4.2 LE MAINTIEN DE LA COMPETENCE AU PLAN DEPARTEMENTAL DANS LE CADRE D'UN PILOTAGE NATIONAL 16

4.2.1 Maintenir la compétence au niveau départemental 16

4.2.2 Répondre au besoin de formation et de travail en réseau 16

4.3 UN ASSOUPLISSEMENT DU FORMALISME DE LA COMMISSION DE REFORME (CR) 17

4.3.1 Autonomiser les centres de gestion dans l'organisation de leurs CR 17

4.3.2 Revoir les règles de composition des CR 18

4.3.3 Préciser les règles de quorum pour les alléger 18

4.3.4 Interroger la présence des agents aux CR et réduire le formalisme 19

4.3.5 Voire interroger l'existence même d'une instance paritaire pour rendre un avis médical 19

4.4 LA SUPPRESSION DE CAS DE PASSAGE EN CM-CR ET DEVANT LE CMS 20

4.4.1 Supprimer la possibilité de recours devant le CMS 20

4.4.2 Supprimer des cas de saisine du CM 20

4.4.3 Supprimer des cas de saisine de la CR 21

4.4.4 Prévoir des souplesses ou des éclaircissements dans certains cas 21

4.5 DES PROPOSITIONS DE MODIFICATION STATUTAIRE 22

5 QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX CENTRES DE GESTION 24

1 METHODOLOGIE, PRECAUTIONS ET PERIMETRE DE L'ENQUETE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ces réponses couvrent potentiellement près de 1,4 million de fonctionnaires territoriaux (selon les déclarations faites par les centres de gestion, six centres ayant renseigné le questionnaire n'ayant pas répondu à cette question[1]). Les centres de gestion ayant répondu ont la gestion de 780 000 salariés de collectivités affiliées[2].

[1] Lorsque le centre de gestion n'a donné que les effectifs des collectivités affiliées, ce chiffre, inférieur à la réalité, a été comptabilisé : quatre réponses dans ce cas.
[2] Trois centres n'ont pas répondu à cette question : Aisne, Aveyron, Mayenne.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ **Pour ce qui concerne les CM**

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

➤ **Pour ce qui concerne les CR**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

51 centres de gestion sur 75, couvrant 54 départements, soit 68 % des CDG ayant répondu, couvrent la totalité des collectivités du département par affiliation ou par convention[3]**.** Dans 13 départements, une seule entité a souhaité garder son propre secrétariat (parfois uniquement le SDIS ou une partie du SDIS comme par exemple en grande couronne francilienne).

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

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

3 L'ACTIVITE DES CENTRES DE GESTION

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

3.1.1 Les effectifs représentent 215 ETP

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

27 centres ont un effectif inférieur à deux ETP consacrés à cette fonction. Seulement huit CDG ont un effectif supérieur ou égal à cinq ETP. Le CIG de petite couronne y consacre 26,5 ETP, tandis que les CDG du Nord et du Rhône y consacrent respectivement huit et près de sept ETP, et le CIG de la grande couronne 14 ETP. Il s'agit essentiellement d'agents de catégorie C ; un quart des effectifs est toutefois de catégorie B (53) et quelques agents sont de catégorie A (19).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De nombreux centres de gestion ont conçu cette nouvelle compétence comme une **composante d'un ensemble médico-social**. Plusieurs centres mettent en avant l'intérêt de cette vision globale ainsi qu'une **prestation de conseil transversal** de nature à accélérer le traitement des dossiers et à mieux les orienter.

➤ **Lien avec un pôle santé prévention**

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

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

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

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

➤ **Conseil statutaire pour accélérer les dossiers**

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

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

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

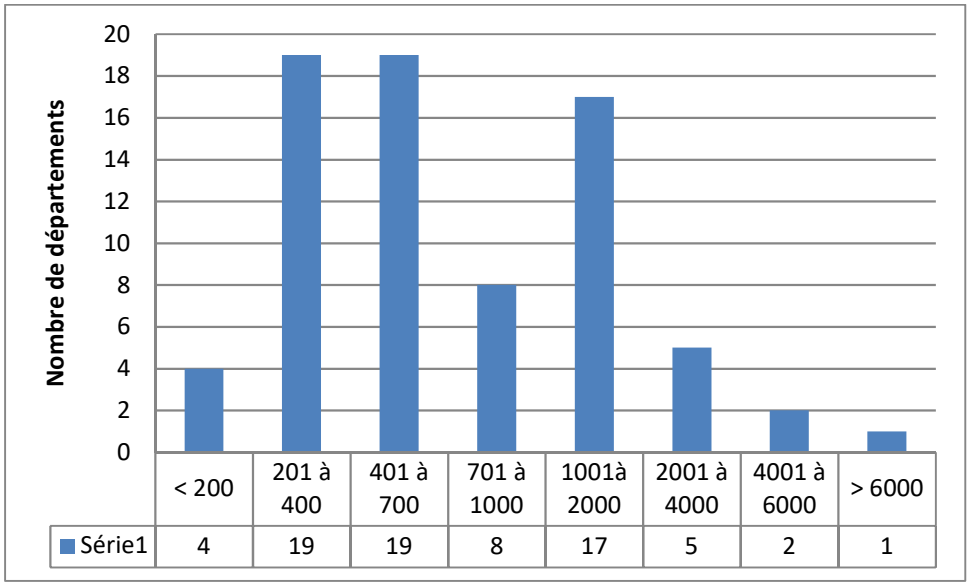
3.2 Le volume d'activité est important avec des variations entre départements pas toujours explicables

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

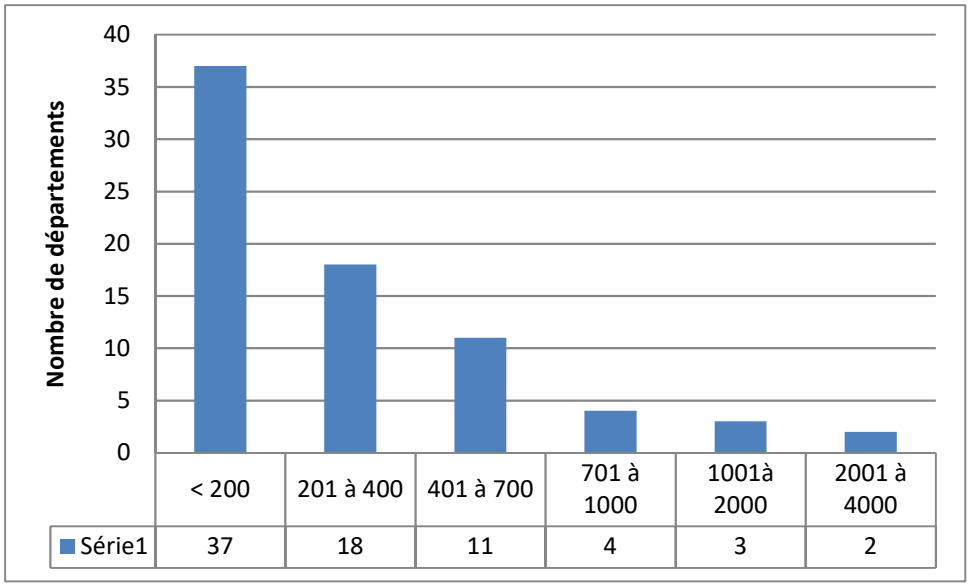
Sur la base des 75 questionnaires reçus, les centres de gestion ont géré en 2015 : 74 554 dossiers en CM et 26 604 dossiers en CR. Lorsque les statistiques 2016 sont données, on note une augmentation pour les deux instances.

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

Graphique 1 : Distribution du nombre de dossiers CM par département



Graphique 2 : Distribution du nombre de dossiers CR par département



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

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

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

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

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

Tableau 2 : Nombre de dossiers CM pour un dossier CR

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

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

La mission n'a pas d'explication sur ce phénomène, ces disparités pouvant tenir à de nombreuses spécificités : moyenne d'âge des fonctionnaires, procédure visant à regrouper ou non les questions posées en CR... Une des explications parfois avancée est la tendance de certaines collectivités à transmettre tous leurs dossiers en CR pour une plus grande sécurité juridique, sans utiliser la faculté de reconnaitre directement l'imputabilité au service d'un accident[4].

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

➤ **Les CM**

Le **nombre de CM par an** va de cinq (Haute-Corse et Loire) à 29 (CIG de petite couronne). Certains centres ont fait le choix d'avoir un nombre de séances élevé par rapport à leur nombre de dossiers comme la Guyane et la Charente-Maritime avec 24 séances de CM par an. La majorité des centres déclarent 10 à 12 séances annuelles (45 réponses).

Le nombre moyen de dossiers examinés par CM va de moins de 15 (Cantal, Lozère, Nièvre, Vienne) à plus de 200 (Isère, Loire, Nord, Rhône, Seine-Maritime, CIG petite couronne et CIG grande couronne), le record revenant au Nord avec 438 dossiers par séance, les autres centres cités dans la fourchette haute en examinant moins de 300 par séance.

➤ **Les CR**

Le nombre de CR par an va de cinq (Lozère, Guyane, Réunion) à 48 (Alpes-Maritimes) voire 73 (CIG petite couronne). Ces cas extrêmes correspondent vraisemblablement à un décompte du nombre de CR non par séance mais par type de composition (décompte d'une CR par collectivité ayant conventionné, même si la séance est intégrée dans une demi-journée comportant d'autres CR).

Le nombre de dossiers examinés par CR va de moins de dix (Cantal, Charente, Creuse, Jura, Lozère, Haute-Marne, Mayenne, Meuse, Nièvre) à 80 (Nord). Il convient de moduler ce résultat en fonction de la manière dont la question relative au nombre de CR a été interprétée (nombre de séances CR ou nombre de CR avec des compositions différentes même dans la même demi-journée). Une grosse moitié des centres (43) déclarent entre neuf et 13 séances par an, sept centres de départements démographiquement importants organisent 20 à 24 séances par an (Finistère, Isère, Loire-Atlantique, Nord, Oise, Rhône, Seine-Maritime).

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

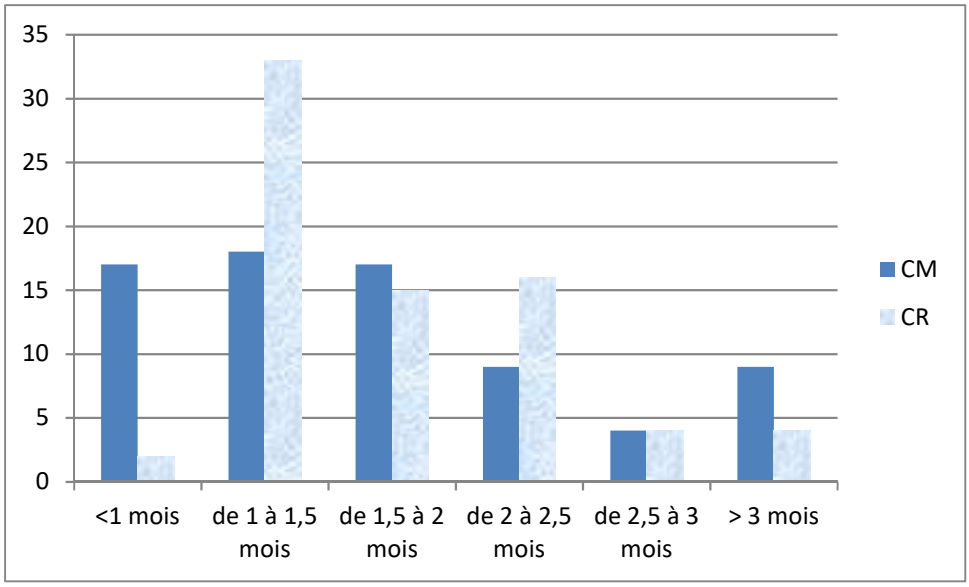
3.3 Les délais de traitement des dossiers sont en général raisonnables

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

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

50 centres de gestion, soit près de 70% des centres ayant répondu, affichent un délai moyen de passage en commission de réforme de moins de deux mois. Seulement quatre centres affichent un délai moyen en CR supérieur à trois mois.

Graphique 1 : Délai moyen de passage en CM-CR déclarés par les centres de gestion



Les délais sont majoritairement attribués aux temps d'expertise, qu'il s'agisse des délais de rendez-vous, liés à la rareté des experts, ou de transmission du rapport d'expertise (60 réponses explicites en ce sens, sachant que les centres n'ont pas tous répondu à cette question).

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

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

Ainsi, selon un centre, « *7 dossiers sur 10 arrivent incomplets au Centre de Gestion (défaut d'expertise médicale, de rapport hiérarchique, d'imprimés types tels que le rapport médical d'ATI ou le document AF3 complété). L'instruction des dossiers nécessite plusieurs relances des collectivités pour obtenir les pièces justificatives.* ».

3.3.2 La pénurie de ressources médicales est un véritable handicap

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A noter la pratique intéressante du CIG de Grande couronne qui a mis en place depuis 2016 une rémunération des séances et des expertises sous forme de vacations remboursées par les collectivités intéressées, en application du décret 2015-1869 du 30.12.2015. Ce système a permis de fidéliser les nombreux spécialistes (en moyenne 680 expertises par mois sont diligentées par le CIG GC) qui peuvent suivre plus aisément le règlement de leurs expertises. Il intéresse notamment les médecins hospitaliers.

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

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

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

Tableau 3 : Tarif des expertises pratiqués par les centre de gestion de Bretagne (en euros)

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

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

4 LES PROPOSITIONS D'EVOLUTION

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

4.1 Des propositions pour pallier le manque de médecins

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

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

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

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

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

4.1.2 Accroitre la liste de médecins agréés et les former

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

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

- constitution par l'ARS d'un groupe référent de médecins agréés tuteurs (généralistes et spécialistes) ; désignation par l'ARS d'un médecin agréé tuteur et dont le nom serait communiqué lors de la délivrance de l'agrément (35) ;
- transmission d'un guide sur le rôle des médecins agréés dans le cadre des procédures administratives traitées en IM (35) ou élaboration d'un document détaillant les différents congés des agents territoriaux et le fonctionnement des instances, à communiquer par l'ARS ou le conseil de l'ordre (25) ;
- formation progressive d'un maillage entre professionnels de santé permettant une meilleure compréhension des IM, un transfert d'informations médicales plus fluide, dans le respect de la déontologie (974) ;
- organisation par les centres de gestion de rencontres avec les médecins agréés volontaires. « *L'attente d'informations sur la gestion de l'inaptitude et la maladie dans la fonction publique est importante (50 médecins présents en 2015)* » (CIG grande couronne notamment).

La formation des médecins agréés est en outre préconisée par de nombreux centres pour améliorer la qualité des expertises : au moins treize centres ont détaillé ce point et certains suggèrent qu'elle soit obligatoire. Plusieurs options sont proposées : formations obligatoires sur le statut de la FPT pour les médecins agréés (par exemple, 5 jours obligatoires lors de la première année comme les membres des CHSCT), formation par les médecins agréés membres des IM, inclusion d'un module dans les formations universitaires, mise en place d'un diplôme de médecine statutaire, les formations existantes se limitant au seul aspect du dommage corporel.

Des suggestions sont faites pour **recourir davantage aux médecins hospitaliers**. A noter la pratique de la Meurthe-et-Moselle qui commence ses séances à 7h pour permettre aux médecins qui siègent de rejoindre leurs patients au CHU voisin. Il est également proposé de rechercher auprès des médecins pratiquant dans les centres hospitaliers ceux qui accepteraient cette mission et d'organiser des journées réservées pour la réalisation des expertises. Le centre de gestion du Nord a fait état auprès de la mission d'une convention en ce sens avec le CHU de Lille.

4.1.3 Revaloriser la rémunération des médecins

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

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

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

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

4.2.1 Maintenir la compétence au niveau départemental

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

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

4.2.2 Répondre au besoin de formation et de travail en réseau

Plusieurs centres insistent sur le **besoin d'harmonisation nationale des pratiques**. Ce besoin porte d'abord sur la doctrine médicale : par exemple, suivant les départements, les pathologies psychiatriques considérées comme réactionnelles sont considérées ou pas comme justifiant l'octroi d'un CLM. L'harmonisation doit également concerner la conduite juridique à tenir selon la teneur de

l'expertise : par exemple, lorsque l'expert valide une prolongation de CLM ou de CLD en précisant « retraite pour invalidité à l'issue », le CM doit-il ou pas envisager de refuser cette prolongation pour se prononcer directement sur cette retraite ?

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

- mise en place au plan national « *d'une aide en ligne sur les questions statutaires et légales concernant les instances médicales » (58)* et d'une veille législative et réglementaire ;
- formalisation « *d'une procédure, claire, définie par des textes officiels pour les contestations auprès de la commission de réforme* » (38), « *des missions et délégations des agents administratifs qui assurent le secrétariat des instances pour le compte des médecins secrétaires (par exemple, création de modèles de délégation de signature pour les courriers d'information d'inscription à l'ordre du jour, etc…)* » (04) ;
- besoin d'une base de données et de conseils mutualisée sur les maladies professionnelles hors tableau (23) ; la reconnaissance des maladies professionnelles est citée par deux autres départements (38 et 77) comme posant problème et nécessitant une officialisation de la référence des tableaux des maladies professionnelles de la sécurité sociale[5] ;
- « *Le comité médical supérieur pourrait jouer un rôle de conseil auprès des comités départementaux en diffusant un référentiel, en communiquant sur les pathologies devant ou non être reconnues…* » (24) ;
- échanges de pratiques afin d'uniformiser les pratiques et d'échanger sur les difficultés rencontrées soit inter-centres de gestion, soit dans un réseau au-delà des centres de gestion (13).

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

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

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

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

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

Certains centres proposent une plus grande indépendance par rapport à l'Etat en termes de désignation des membres de ces instances. La réécriture des textes relatifs à l'organisation des instances après le transfert de compétences vers les centres de gestion est nécessaire selon le centre de gestion du Nord. Plusieurs centres proposent, à tout le moins, que les arrêtés de composition des CR soient pris par le président du CDG (55, 64) ou que ce dernier puisse au moins désigner le président de la commission (64, 08).

[5] Point traité dans le cadre de l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.

4.3.2 Revoir les règles de composition des CR

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

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

> « *pour le collège « représentant des employeurs » une composition issue du Conseil d'administration du centre de gestion concerné puisque l'ensemble des collectivités non affiliées adhère au Socle Commun de Compétences. Cela simplifierait l'organisation des ordres du jour des séances (surtout pour les départements qui ont plusieurs collectivités non affiliées)* ».
>
> Sont en outre évoquées par différents départements les difficultés de quorum ou de programmation de réunion avec des élus qui doivent parfois se déplacer pour uniquement pour quelques dossiers ainsi que les délais à la suite des élections locales. Ces éléments sont confortés par les éléments recueillis par la mission sur les inconvénients liés à la représentation de l'employeur sur des dossiers aussi techniques.

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

> « *il nous arrive fréquemment d'avoir 14 compositions avec les collectivités non affiliées : difficiles à gérer* » (44).
>
> « *La composition de la Commission de Réforme est contraignante : Les multiples compositions par groupes hiérarchiques et pour chaque collectivité adhérente engendrent des difficultés organisationnelles (45 compositions au total dont 3 pour les collectivités affiliées, 24 pour les collectivités adhérentes, 5 pour les sapeurs-pompiers professionnels et 13 pour les sapeurs-pompiers volontaires).* » (64).

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

> *« La présence d'un médecin spécialiste « en cas de besoin » implique, selon le juge administratif, qu'un médecin spécialiste doit obligatoirement être présent pour chaque type d'affection. »*
>
> *« Tout le monde sait par ailleurs que les médecins spécialistes sont peu présents en séance du Comité médical (ils consultent les dossiers en amont de la réunion en fonction de leurs emplois du temps) ».*

- **en faisant « *disparaître la composition particulière de la commission de réforme pour les sapeurs pompiers volontaires*** *prévue par le Décret 92-620 du 7 juillet 1992 qui complique les choses et ne semble pas apporter une amélioration (ces dossiers sont pour la plupart ajournés faute de quorum)* » (44) ; en transférant la gestion du secrétariat de la commission de réforme des sapeurs-pompiers volontaires aux centres de gestion et en supprimant la désignation des représentants du personnel des sapeurs-pompiers volontaires pour chaque grade[6] (64).

4.3.3 Préciser les règles de quorum pour les alléger

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

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

Il est donc proposé de :

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

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

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

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

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

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

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

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

- **pour rapprocher cette instance du régime général** : en la dotant d'un pouvoir de décision, en lui donnant des prérogatives identiques à celles de la CPAM et le pouvoir de déterminer ou non l'imputabilité au service d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle en s'appuyant sur les critères du régime général[7] ; en donnant aux médecins de prévention les mêmes prérogatives que les médecins du travail, en particulier en matière d'aptitude ou d'inaptitude ;
- **pour mettre fin à des saisines abusives** : en exonérant la commission des saisines liées au contrôle des arrêts de travail et de leur prolongation au titre d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, ce rôle devant relever du seul médecin agréé ; cela clarifierait le rôle de la commission de réforme exclusivement et seulement compétente sur la reconnaissance de l'imputabilité (« *Trop de collectivités saisissent la CDR dans ce cas alors que cela ne ressort pas de son champ de compétence, nulle part ce cas de saisine n'est inscrit dans les textes.* ») ;

[7] L'ordonnance du 19 janvier 2017 clarifie en partie ce point.

- **pour limiter la parité aux seuls cas où elle apporte une plus-value** : en limitant les cas de saisine de la commission à ceux où la présence des collèges des employeurs et des représentants du personnel apportent un plus à la gestion du dossier, ce qui n'est pas le cas par exemple des rechutes, de l'octroi ou renouvellement d'un temps partiel thérapeutique ; voire, pour un autre département, en remettant totalement en cause le principe de la parité des CR, l'objet de cette commission étant exclusivement médical ; ceci entrainerait selon les proposition d'un troisième département la fusion des deux instances.

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

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

4.4.1 Supprimer la possibilité de recours devant le CMS

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

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

4.4.2 Supprimer des cas de saisine du CM

Les centres de gestion proposent un certain nombre de cas qui ne nécessiteraient pas selon eux un passage devant le CM. La liste ci-dessous énumère toutes les propositions faites, certaines étant contradictoires entre elles[8] :

- absence de consultation du CM pour **certains cas relatifs aux congés maladie :**
  - avant six mois de congé maladie et pour les arrêts de travail d'un sapeur-pompier volontaire supérieur à 15 jours ;
  - renouvellement des congés dans les cas suivants :
    - tous renouvellements des CLM, CLD et CGM, sur expertise, sous l'éventuelle réserve d'une formation obligatoire des médecins agréés (08 ,69, 64) ; la durée d'octroi des CLM / CLD / Grave maladie pourrait être portée à un an en cas de pathologies lourdes (50, 77, 17) ;
    - prolongation du congé de maladie ordinaire au-delà de 6 mois consécutifs (le comité répond toujours favorablement) ;
- pas de saisine du CM en matière de **temps partiel thérapeutique (TPT)[9] :**
  - octroi et renouvellement du TPT si l'agent, l'employeur, le médecin de prévention et le médecin traitant sont d'accord (02, 08, 15, 38, 64, 69, 71, 74, 77, 79, 85, 974, CIG petite couronne) ;
  - à défaut de la proposition ci-dessus, permettre un octroi de TPT au-delà de trois mois ;
- pas de consultation du CM en matière de **réintégration, d'aménagement de poste et de reclassement** dans les hypothèses suivantes :

[8] Les cas où plusieurs départements ont fait la même proposition sont indiqués.
[9] L'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 ne rend plus obligatoire la consultation d'une instance médicale lorsque médecin traitant et médecin agréé sont concordants.

- réintégration, excepté les cas particuliers de l'inaptitude et du reclassement, la collectivité ayant toujours la possibilité de recourir au médecin agréé et au médecin de prévention (974, 44) ;
- aptitude à reprendre à plein temps avec ou sans aménagement de poste si l'agent, l'employeur, le médecin de prévention et le médecin traitant sont d'accord (08, 974, CIG grande couronne) ;
- aménagements de poste, à confier directement à l'appréciation du médecin de prévention (44, 38, CIG grande couronne) ;
- reclassement si l'agent, l'employeur, le médecin de prévention et le médecin traitant sont d'accord (plusieurs centres) ;

➤ suppression de la consultation du CM en matière de **retraite et d'allocations invalidité :**

- procédure simplifiée pour retraite pour invalidité ;
- en matière d'attribution ou de révision de l'allocation temporaire d'invalidité (transfert au médecin agréé de la compétence).

4.4.3 Supprimer des cas de saisine de la CR

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

➤ demande d'imputabilité pour des arrêts de moins d'un mois ;

➤ octroi et renouvellement du TPT si l'agent, l'employeur, le médecin de prévention et le médecin traitant sont d'accord (08, 77, 974, CIG grande couronne) ;

➤ reclassement si l'agent, l'employeur, le médecin de prévention et le médecin traitant sont d'accord (plusieurs centres) ;

➤ retraite pour invalidité, allocation temporaire d'invalidité (ATI) ou allocation d'invalidité temporaire (AIT) :

- soit en rattachant la retraite pour invalidité sans lien avec un risque professionnel au comité médical et celle avec un risque professionnel à la commission de réforme ;
- soit en supprimant les saisines pour ATI, retraite pour invalidité et AIT, la CR n'étant « *qu'une sorte de chambre d'enregistrements pour ces motifs de saisine* ».

4.4.4 Prévoir des souplesses ou des éclaircissements dans certains cas

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

➤ donner au comité médical plus de latitude afin de pouvoir limiter la durée de prolongation des congés à des périodes inférieures à trois mois (1 mois, 2 mois…) - 38 et 17 ;

➤ officialiser la possibilité du placement en CMO d'office (uniquement prévue par la jurisprudence) ;

➤ clarifier les conditions d'octroi et de gestion du CLM fractionné, actuellement régi par les dispositions de la circulaire ministérielle du 13 mars 2006 (77) ; détailler les conditions d'octroi d'un CLM pour soins périodiques qui n'est bien souvent accordé que pour les cas de dialyses ;

- éclaircir les saisines pour les disponibilités d'office pour maladie. « *Actuellement c'est le CM qui est compétent sauf pour le dernier renouvellement et la 4ème année exceptionnelle. On pourrait envisager que le CM soit l'instance compétente pour l'intégralité de la gestion d'une disponibilité d'office pour maladie* » (69) ou renoncer à la saisine de la CR pour le dernier renouvellement de la disponibilité d'office pour raison de santé (4ème année) - 64.

4.5 Des propositions de modification statutaire

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

- **Assouplir les règles d'attribution du TPT** :
  - ne plus avoir de délai (6 mois aujourd'hui) en maladie ordinaire pour pouvoir prétendre à un temps partiel thérapeutique (15, 44, 58) [10] ;
  - ne plus limiter le temps partiel thérapeutique à un an par pathologie dans la carrière.
- **Interroger la pertinence du CLD et de sa durée** : cette durée ne favorise pas forcément la reprise à l'agent (congé trop long) et ce congé est peu souple car limité à l'attribution d'un congé par groupe d'affection au cours de la carrière du fonctionnaire ; en toute hypothèse la liste des pathologies ouvrant droit à congé de longue durée est à actualiser.
- **Rechercher des parades aux arrêts de complaisance** « *Le fait de retrouver des droits à maladie au bout d'un an d'activité (et surtout d'y inclure le temps partiel thérapeutique) parsemé de congé annuel, permet à l'agent une certaine facilité à se maintenir en arrêté de complaisance.*
- **Faire évoluer la gestion des agents relevant de l'IRCANTEC** (propositions pas toutes cohérentes entre elles) :
  - ne plus voir les agents IRCANTEC au comité médical puisqu'ils dépendent en principe du régime général de la Sécurité sociale (44) ;
  - harmoniser les règles d'accident de service et maladies professionnelles (agents CNRACL et IRCANTEC) - 58 ;
  - simplifier la gestion des dossiers des agents fonctionnaires Ircantec relevant à la fois du régime sécurité sociale et du statut de fonctionnaire (68) ;
  - étudier l'opportunité d'adopter pour les agents CNRACL des dispositions identiques à celles du régime général pour une meilleure lisibilité et équité. Les CDG pourraient alors, assurer pour les fonctionnaires territoriaux de leur ressort, le rôle de la CPAM pour les salariés du secteur marchand (74).
- **Améliorer le processus d'indemnisation invalidité** :
  - faire évoluer le barème des infirmités qui est obsolète ou harmoniser les barèmes avec le privé ;
  - supprimer le recours préalable aux médecins conseil de la CPAM (décret 60-58 du 11janvier 1960) lors des demandes d'attribution des indemnités de coordination ou de l'allocation d'invalidité temporaire (AIT). Les IM pourraient statuer directement au vu du dossier médical.

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

- **Faciliter le reclassement et clarifier le processus en cas d'inaptitude :**
  - « *diminuer le temps de la disponibilité d'office où la plupart du temps les dossiers aboutissent à une inaptitude définitive aux fonctions : ce qui fait que l'agent après 4 ans d'absence sur un poste de travail devient de plus en plus inemployable* » ;
  - « *autoriser les ruptures conventionnelles ou toutes autres solutions (indemnités de départ volontaire) facilitant une séparation rapide, ce qui éviterait à un grand nombre de différends d'évoluer en conflit puis en CLM ou CLD et enfin en retraite pour invalidité. Une fois l'agent enfermé dans la maladie, le retour à l'emploi est compromis voire impossible (surtout en fin de CLD). Le CM est de plus en plus souvent confronté à des situations d'inaptitude non pas à l'emploi mais à l'administration : cette situation n'est pas prévue par le statut et la mobilité est actuellement très difficile à mettre en œuvre dans l'intérêt commun de l'agent et de son employeur. » ;*
  - « *préciser à l'article 24 de l'arrêté du 4 août 2004 que la saisine sur le caractère provisoire ou définitif de l'inaptitude constatée de l'agent peut être effectuée au bout de 12 mois d'arrêt de travail continu au titre de l'accident de service ou de la maladie professionnelle (ce délai par référence au code de pension civile et militaire mérite d'être introduit dans l'arrêté pour lever le doute sur son application au sein de la FPT)* » ;
  - imposer un délai pour la mise en œuvre du reclassement ; instaurer une position spéciale pour les agents déclarés définitivement inapte à leurs fonctions pour leur permettre d'être reclassés, de se former, remplir des missions temporaires…[11] ;
  - « *rendre obligatoire le reclassement dès la déclaration d'inaptitude définitive au poste (ne plus exiger une demande de l'agent pour rendre possible cette recherche de reclassement)* » ;
  - faire dépendre des centres de gestion les agents déclarés définitivement inapte à leurs fonctions et en cours de reclassement avec prise en charge de leur rémunération par la collectivité dernier employeur ou par la voie d'une mutualisation (44) ;
  - obliger les collectivités lorsqu'elles ont des vacances de poste à engager ces agents en priorité ;
  - faire évoluer le cadre législatif et réglementaire (ex : exigence d'une double visite à l'embauche).
- **Améliorer la rémunération des agents malades :**
  - « *clarifier les textes sur la rémunération des congés (exemple : prise en charge en maladie professionnelle ou en accident jusqu'au lendemain de la commission de réforme qui a rendu un avis sur la question de la consolidation lorsque celle-ci est effective depuis 2 ans, 6 mois…)* » ;
  - « *obliger les collectivités territoriales à adhérer au contrat groupe assurance statutaire du Centre de gestion pour une meilleure garantie des employeurs, des agents, une gestion équitable sur le territoire départemental* ».

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

5 QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX CENTRES DE GESTION

Présentation

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

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

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

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

Centre de gestion de : .....

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

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

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

- dont effectif relevant de collectivités affiliées ? :.....

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

Nb des collectivités assurant leur propre secrétariat ? : .....

Nb de dossiers traités par le centre de gestion en 2015

- pour traitement en comité médical (CM) : .....
- pour traitement en commission de réforme (CR) : .....

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

2 Eléments relatifs aux réunions des instances médicales

Organisez-vous les réunions

- de CM ? ***oui - non*** *(rayer la mention inutile)*
- de CR ? ***oui - non*** *(rayer la mention inutile)*

Comité médical

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

- si oui, combien de réunions de CM concernant le centre de gestion en 2015 ?.....
- si oui, ces réunions se tiennent-elles au centre de gestion ?.....

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

oui - non *(rayer la mention inutile)*

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

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

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

Commission de réforme

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

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

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

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

3 Difficultés rencontrées

<u>Difficultés rencontrées à la reprise de la fonction de secrétariat</u>

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

<u>Difficultés liées au retard dans la constitution du dossier</u>

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

<u>Difficultés liées à la disponibilité des médecins</u>

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

Autres difficultés rencontrées :……

4 Evolutions souhaitées

<u>Etes-vous favorable à</u> :

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

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

Commentaires éventuels : ….

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

Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

Audition de l'IGA, IGAS et IGF sur la Protection Sociale Complémentaire

Mardi 19 mars 2019

L'IGA, l'IGAS et l'IGF ont été missionnées pour poursuivre les travaux menés en 2015 par ces mêmes inspections au sujet de la protection sociale complémentaire (PSC) des agents publics. À cette occasion, la FNCDG avait été associée aux travaux.

La mission s'est engagée à actualiser les éléments de 2015 et apprécier l'évolution des conventions et labellisations ainsi que le rôle joué par les centres de gestion. L'objectif de la mission est également de recueillir l'avis des CDG sur l'efficience du dispositif, leur avis sur la qualité des prestations proposées dans le cadre des conventions de participation et l'appréciation des risques couverts.

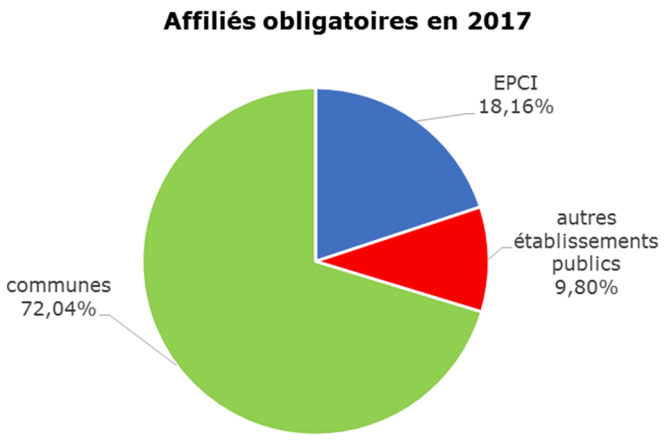
Les éléments présentés dans cette note reprennent les données de deux enquêtes:

- L'enquête globale 2018 sur les missions des Centres de Gestion dont les données ont été recueillies auprès des adhérents de la FNCDG
- Une enquête diligentée auprès des CDG en février 2019 en préparation de l'audition par la mission. Cette enquête a recueilli 40 réponses de CDG dont 29 ont mis en place ou ont engagé une procédure de convention de participation.

A) La typologie générale des CDG

§ Les affiliés obligatoires

Les communes représentent la part la plus importante (72,04%) des affiliés obligatoires. En moyenne, 353 communes sont affiliées aux CDG. 93% des collectivités affiliées aux CDG emploient moins de 50 agents. Les EPCI représentent 18,16% des affiliés obligatoires aux Centres de gestion. Le nombre d'EPCI et de communes affiliés obligatoirement a été réduit du fait de la réforme territoriale. Concernant les autres établissements publics, ils représentent 9,8% des affiliés.

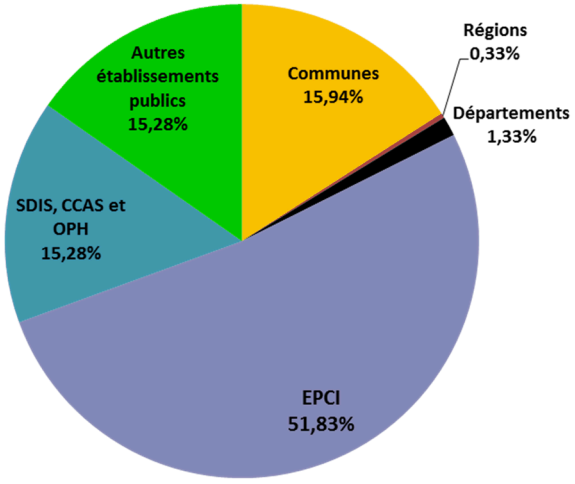


§ Les affiliés volontaires

Fin 2017, les affiliés à titre volontaire ont beaucoup progressé depuis 2006 : près des trois quarts des CDG déclarent qu'au moins une collectivité ou un établissement est affilié volontairement.

En moyenne, 6 collectivités ou établissements sont affiliés volontaires dans le ressort des 49 CDG concernés. Ces affiliés sont majoritairement des EPCI (51,83%), des communes (15,94%) et des établissements publics tels que des CCAS ou des SDIS (15,28%).
La part des EPCI affiliés volontaires a très largement progressé, ils représentaient 26,32% en 2012 contre 51,83% en 2017. Les EPCI qui s'affilient volontairement emploient en moyenne 675 agents.

Répartition des affiliés volontaires en 2017



§ Les collectivités non affiliées

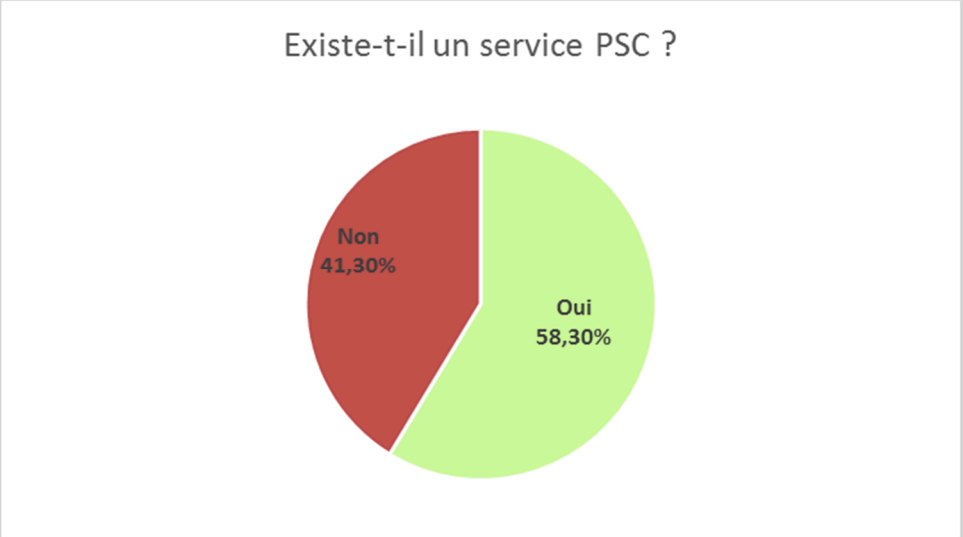
En moyenne, dans chaque département 9 collectivités et établissements publics ne sont pas affiliés au Centre). Le nombre de collectivités non affiliées est plus important dans les Centres de gestion urbains gérant plus de 10 000 agents.
Les établissements publics autres que les EPCI représentent la part la plus importante de non affiliés (34,70%). Viennent ensuite les communes, et majoritairement celles employant plus de 500 agents (33,58%), les départements et les régions (23,51%) et enfin les EPCI (8,21%).
Dans près de 84% des départements, des délibérations ont été prises par les collectivités et établissements non affiliés en faveur d'une adhésion au socle de prestations mis en œuvre depuis 2012. Seuls 64% des CDG indiquaient avoir des adhérents fin 2014.

Dans près de 84% des départements, des délibérations ont été prises par les collectivités et établissements non affiliés en faveur d'une adhésion au socle de prestations mis en œuvre depuis 2012. Seuls 64% des CDG indiquaient avoir des adhérents fin 2014.
Dans près des deux tiers des CDG concernés, les adhésions concernent la totalité des collectivités et établissements non affiliés.

B) La compétence des Centres de Gestion en matière de PSC

Ø Existe-t-il un service de protection sociale complémentaire ? (enquête globale FNCDG 2018)

% des 92 CDG ayant répondu



Plus de 58% des Centres de Gestion ayant répondu à l'enquête accompagnent les collectivités et les établissements de leur ressort pour la mise en œuvre de la protection sociale complémentaire. La mission s'est développée ces cinq dernières années dans les Centres de Gestion puisqu'en 2015, elle n'était exercée que par 34% des CDG.

Dans la Fonction Publique Territoriale, le décret d'application relatif à la PSC est paru le 8 novembre 2011. Il permet aux collectivités de participer au financement de la PSC, soit dans le cadre de la convention de participation[1], soit dans le cadre de la labellisation.

Les Centres de gestion peuvent permettre de renforcer la protection sociale complémentaire des agents de leur département dans le cadre d'une convention de participation.

Près d'un tiers des Centres propose la signature d'une convention PSC aux collectivités et établissements depuis 2015. 4 CDG prévoient une mise en œuvre d'une convention de participation à l'horizon 2020.

Année de la signature de la convention PSC	
2012	12%
2013	44%
2014	12%
2015	16%
2016	8%
2017	8%

[1] Convention conclue pour une durée de 6 ans aux termes de l'article 19 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011

Les CDG n'ayant pas engagé la PSC

Les freins rencontrés par les collectivités :

- Le manque d'information, il y a une certaine méconnaissance du dispositif. Certaines collectivités ont manqué l'information qui n'est pas remontée aux élus.
- La complexité de la matière est un frein important. De nombreuses petites collectivités n'ont pas les cadres pour étudier le dispositif, le texte est considéré comme complexe et nécessitant le recours à une expertise externe.
- Les finances: Les petites collectivités manquent de moyens, or une participation de l'employeur est nécessaire.
- Une procédure lourde à mettre en œuvre ; il est plus simple de passer par la labellisation.

Les principaux freins rencontrés par les CDG :

- Certains CDG n'ont pas les moyens de lancer une telle procédure, notamment en l'absence d'une sollicitation forte de la part des collectivités. Il faut un nombre minimum de collectivités sinon la mutualisation n'est pas intéressante et cela représente un risque. Alors qu'en labellisation, la mutualisation est nationale. En effet, dans la convention, le contrat doit s'équilibrer entre cotisations et prestations. Il faut un certain nombre d'agents afin de limiter les risques et d'éviter un contrat déséquilibré.
- La procédure est lourde, ce qui accapare beaucoup de temps et le personnel.
- Certains agents refusent car cela impacte leur rémunération si l'employeur participe faiblement (meilleure couverture par le conjoint)

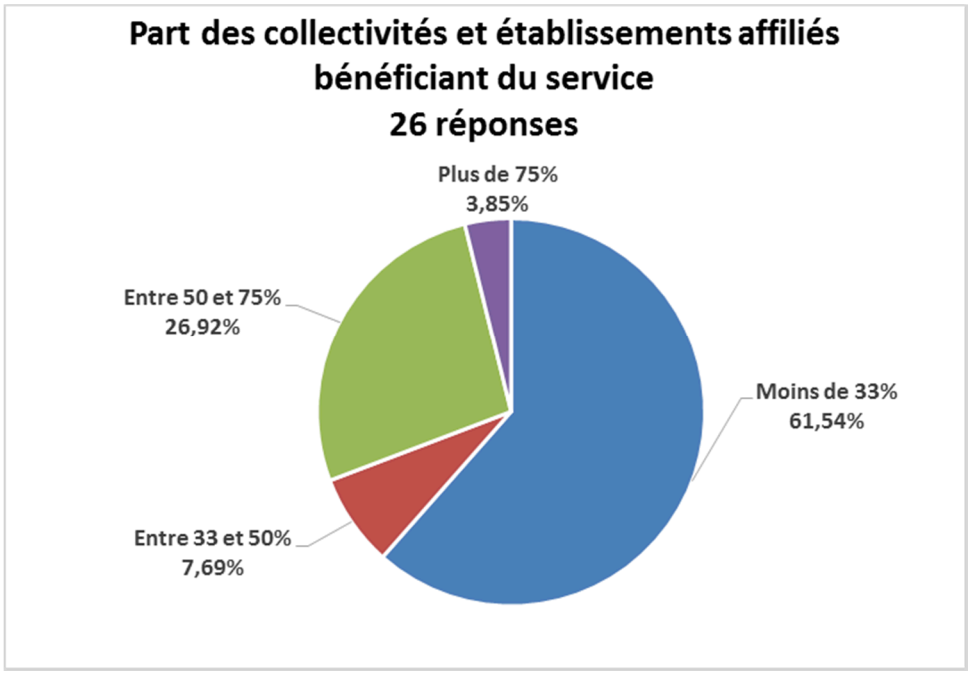
Plusieurs raisons sont évoquées par les Centres n'exerçant pas cette mission :

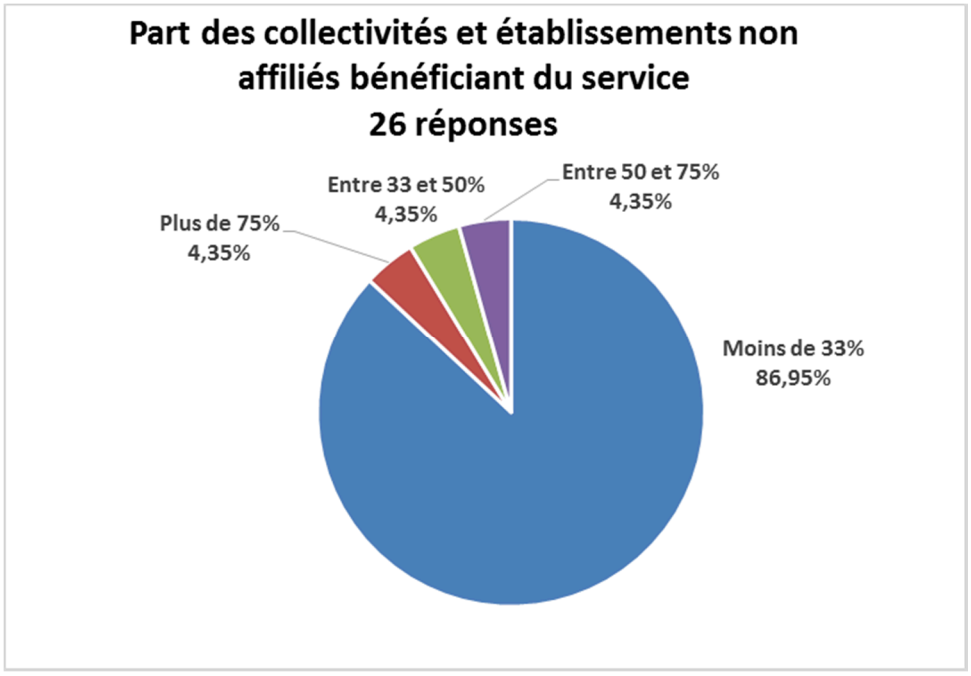
- Les collectivités organisent elles-mêmes les prestations (100%)
- Les collectivités ne proposent pas de prestations (12,5%)
- Il n'y a pas assez de moyens humains au sein du CDG (25%)
- Cette mission ne figure pas dans les orientations politiques du CDG (6,25%)
- Le Centre a encouragé la labellisation (12,5%).

Les CDG ne disposent pas d'informations précises sur les actions des collectivités en matière de PSC. Seuls 23% des établissements ont connaissance des collectivités et établissements de leur ressort engagés dans le dispositif.
Ces éléments résultent généralement des informations transmises par le biais du comité technique.
Il semble que la majorité des collectivités ne sont pas engagées dans la protection sociale complémentaire. Celles qui sont engagées ont très majoritairement recours à la labellisation (83,33% selon l'enquête globale FNCDG 2018)

Ø Quelle est la part des collectivités bénéficiant de la mission « PSC » ? (enquête globale FNCDG 2018)

Base : 26 réponses
Que la collectivité soit affiliée ou non, la part des collectivités ayant recours aux Centres de Gestion pour la conclusion d'un contrat de participation pour la protection sociale complémentaire est majoritairement inférieure à 33%. Toutefois, plus de 30% des CDG indiquent que plus de 50% des affiliés bénéficient de ce service.





C) Procédure de convention

La procédure garantit une mise en concurrence efficace pour la quasi-totalité des CDG (25 sur 26 répondants) la convention de participation est le meilleur moyen d'assurer une concurrence efficace et saine. Le caractère particulier de la convention de participation assure une égalité de traitement permettant une juste concurrence au bénéfice des agents et des employeurs territoriaux.

De la même manière, la totalité des CDG répondants déclarent avoir fait appel à un organisme privé

Lors de l'appel d'offres (24 CDG répondants)

- 70% étaient en mesure de vérifier la maîtrise financière du dispositif par l'organisme candidat
- 100% étaient en mesure de vérifier les garanties professionnelles des candidats
- 92% étaient en mesure de vérifier les garanties financières des candidats
- 83% étaient en mesure de vérifier les garanties prudentielles des candidats

La totalité des CDG assurent le suivi de la convention. La présence de « tiers-experts » est prévue dans les conventions et ce point est a fondamental à la fois pour le pilotage des résultats et la défense des intérêts des agents et collectivités, mais aussi pour la production des états de provisions « Tête par tête » (PREVOYANCE) et l'analyse des postes de consommations (MUTUELE SANTE). L'ensemble des mesures de pilotage a pour objectif d'adapter le contenu contractuel (tarifs et contenu contractuel) en fonctions de la réalité constatée au fil de l'eau.

Le suivi de la convention, avec les tiers-experts, s'effectue au sein d'un comité de pilotage ad-hoc en présence des représentants des employeurs et des représentants du personnel (émanation du Comité Technique, mais avec la présence possible de responsables départementaux des organisations syndicales).

Ø Quel a été le nombre de soumissionnaires et les prestataires retenus ?

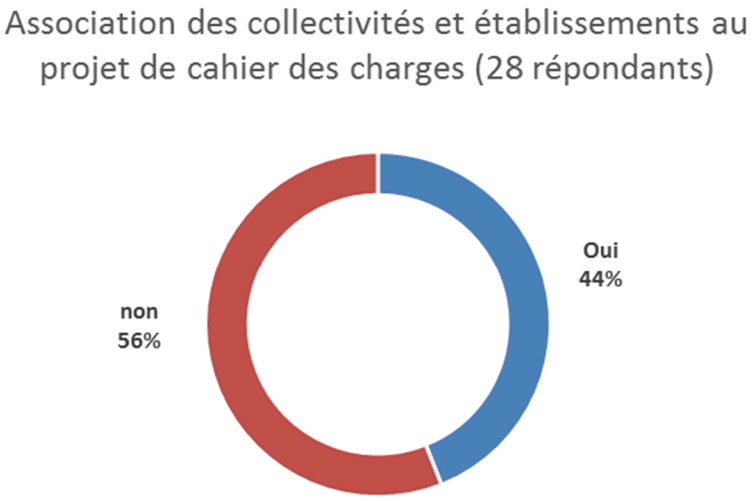
Base : 20 réponses

Entre six et sept prestataires de protection sociale complémentaire ont soumissionné mais ce chiffre est variable selon les départements et selon les garanties prévoyance ou santé.
Les 20 CDG répondants à cette question ont cité les prestataires retenus suivants : MNT, SMACL, Publiservices, la mutuelle générale, intériale, mutuelle France prévoyance, Collecteam, Humanis, Mut'Est, Spheria vie, Adrea, Mutex, Territoria Mutuelle, MNFCT.

Ø Les collectivités et les organisations syndicales ont-elles été associées au projet ?

Base : 28 réponses

44% des Centres répondants ont associé les collectivités et établissements à l'élaboration du cahier des charges et une part similaire (43%) des CDG ont créé une commission ad hoc pour travailler sur ce projet rassemblant élus et syndicats.
L'avis des organisations syndicales a été recueilli dans le cadre des comités techniques des Centres et des collectivités et établissements conformément à l'article 33 de la loi du 26 janvier 1984.



52% des CDG estiment que les informations fournies par les organismes sont suffisantes. Il est parfois nécessaire de demander systématiquement des éléments statistiques en dehors du compte de résultat annuel.
Il est important de le spécifier lors de la publication du cahier des charges et de la consultation. A titre d'exemples, sont demandés les éléments de reporting suivants sur les deux risques :

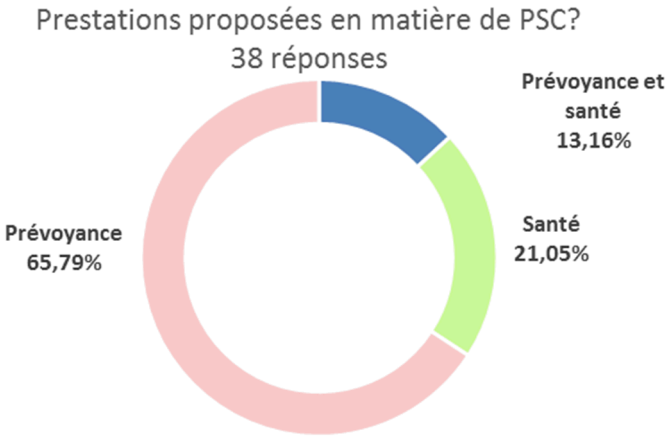
- Les sinistres et les provisions « ligne à ligne » pour la PREVOYANCE,
- L'état des consommations de tous les actes en MUTUELLE SANTE
- L'état des adhérents à fréquence semestrielle (agents adhérents et collectivités adhérentes)

D) Modalités de participation et garanties choisies

Base : 38 réponses (enquête globale FNCDG 2018)

La double garantie prévoyance/santé est la moins souscrite (13,16%). Vient ensuite la santé (21,05%), la prévoyance étant la garantie majoritairement souscrite (65,79%).

Le faible taux de la garantie santé pourrait s'expliquer par le recours privilégié à la labellisation sur ce volet.



Ø Quel est le nombre de collectivités et d'agents couverts par les contrats de participation ?

Base : 36 réponses

En moyenne, en matière de santé, environ 134 collectivités sont couvertes par le contrat de participation mis en place par le CDG. Elles sont 163 en moyenne ayant souscrit au contrat de prévoyance.

Le nombre moyen d'agents couverts en matière de santé est de 3014 et de 4379 concernant la prévoyance.

Dans la moitié des établissements, les agents retraités sont également couverts par le contrat de participation.

Les données moyennes sont présentées par CDG

	Nombre moyen	Nombre minimum	Nombre maximum
Nombre de collectivités et d'établissements ayant souscrit un contrat de participation santé	134	41	340
Nombre de collectivités et d'établissements ayant souscrit un contrat de participation prévoyance	163	12	390
Nombre d'agents couverts par un contrat de participation santé	3014	188	6500
Nombre d'agents couverts par un contrat de participation prévoyance	4379	1195	20 000

Il est à noter que le CIG de la Petite Couronne, dans le cadre du renouvellement de la convention de participation pour 2020 couvrira près de 100 000 agents.

- Sur les modalités de participation retenues

73% des CDG ont opté pour un versement directement aux agents
27% des CDG versent aux agents ou aux organismes complémentaires selon le cas.

Les offres proposées par les CDG sont assez hétérogènes, et sont généralement à géométrie variable, offrant différentes prestations. La participation mensuelle se situe entre 1 et 33 euros. Les participations sont établies selon différents critères (composition familiale, montant du traitement)

Ä La garantie santé

Le montant moyen unitaire des participations par agent adhérent en 2018 à l'offre proposée par le prestataire bénéficiaire du contrat-cadre est de 14 euros (10 répondants). Globalement, le nombre d'agents couverts par une complémentaire santé avec participation de la collectivité est en augmentation depuis 2015.

Généralement, l'offre comprend 2 à 3 formules (issues du cahier des charges fourni par le CDG (formule de base, renforcée, supérieure…), ou une offre de base et des niveaux d'offres supérieurs.

Ä La garantie prévoyance

Le montant moyen unitaire des participations par agent adhérent en 2018 à l'offre proposée par le prestataire bénéficiaire du contrat-cadre est de 12 euros (19 répondants). Globalement, le nombre d'agents couverts par une complémentaire santé avec participation de la collectivité est en augmentation depuis 2015.

L'organisme retenu propose en moyenne 3 offres. Généralement, l'organisme propose une offre de base type "pack" et 2 à 3 options supplémentaires en fonction du souhait de l'employeur.
Les niveaux d'indemnisation peuvent être de plusieurs niveaux (80% ,90% ,95%) au choix de la collectivité.

Exemple: chaque employeur détermine le socle de protection minimale (incapacité) et le revenu de référence (TIB, NBI, % du RI). Puis, chaque agent peut ensuite compléter sa protection avec les garanties invalidité (si non choisie par l'employeur, perte de retraite suite à invalidité, décès ou perte irréversible d'autonomie)

L'offre retenue propose :

Pour 100% des CDG la Garantie Maintien de Salaire en cas d'Incapacité Temporaire totale de Travail (ITT)
Pour 90% des CDG la Garantie des Primes et Indemnités en cas d'Incapacité Temporaire totale de Travail
Pour 100% des CDG la Garantie Maintien de Salaire en cas d'Invalidité permanente
Pour 95% des CDG un Complément Retraite en cas d'Invalidité permanente
Pour 86% des CDG un Capital Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

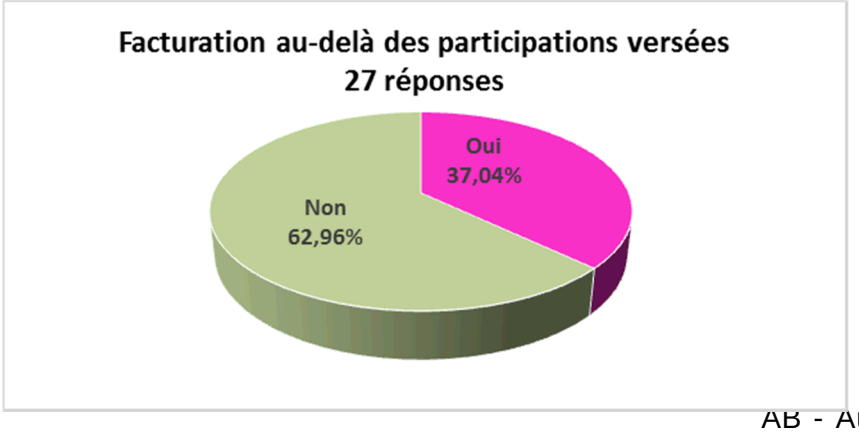
Ø Votre Centre facture-t-il l'exercice de cette mission au-delà des participations versées par les collectivités et les établissements ?

Base : 27 réponses

Pour environ 63% des Centres de Gestion ayant répondu, aucune facturation au-delà des participations versées par les collectivités et établissements n'est réalisée dans le cadre de l'exercice de cette mission.
Pour les Centres qui facturent, deux modalités coexistent :

- Une part de masse salariale des agents assurés (entre 0,02 et 0,04%)
- Un forfait appliqué selon la taille de la collectivité ou de l'établissement ou en fonction du nombre d'agents couverts (entre 20 et 380€).

En cas de facturation par le CDG, celle-ci n'est jamais supérieure au coût de gestion du service.



E) Qualité et incidence de la participation employeur

Ä Avis des CDG sur l'efficience du disposition PSC

-Le montant de la participation employeur détermine le taux d'adhésion des agents. Parfois, la participation des employeurs est très faible donc elle ne permet pas à certains agents d'adhérer. Enfin, les contraintes budgétaires des collectivités peuvent peser sur le montant final de la participation. Certains CDG estiment que le caractère facultatif de cette participation inciterait peu les agents à se protéger.

-C'est un dispositif permettant aux agents les plus précaires d'accéder à une assurance prévoyance grâce à un contrat négocié et à la participation employeur. Cependant, les contractuels dont la situation est plus précaire se dirigent peu vers l'offre prévoyance bien que le décret n°2011-1474 leur permette d'y adhérer.

-Le dispositif peur parfois se révéler insuffisant au regard de l'augmentation du nombre de retraites pour invalidité. En effet, beaucoup d'agents ne disposent pas d'un contrat de protection sociale complémentaire ou ne sont couverts que pour l'incapacité temporaire au moment où ils sont radiés des cadres. Le montant de la retraite est par conséquent très faible et est susceptible de mettre l'agent dans une situation de forte précarité.

-Difficultés à obtenir des statistiques de la part de l'assureur et difficultés à les analyser (manque de transparence)

-C'est un dispositif très complexe que les collectivités et les agents ont des difficultés à comprendre. Il conviendrait de le simplifier.

-L'adhésion à la convention de participation oblige à la mise en place d'une participation. Même si celle-ci est minime, elle permet aux agents de pouvoir souscrire à un contrat de prévoyance. Le dispositif de labellisation est plus facilement utilisé pour la santé.

Certains CDG estiment que sur le volet santé, il est difficile de juger du montant nécessaire pour encourager l'agent à prendre une mutuelle sauf à imaginer une couverture minimale des risques pour que le reste à charge pour l'agent soit quasiment nul. Cela pourrait impliquer une participation minimale. S'agissant de la prévoyance, c'est une volonté de l'employeur pour couvrir le risque de perte. L'adhésion à la prévoyance n'est acquise que lorsque le reste à charge est quasiment nul. Le coût moyen de participation doit être suffisant pour faire effet de levier, mais reste faible pour permettre à tout agent ayant une rémunération proche du SMIC d'adhérer.

-Le dispositif est pertinent et l'effet mutualisation permis grâce à l'intervention du CDG est très positif. Cependant, la mutualisation ne garantit pas la pérennité des conditions tarifaires sur la durée du marché.

-Pour assurer la viabilité du dispositif, il est nécessaire d'avoir un gros volume d'agents à couvrir et ensuite avoir un taux d'adhésion assez important. Le suivi dans le temps avec le délégataire est important compte tenu de la durée de la convention

-Certains CDG estiment que l'absence de participation minimum créée des inégalités importantes entre employeurs. Elle limite aussi la portée du dispositif pour les agents.

Ä Appréciation sur les risques couverts selon les CDG

-Les collectivités adhèrent essentiellement à la garantie maintien de salaire en cas d'ITT.

-Il y a une bonne couverture si le cahier des charges a été bien rédigé.

-Les risques couverts, invalidité et incapacité de travail de plus de 3 mois, sont les plus fréquents donc nécessaires dans ce type de contrat.

-L'incapacité et l'invalidité constituent les risques les plus lourds à supporter et doivent être maintenus

-La PSC n'a pas vocation à couvrir la journée de carence ou les arrêts de courte durée. Son objectif est de proposer un accompagnement social de l'emploi et non favoriser l'absentéisme.

-Les risques couverts par la prévoyance sont des risques en augmentation constante dans la FPT. La hausse de l'absentéisme pour raison de santé rend nécessaire une meilleure couverture des agents en ce qui concerne le maintien de salaire, que ce soit en MO, en CLM, en CLD. La hausse du nombre de retraite pour invalidité plaide également pour une couverture renforcée des agents. (11% des départs à la retraite ont pour motif l'invalidité).

- Articulation avec les règles statutaires selon les CDG

-Le contrat prévoyance doit intervenir en complément des droits statutaires, pour faire face à la perte de rémunération en cas de congés pour inaptitude ou en cas d'inaptitude

-La garantie maintien de salaire peut retarder le retour à l'emploi pour certains agents jugés aptes à la reprise de leurs fonctions par un médecin agréé

-Il y a une bonne adéquation entre le statut et les conditions mises en place par les prestataires pour les agents CNRACL, tant au niveau de l'incapacité temporaire qu'au niveau de l'invalidité. .

-L'hétérogénéité des statuts des agents (cnracl, ircantec, droit public, droit privé, ….) complexifie la définition des garanties.

-Les difficultés proviennent de la différence des régimes de protection sociale (CNRACL et IRCANTEC) pour lesquelles la PSC vient en complément.

-Se pose la question de la couverture du RI par la prévoyance. Depuis la mise en place du RIFSEEP, les règles de versement du RI pendant les arrêts sont modifiées. Le RI est maintenu, et suit le sort du traitement en MO, et en CLM et en CLD.

Il est parfois supprimé pendant les périodes de plein traitement du CLM et du CLD, et de demi traitement. Or la prévoyance ne couvre que les périodes de demi-traitement, et ne compense aucune perte de RI pendant la période plein traitement. Si les mutuelles doivent compenser la perte l'intégralité d'un RI pendant les périodes de plein traitement, les cotisations vont augmenter.

- Avis sur la qualité des prestations proposées par les mutuelles ou assurances référencées

68 % des CDG se disent satisfaits et 27 % très satisfaits

++ En santé, les offres sont diversifiées, adaptées aux familles et les contrats solidaires assurent de bons niveaux de garanties dans des gammes tarifaires maitrisées. En Prévoyance, les offres proposées sont adaptées aux règles statutaires et permettent aux bénéficiaires, selon les pratiques de leur collectivité, de trouver des garanties adaptées aux besoins.

+ Les prestataires sont relativement rapides à mettre en œuvre la garantie maintien de salaire des agents.

+ Les délais de remboursement en matière de prévoyance sont très satisfaisants et désormais les demande de remboursement se font en ligne, ce qui simplifie la procédure. Un progrès plus global sur la numérisation est souhaitée par les CDG

+Il importe de développer encore plus les services associés dans une optique préventive. Ces mesures pour avoir de réels effets sur l'équilibre général du contrat (dispositifs de retour à l'emploi, accompagnement individuel…)

+ La qualité des prestations doit faire l'objet d'une supervision du CDG dans le cadre de l'exécution de la convention. C'est l'enjeu essentiel de la transparence entre les opérateurs et leurs clients, les CDG.

-Des améliorations sont attendues dans le domaine de la prévention de l'absentéisme et du contrôle médical

- Méconnaissance de leurs engagements (invalidités contestées, délais de paiement non respectés)

Ä Appréciation générale sur le dispositif, compétence obligatoire du CDG

Les CDG ont été interrogés sur la pertinence de rendre obligatoire la compétence PSC pour leurs établissements. Plusieurs arguments sont présentés mais il n'existe pas de consensus sur la question. Un peu moins de la moitié des CDG seraient plutôt en faveur d'une compétence obligatoire et 1/3 des CDG se prononce contre. Le reste des établissements interrogés ne se sont pas prononcés.

En faveur de la compétence obligatoire

Le CDG par son implantation départementale est le garant d'une application uniforme des règles statutaires, demeure le plus à même à assurer la réalisation de ce projet par une mise en concurrence sur l'aire départementale. En effet, la contractualisation ne peut être efficiente que pour un nombre significatif de contractants.

De nombreuses collectivités ne proposent pas ce type d'action, souvent au vu de leur petite taille, ou ont du mal à appréhender ce volet. les CDG sont les mieux placés pour cela en raison de leur excellente connaissance de leur territoire et de la population d'agents.

Le positionnement des CDG, à plus forte raison si la réglementation prévoit expressément des groupements de commande entres CDG, est absolument pertinent. Le CDG est connaisseur du statut et donc du complément du statut et devrait être incontournable pour la conclusion de tous les contrats PSC.

En défaveur de la compétence obligatoire

La réponse est plutôt négative et ce pour deux raisons :

- Le financement de la protection sociale complémentaire demeure un dispositif facultatif pour les collectivités territoriales et leurs établissements publics qui conservent leur libre administration.

- Ces mêmes collectivités et établissements publics peuvent décider de participer à ces dispositifs via la procédure de labellisation.

F) Propositions d'évolution de la PSC

- Proposition de la FNCDG dans le cadre de la contribution votée au congrès de la Baule

La protection sociale complémentaire (PSC) s'inscrit pour les employeurs dans une volonté de protéger leurs agents, et plus largement dans le cadre d'une politique sociale.

La publication du décret du 8 novembre 2011 a favorisé l'émergence de demandes de collectivités auprès de leurs CDG en vue d'initier une démarche groupée/mutualisée pour bénéficier de contrats négociés, à l'instar des démarches largement approfondies par les CDG en matière de mutualisation des contrats-groupe d'assurance statutaire pour couvrir les risques statutaires liés à la prise en charge obligatoire de la rémunération de leurs agents à la suite de congés maladie, maternité ou adoption.

Cependant, il semble que la majorité des collectivités ne se soient pas engagées dans la mise en œuvre de la PSC selon le rapport du CSFPT relatif à l'accès à la protection sociale complémentaire dans la FPT (mars 2017), en dépit du choix concernant les instruments de mise en œuvre (labellisation ou convention de participation), la couverture des risques et le niveau de participation financière de l'employeur.

Compte-tenu des contraintes financières pesant sur les collectivités et établissements, le caractère non obligatoire de la PSC et de la participation de l'employeur ne peut être remis en cause.

Pour autant, l'intérêt de cet axe de politique sociale doit susciter le dialogue social au sein des collectivités. Les organisations représentatives des personnels sont ainsi généralement fortement associées à l'ensemble de la procédure dans le cadre des instances (CT, CHSCT) ou des réunions préparatoires et de suivi, lorsque la PSC est mise en place.

Maintenir le caractère non obligatoire de la PSC et de la participation de l'employeur mais instaurer un dialogue obligatoire au sein des collectivités concernant l'éventuelle mise en œuvre de la PSC.

- Pistes d'évolution de la PSC selon les CDG

Les réponses des CDG reflètent la diversité des situations rencontrées sur les territoires et la variété des besoins et attentes vis-à-vis du dispositif de PSC. Les pistes évoquées ne font pas toutes consensus et doivent être considérées individuellement en fonction des établissements.

-Il ressort de l'enquête que pour certains CDG, une réflexion sur la généralisation du dispositif avec un niveau de participation minimum obligatoire pour les employeurs afin d'inciter les adhésions des agents devrait être engagé. Le vieillissement des agents de la fonction publique territoriale a comme conséquence directe une augmentation des absences pour raison de santé et des départs pour invalidité.

-Encadrer les évolutions tarifaires au cours de la durée de vie de la convention de participation. Celles-ci sont source de mécontentement. En effet, le taux de cotisation lors de la prise d'effet du contrat apparait comme un prix d'appel qui ne cesse d'augmenter au cours des 6 années en fonction de l'évolution du taux de sinistralité et spécialement au cours des deux dernières années.

-Un suivi médical plus rigoureux de la part de l'assureur dans le domaine de la prévoyance. Les évolutions règlementaires instituant un jour de carence pourraient être

complétées par un contrôle régulier du bien fondé des arrêts de travail par le service médical de l'assureur (lutte contre l'absentéisme)

-Mutualiser entre plusieurs CDG dans le cadre de la charte régionale est susceptible d'alléger la charge de travail et les coûts et de faire bénéficier les agents de tarifs encore meilleurs

-Alléger la procédure de passation du marché et de saisine des instances paritaires sur les différentes phases de la procédure.

-Des campagnes d'information devraient être effectuées annuellement auprès des structures publiques territoriales.

-Il serait pertinent que le texte évolue afin de permettre aux collectivités de moins de 50 agents de rejoindre aux conditions du contrat et ce seulement en milieu de mandat, pour les 3 années restantes. Cela aurait pour conséquence un portefeuille élargi. Le système est verrouillé, alors que l'arrivée de petites communes a peu de conséquences pour le prestataire.

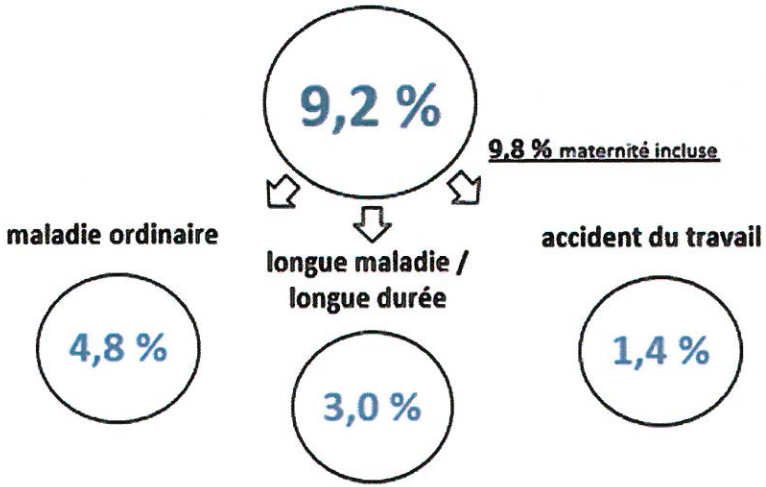
ABSENCES AU TRAVAIL POUR RAISON DE SANTÉ TENDANCES 2018

Mai 2019

sofaxis

L'EXPERT EN ASSURANCE
DU MONDE TERRITORIAL

Un taux d'absentéisme qui se stabilise en 2018 :





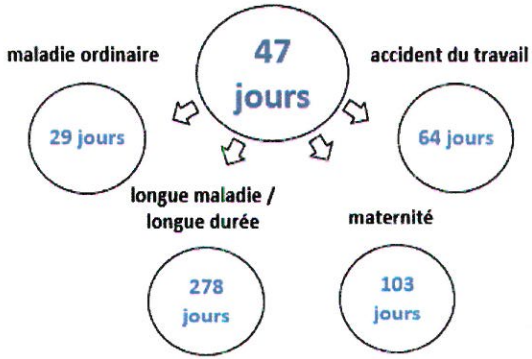
Le taux d'absentéisme tend à se stabiliser en 2018.

La hausse progressive de l'indicateur en maladie ordinaire et en accident du travail constatée les années précédentes semble se ralentir en 2018.

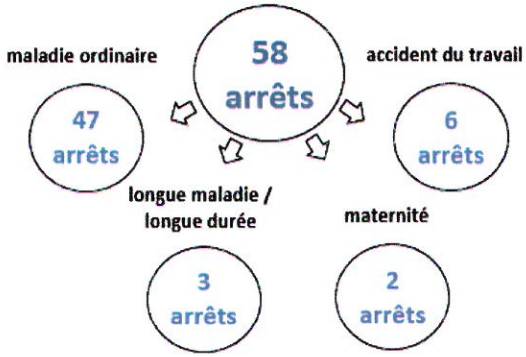
Le taux d'absentéisme global progresse ainsi de 33 % en 10 ans.

sofaxis
L'EXPERT EN ASSURANCE DU MONDE TERRITORIAL

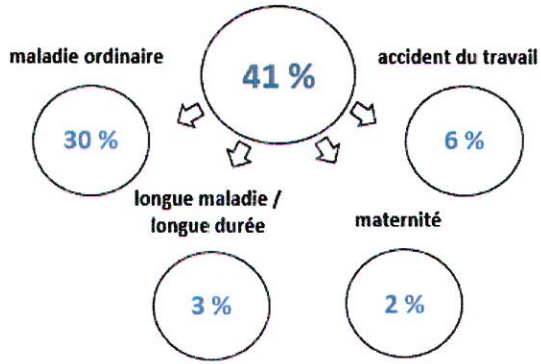
Gravité, fréquence et exposition varient de manière différente entre 2017 et 2018 :



+ 20 % entre 2017 et 2018
en lien direct avec la hausse de l'indicateur en maladie



- 19 % entre 2017 et 2018
en lien direct avec la baisse de l'indicateur en maladie



- 9 % entre 2017 et 2018
en lien direct avec la baisse de l'indicateur en maladie

Alors que les indicateurs restent stables pour les autres natures d'absences …

… la gravité augmente en maladie ordinaire (22 jours en 2017 vs 29 jours en 2018).

… la fréquence baisse en maladie ordinaire (61 arrêts pour 100 agents employés en 2017 vs 47 arrêts en 2018).

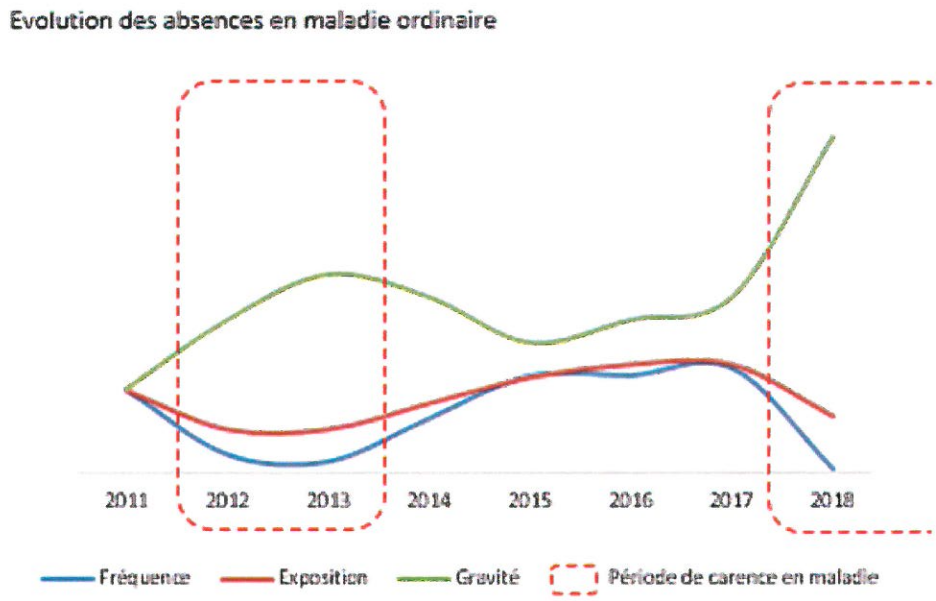
… l'exposition baisse en maladie ordinaire (34 % en 2017 vs 30 % en 2018).

sofaxis
L'EXPERT EN ASSURANCE DU MONDE TERRITORIAL

L' impact du jour de carence sur les absences en maladie ordinaires

L'impact du jour de carence en maladie au 1er janvier 2018 :

Les variations constatées des indicateurs de mesure des absences en maladie ordinaire (gravité, fréquence et exposition) ont un impact certain sur les indicateurs globaux, du fait du poids important de cette nature dans l'ensemble des absences.



Comme déjà constaté en 2012 et 2013, l'introduction d'un jour de carence en maladie ordinaire a pour effet une baisse du nombre d'arrêts et du nombre d'agents absents.

En revanche, la durée moyenne d'arrêt augmente du fait d'un nombre moins important de très petits arrêts et de l'augmentation régulière et continue de la durée des arrêts de travail les plus longs.

sofaxis
L'EXPERT EN ASSURANCE DU MONDE TERRITORIAL

La population concernée par l'étude regroupe un échantillon de 427 000 agents affiliés à la CNRACL, répartis dans 16 400 collectivités assurées pour toutes les natures d'arrêt (maladie ordinaire, maternité, longue maladie/longue durée et accident du travail), le champ d'étude est constitué de l'ensemble des arrêts de travail déclarés entre 2008 et 2017.

Les indicateurs de mesure des absences sont calculées en mai 2019 et sont représentatifs d'une tendance à cette date.

Les notes de conjoncture ainsi que le glossaire statistique (calcul des taux) sont consultables sur le site Internet **www.sofaxis.com**

Retrouvez nos avis d'experts sur le blog Expertises publiques :
www.blog-expertises-publiques.com

DATA MANAGEMENT

De nouvelles possibilités pour les Centres de Gestion

sofaxis

L'EXPERT EN ASSURANCE
DU MONDE TERRITORIAL

CDG 67

fonction publique territoriale

MISE EN ŒUVRE DES DIAGNOSTICS RPS DANS LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES: PRÉSENTATION D'UNE DÉMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT MUTUALISÉE PAR LES CENTRES DE GESTION

MERCREDI 22 MAI 2019 – SALON PREVENTICA 2019

SOMMAIRE

Présentation du projet réalisé au CDG67

- **Références réglementaires**
- **Genèse du projet**
- **Montant et calendrier du marché**
- **Partenariat avec le Fonds National de Prévention (FNP)**

Présentation réseau ANACT/ARACT

Déroulement et bilan du projet

- **Méthodologies utilisées**
- **Retours sur les résultats de ces diagnostics**

PRÉSENTATION DU PROJET RÉALISÉ AU CDG67

Mme Pascale CORNU
DGS

RÉFÉRENCES RÉGLEMENTAIRES

- **Accord du 20 novembre 2009** sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique (une des 15 actions programmées orientée sur le champ des risques psychosociaux).
- **Accord-cadre du 22 octobre 2013** relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique qui impose à chaque employeur public d'élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS, auquel l'ensemble des agents devra être associé, intégrer dans le document unique d'évaluation des risques professionnels, auquel participe le CHSCT.
- **Circulaire ministérielle du 25 juillet 2014** relative à la mise en oeuvre de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 dans la fonction publique territoriale, chaque employeur est responsable de la réalisation du diagnostic local: Les plans de prévention locaux des RPS sont élaborés avec le concours du CHSCT ou de l'instance en tenant lieu, le dispositif est organisé et géré par les Centres de Gestion

CDG 67

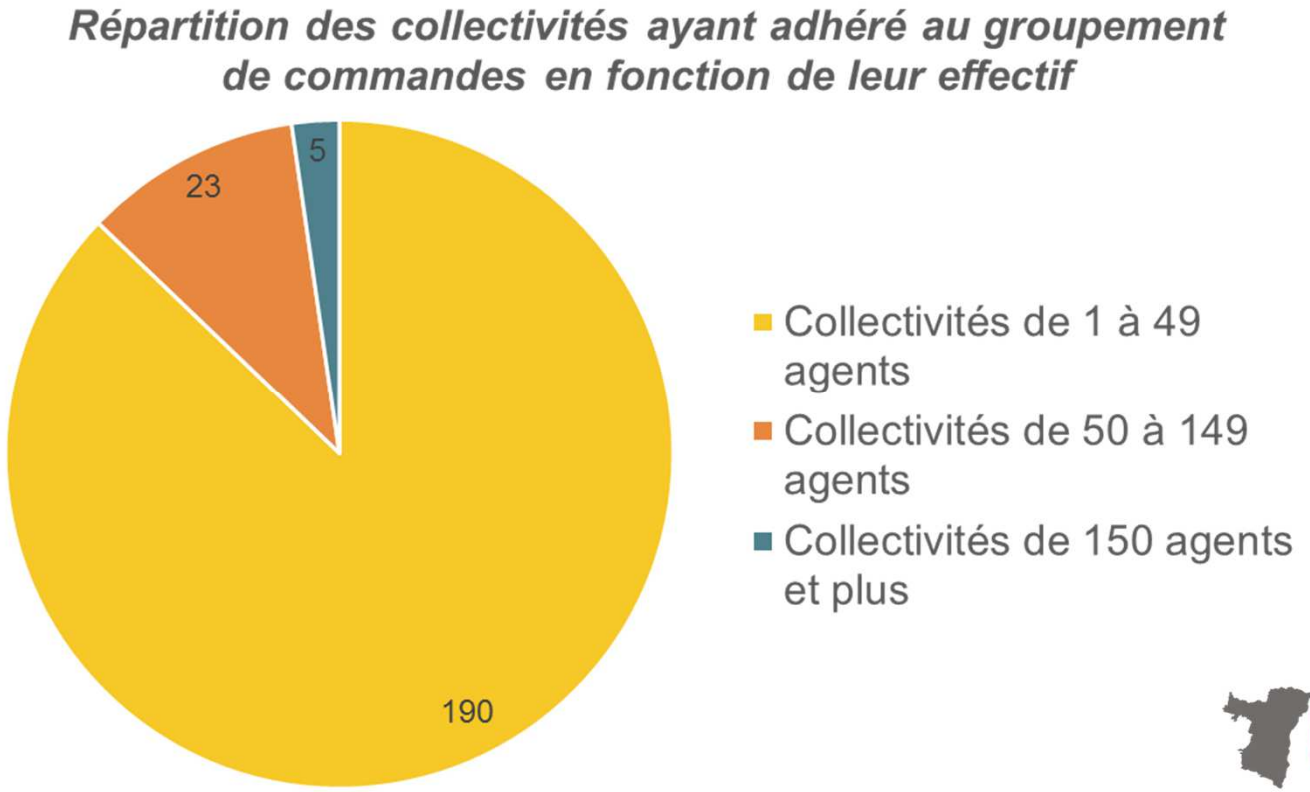
GENÈSE DU PROJET

Périodes	Actions menées
Fin mars 2015	Appel d'offres en vue de la sélection d'une Assistance à Maitrise d'Ouvrage pour la réalisation d'un cahier des charges
Août 2015	Elaboration d'un questionnaire de recensement des besoins
10 septembre 2015	Diffusion du questionnaire auprès des collectivités
23 et 25 février 2016	Réunions d'informations sur les RPS la démarche initiée par le CDG67 en appui des collectivités pour la réalisation des diagnostics
Appel d'offres / Groupement de commandes	
Du 30 septembre 2016 au 7 Novembre 2016	Diffusion des pièces du marché et réception des candidatures des prestataires
Du 7 novembre 2016 au 16 décembre 2016	Analyse des 5 offres
13 janvier 2017	Questions posées à 4 candidats
Prestataire retenu : CEGAPE	

GENÈSE DU PROJET

225 collectivités/établissements publics ont adhéré à notre groupement de commandes en 2016.

Soit 218 collectivités/établissements publics après les différentes fusions.



MONTANT ET CALENDRIER DU MARCHÉ

Coûts :

- **Coût pour les collectivités en fonction du nombre d'agents :**

  La prestation de CEGAPE est composé d'un prix forfaitaire par collectivité/établissement public + un coût unitaire par agent

(Nombre d'agents retenu correspondant aux informations transmises par la collectivité/établissement public lors de son adhésion)

Le montant global du marché est de 729 018 € TTC

MONTANT ET CALENDRIER DU MARCHÉ

Phase 1: Phase Test	**Dans les deux mois** qui suivent la tenue de la réunion de lancement du marché (**7 février 2017**): une démarche test avec **une collectivité de moins de dix agents** et une démarche test avec **une collectivité de dix à cinquante agents**
Phase 2	**Au bout de 8 mois** Au moins **40 collectivités/établissements** publics de 1 à 49 agents
Phase 3	**Au bout de 12 mois** Au moins **67 collectivités/établissements publics** de 1 à 49 agents
Phase 4	**Au bout de 15 mois** Au moins **100 collectivités/établissements publics** de 1 à 49 agents
Phase 5	**Au bout de 18 mois** Au moins **132 collectivités/établissements publics** de 1 à 49 agents
Phase 6	**Au bout de 21 mois** Au moins **164 collectivités/établissements publics** de 1 à 49 agents
Phase 7	**Au bout de 24 mois** **197 collectivités et/ou établissements publics** de 1 à 49 agents

Pour les collectivités de 50 agents et plus, leur réalisation doit se faire au cours des 24 mois

PARTENARIAT AVEC LE FNP

- Les collectivités/établissements publics ayant adhéré à notre groupement de commandes peuvent **demander une subvention auprès du Fonds National de Prévention** avec l'aide du CDG67.

- Cette subvention est attribuée pour la **mise en œuvre d'une démarche de prévention** au sein de la collectivité/établissement public.

- Elle est attribuée par le FNP pour compenser **le temps des agents investis dans la réalisation de la démarche de prévention.**

- **A ce jour, 40 demandes ont été transmises au FNP.**

Aract GRAND EST

Anact Aract LE RÉSEAU

Action collective RPS
225 collectivités
CDG 67 – CEGAPE – ARACT GE

22 mai 2019 – PREVENTICA Paris 2019

Dominique HEN, Directeur
Délégué Régional de l'Anact

L'Aract Grand Est

Structure paritaire

Réseau ANACT / ARACT

Accompagner et outiller



Paritarisme de projet

Expertise et pluridisciplinarité

Expérimentation, Capitalisation, Transfert

« Rendre autonome les structures dans leur capacité à concilier satisfaction au travail confiance et performance »

Signes distinctifs : Dialogue social - Conditions de travail - Ensemble des acteurs du travail

L'Aract Grand Est

Nos missions sont précisées par le décret 2015-968 du 31.07.2015



Promouvoir la santé et la qualité de vie au travail lors de la conception des organisations, des équipements et des installations de travail



Prévenir les risques professionnels dans le cadre de l'organisation du travail



Améliorer les conditions de travail en agissant notamment sur l'organisation du travail et les relations professionnelles



Faciliter l'expression des salariés sur leurs conditions de travail, notamment lors de conduite de projets de transformation des entreprises et des organisations



Développer, proposer et diffuser des méthodes, démarches et outils issus des retours d'expériences de projets pilotes conduits avec tous les acteurs de l'entreprise

Les 5 phases de l’action collective

Une démarche dynamique et riche 2015-2019

L’identification des besoins

Entretiens / Rencontre des Maires et des Présidents / Constitution du marché

La formation du CHSCT inter collectivités

2 journées de formation paritaires

Recrutement du Cabinet de Conseil, des Consultant-e-s

CCTP – Analyse des offres – rencontre sélection

Accompagnements des collectivités

Accompagnements par les consultants – démarche soutenue par le CDG – suivie par l’Aract

Évaluation de la démarche

Animation et pilotage par le CDG67 - Bilan de l’action par les consultant-e-s - Enquête par l’Aract

Des points importants qui ressortent de l’action collective

Une démarche de prévention des RPS engagée dans chaque collectivité

« Des » perceptions initiales des Risques Psycho Sociaux

- Des situations individuelles – de la découverte du sujet à des actions déjà engagées
- Un sujet complexe qu'on ne savait pas comment appréhender
- La demande d'appui, d'accompagnement forte
- Le retour d'expérience d'une démarche Document Unique ERP qui avant séduit

Un CHSCT inter collectivités très intéressé mais démunie face à l'ampleur de l'action

Une offre de conseil variée, mais relativement classique

- Outils de gestion de projets complexes
- Approche centrée sur l'organisation du travail

Un accompagnement des collectivités tout de même bien contenu dans les temps

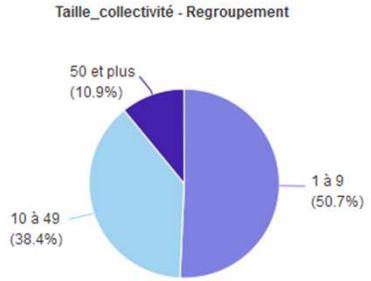
Un Appui du Centre de Gestion 67 sur les volets collectifs et individuels

Les résultats de l’évaluation

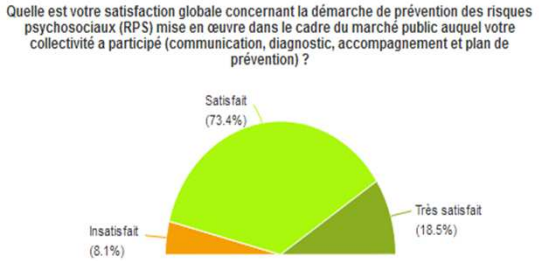
*Population étudiée : **Échantillon total***
Taille de l'échantillon : 138 réponses

Un très bon niveau de satisfaction … des points à améliorer sur l'autonomie acquise

138 collectivités ont répondu (65,7%)

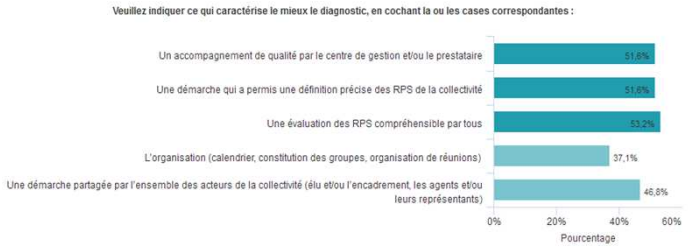


Très bon niveau de satisfaction global. Plus fort pour les plus petites



La qualité de la démarche, l'accompagnement, la pédagogie du sujet complexe des RPS sont reconnus par tous.
Manque de temps chronique dans certaines collectivités.

Un plan de prévention clair



Des attentes d'amélioration différenciées suivant les tailles Le prix pour les petites et la méthodologie pour les plus grandes

La nécessité de gagner en autonomie pour les collectivités

DÉROULEMENT ET BILAN DU PROJET

Mme Alexandra ROLAND
Psychologue du Travail

MÉTHODOLOGIES UTILISÉES

Nous avons adopté 2 méthodologies différentes en fonction de l'effectif de la collectivité/établissement public.

MÉTHODOLOGIES UTILISÉES

Les collectivités entre 1 et 49 agents

Le cabinet a mené des **entretiens collectifs et/ou individuels** (*en fonction du climat dans la collectivité et pour les supérieurs hiérarchiques*) sur la base de la **grille ED6140 de l'INRS** qui s'appuie sur les **familles des RPS du rapport Gollac** :

- Intensité et complexité du travail
- Horaires de travail difficiles
- Exigences émotionnelles
- Faible autonomie au travail
- Rapports sociaux au travail dégradés
- Conflit de valeurs
- Insécurité de l'emploi et du travail

MÉTHODOLOGIES UTILISÉES

Les collectivités entre 1 et 49 agents

Pour chacune des **26 questions** se rapportant à ces familles de risques, il a été demandé aux agents:

- Leur **fréquence d'exposition à ce risque**

Non concerné ; Rare ; Parfois ; Fréquent ; Très fréquent à toujours

- La **gravité/l'impact que le risque a pour l'agent, la collectivité**

Pas de conséquence visible sur le travail ; Perturbation de l'activité qui impacte le service ; Perturbation de l'activité qui impacte plusieurs services ; Dégradation de l'activité avec une perte de qualité et/ou un impact sur l'image de la collectivité

- La **maitrise de ce risque**

Aucune mesure existante ; Des mesures existent mais pas toujours mises en œuvre ; Pas toujours ou pas toutes efficaces ; Des mesures existent mais pas toutes efficaces ou d'autres mesures sont nécessaires ; Mesures existantes reconnues efficaces et couvrant les trois axes de prévention (humain, technique, organisationnel)

MÉTHODOLOGIES UTILISÉES

Les collectivités entre 1 et 49 agents

La restitution s'est faite de manière **collective**, tous métiers confondus.

Il y avait la possibilité de faire remonter des spécificités métiers lorsque les agents le **souhaitaient** par l'intermédiaire des **commentaires**.

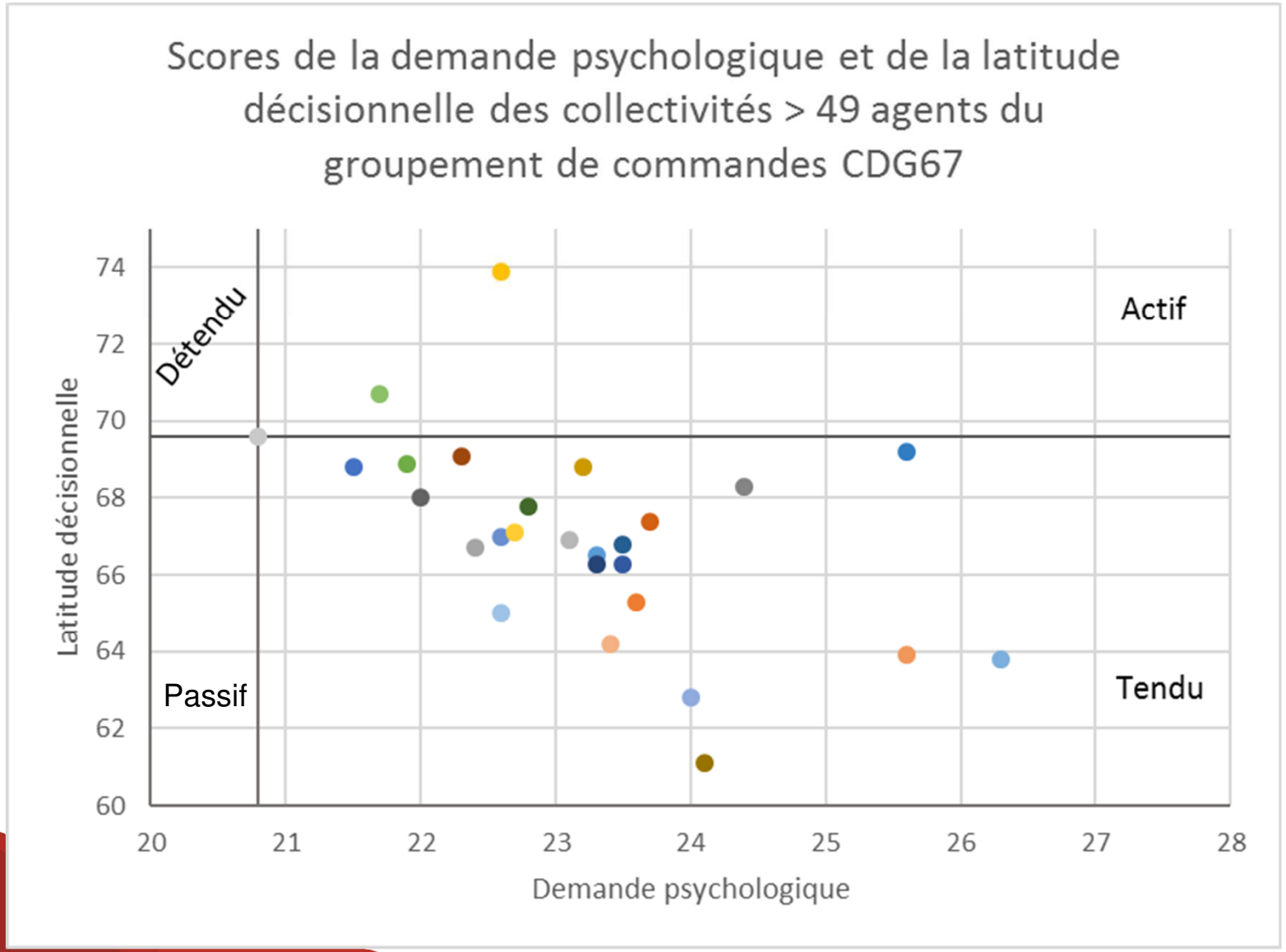
MÉTHODOLOGIES UTILISÉES

Les collectivités de 50 agents et plus

Le cabinet a envoyé à chaque agent **un questionnaire préconisé par la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFP)** qui permet d'évaluer de manière **quantitative** les conditions de travail selon le **modèle de Karasek** (*Latitude décisionnelle/Demande psychologique/Soutien social*).

La seconde étape a été la même que pour les plus petites collectivités, à savoir des **entretiens basés sur la grille ED6140 de l'INRS.** Cependant, les entretiens ainsi que la restitution ont été réalisé par **unité de travail**.

RETOURS SUR LES RÉSULTATS DE CES DIAGNOSTICS



92% des collectivités de 50 agents et plus ayant adhéré à notre groupement de commandes sont en **situation « tendue ».**

Cela signifie qu'elles ont une **forte demande psychologique** mais **peu de latitude décisionnelle.**

RETOURS SUR LES RÉSULTATS DE CES DIAGNOSTICS

❖ Le top 6 des risques partagés

Contraintes des rythmes de travail

- 74 %
- *Les agents sont-ils soumis à des contraintes de rythme élevés ?*

L'attention et la vigilance dans le travail

- 71 %
- *Les agents exercent-ils des activités qui nécessitent une attention soutenue ou une vigilance permanente ?*

La maitrise des émotions

- 70 %
- *Dans leur travail les agents se doivent-ils de faire « bonne figure » en toutes circonstances ?*

Les interruptions dans le travail

- 70 %
- *Les agents sont-ils fréquemment interrompus au cours de leur travail par des tâches non prévues ?*

La tension avec le public

- 68 %
- *Les agents sont-ils confrontés à des situations de tension dont ils se plaignent ?*

La gestion de la polyvalence

- 65 %
- *Les agents sont-ils amenés à changer de tâches, de postes ou de fonctions à l'improviste pour répondre aux contraintes du moment ?*

RETOURS SUR LES RÉSULTATS DE CES DIAGNOSTICS

❖ Le top 6 des ressources partagées

L'autonomie dans la tâche

- 85 %
- *Les agents disposent-ils de peu de marges de manœuvre dans la manière de réaliser leur travail ?*

La conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle

- 80 %
- *La collectivité permet-elle aux agents de concilier vie professionnelle et vie personnelle ?*

La durée hebdomadaire de travail

- 79 %
- *Arrive-t-il que les agents travaillent plus de 45h par semaine ?*

La prévisibilité des horaires et l'anticipation de leur changement

- 78 %
- *Les agents sont-ils suffisamment informés à l'avance de leurs horaires de travail ou des changements éventuels de leur planning de travail ?*

Le niveau de précision des objectifs

- 74 %
- *Les objectifs des agents manquent-ils de précisions ?*

L'autonomie temporelle

- 73 %
- *Les agents ont-ils des difficultés à interrompre momentanément leur travail quand ils en ressentent le besoin ?*

RETOURS SUR LES RÉSULTATS DE CES DIAGNOSTICS

❖ Les risques et les ressources par métiers

DGS

- Manque de reconnaissance
- Autonomie

Direction

- Charge de travail importante
- Autonomie

Agent administratif

- Confrontation à la souffrance d'autrui
- Diversité et polyvalence

Agent d'entretien

- Travail isolé
- Sens du travail

ATSEM

- Sentiment d'isolement, de mise à l'écart
- Soutien, entraide et bonne entente entre les collègues

Agent technique

- Tensions avec le public
- Variété des activités, polyvalence

Petite enfance

- Adéquation des objectifs et des moyens
- Reconnaissance de la part des parents

Police municipale

- Attention et vigilance dans le travail
- Soutien des collègues

Merci pour votre attention

Avez-vous des questions ?

N° 520

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Enregistré à la Présidence du Sénat le 22 mai 2019

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur le **handicap** *dans la* **fonction publique**,

Par Mme Catherine DI FOLCO et M. Didier MARIE,

Sénateurs

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Bas*, président ;* MM. François-Noël Buffet, Jean-Pierre Sueur, Mme Catherine Di Folco, MM. Jacques Bigot, André Reichardt, Mme Sophie Joissains, M. Arnaud de Belenet, Mme Nathalie Delattre, MM. Pierre-Yves Collombat, Alain Marc*, vice-présidents ;* M. Christophe-André Frassa, Mme Laurence Harribey, M. Loïc Hervé, Mme Marie Mercier*, secrétaires ;* Mme Esther Benbassa, MM. François Bonhomme, Philippe Bonnecarrère, Mmes Agnès Canayer, Maryse Carrère, Josiane Costes, MM. Mathieu Darnaud, Marc-Philippe Daubresse, Mme Jacky Deromedi, MM. Yves Détraigne, Jérôme Durain, Mme Jacqueline Eustache-Brinio, MM. Jean-Luc Fichet, Pierre Frogier, Mmes Françoise Gatel, Marie-Pierre de la Gontrie, M. François Grosdidier, Mme Muriel Jourda, MM. Patrick Kanner, Éric Kerrouche, Jean-Yves Leconte, Henri Leroy, Mme Brigitte Lherbier, MM. Didier Marie, Hervé Marseille, Jean Louis Masson, Thani Mohamed Soilihi, Alain Richard, Vincent Segouin, Simon Sutour, Mmes Lana Tetuanui, Claudine Thomas, Catherine Troendlé, M. Dany Wattebled.

SOMMAIRE

Pages

LISTE DES PROPOSITIONS 5

AVANT-PROPOS 9

I. DONNER UNE NOUVELLE IMPULSION À L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES DANS LA FONCTION PUBLIQUE 11

A. DES PROGRÈS RÉELS MAIS ENCORE INSUFFISANTS 11
1. Un système incitatif face aux risques de discrimination 11
a) La nécessité de compenser le handicap 11
b) Un risque de discrimination toujours présent 11
c) Le FIPHFP, cheville ouvrière de l'obligation d'emploi dans la fonction publique 13
2. Une augmentation progressive mais inégale du taux d'emploi des personnes handicapées 15
a) Un accroissement du taux d'emploi dans la fonction publique 15
b) D'importantes disparités entre les trois versants 17

B. UNE PRIORITÉ STRATÉGIQUE À RÉAFFIRMER 20
1. Sur le plan de la méthode : mieux associer les personnes handicapées aux réformes de la fonction publique 20
2. La fonction publique d'État, une exemplarité à refonder 22
3. Vers des actions plus volontaristes, sous l'impulsion des référents handicap 26
4. Pour une nouvelle méthode de comptabilisation des maintiens dans l'emploi 29

II. LEVER LES FREINS AU RECRUTEMENT DE PERSONNES HANDICAPÉES DANS LA FONCTION PUBLIQUE 30

A. POUR UNE AMÉLIORATION DES VOIES D'ACCÈS À LA FONCTION PUBLIQUE 30
1. Le frein du concours, même aménagé 30
2. Les voies dérogatoires : des dispositifs à améliorer 32
a) La remise en cause des contrats aidés, un risque pour l'emploi des personnes handicapées 33
b) Les contrats *ad hoc*, une voie d'accès à dynamiser 34
c) Sortir l'apprentissage de l'impasse 36

B. POUR UNE MEILLEURE ARTICULATION DES ACTEURS DE L'INSERTION 37
1. Des candidatures trop peu nombreuses 37
2. Un manque de coordination entre les acteurs de l'insertion 38
3. Favoriser le décloisonnement des acteurs 40

III. ANTICIPER ET MIEUX ACCOMPAGNER LES MAINTIENS DANS L'EMPLOI 43

A. VERS UNE MEILLEURE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS 43
1. Le maintien dans l'emploi : un enjeu croissant pour les employeurs publics 43
2. La nécessité de renforcer les moyens de prévention 45

B. MIEUX ACCOMPAGNER LES AGENTS EN SITUATION DE HANDICAP 47
1. Être plus efficace dans les aménagements de poste de travail 47
2. Valoriser le rôle des tuteurs et renforcer les efforts de formation 51

3. Améliorer les dispositifs de reclassement *53*
a) Simplifier les procédures 53
b) Étendre la période de préparation au reclassement 54

IV. ASSURER LA PÉRENNITÉ DU FIPHFP TOUT EN MODERNISANT SES INTERVENTIONS 56

A. LA PÉRENNISATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES DU FIPHFP 56
1. Le FIPHFP en danger : une situation financière alarmante *56*
a) Un modèle incitatif, ayant permis d'accroître le taux d'emploi des personnes handicapées de la fonction publique 56
b) Les différents modes d'action du FIPHFP : l'importance des conventions bilatérales 59
c) Un effet de ciseaux remettant en cause la pérennité du FIPHFP 64
d) La réduction des dépenses d'intervention du FIPHFP, un sujet d'inquiétude 66
e) Un ajustement (insuffisant) des recettes du FIPHFP 67
2. Les solutions envisageables pour pérenniser les ressources du FIPHFP *68*
a) De nouveaux ajustements pour assurer l'équilibre financier du fonds 68
b) Vers un changement de modèle ? 71

B. LA MODERNISATION DES ACTIONS DU FIPHFP 75
1. Le renforcement de l'expertise « handicap » du FIPHFP *75*
2. Mieux évaluer les aides du FIPHFP *79*

EXAMEN EN COMMISSION 85

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES DÉPLACEMENTS 95

LISTE DES PROPOSITIONS

I. DONNER UNE NOUVELLE IMPULSION À L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES DANS LA FONCTION PUBLIQUE

1. Mieux associer les associations représentant les personnes handicapées aux réformes de la fonction publique, notamment en consultant le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) sur les projets de loi ou de décret portant sur le handicap.

2. Clarifier le droit applicable au handicap dans la fonction publique en l'insérant dans le statut général de la fonction publique ou dans le futur code général de la fonction publique.

3. Fixer, pour la fonction publique de l'Etat, un objectif pluriannuel d'accroissement du taux d'emploi des personnes handicapées pour **atteindre les 6 %** de travailleurs en situation de handicap **d'ici deux ans**.

4. Déconcentrer les actions mises en œuvre par l'État, en particulier en autorisant les préfectures à solliciter directement des aides auprès du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et en mobilisant davantage les plates-formes régionales d'appui interministériel à la gestion des ressources humaines (PFRH).

5. Prévoir la nomination d'un **référent handicap** dans toutes les administrations et leur accorder des moyens suffisants pour exercer leurs fonctions.

6. Pour le calcul du taux d'emploi des travailleurs handicapés, **limiter à cinq ans la prise en compte des maintiens dans l'emploi**.

II. LEVER LES FREINS AU RECRUTEMENT DE PERSONNES HANDICAPÉES DANS LA FONCTION PUBLIQUE

7. Veiller à l'accessibilité des sujets de concours, pas seulement à leurs conditions d'organisation.

8. Recourir davantage aux contrats de recrutement *ad hoc*, qui permettent d'exempter de concours les agents handicapés.

9. Autoriser, à titre expérimental, la titularisation des personnes handicapées à l'issue de leur **contrat d'apprentissage**, sous réserve de leurs compétences professionnelles.

10. Renforcer les relations entre les employeurs publics et le service public de l'emploi, notamment en :

- modifiant la gouvernance du FIPHFP pour y inclure des représentants de Pôle emploi et de Cap emploi ;

- identifiant plus clairement les conseillers « fonction publique » du service public de l'emploi et en renforçant leur formation.

11. Enrichir la « *Place de l'emploi public* » en poursuivant deux objectifs :

- transmettre l'ensemble des offres d'emploi du secteur public à Cap emploi et à Pôle emploi ;

- permettre, à titre expérimental, aux personnes handicapées de déposer leur CV sur cette base de données, en garantissant la confidentialité du dispositif.

12. Proposer des parcours de qualification plus adaptés aux demandeurs d'emploi en situation de handicap, notamment pour les métiers sous tension.

III. ANTICIPER ET MIEUX ACCOMPAGNER LES MAINTIENS DANS L'EMPLOI

13. Pour les métiers les plus pénibles, **organiser un entretien de carrière** afin de mieux anticiper les risques d'inaptitude professionnelle.

14. Répondre à la pénurie des médecins de prévention, par exemple en :

- mutualisant les services de médecine préventive ;

- permettant, à titre expérimental, à des médecins agréés d'exercer les missions des médecins de prévention.

15. Consacrer un « *droit à la portabilité* » des aménagements de poste lorsque l'agent change d'employeur.

16. Valoriser le rôle des tuteurs dans l'accompagnement quotidien des agents handicapés, en s'inspirant notamment des garanties apportées aux maîtres d'apprentissage.

17. Renforcer l'efficacité de la période de préparation au reclassement en :

- l'étendant aux agents dont l'état de santé se dégrade, en amont de l'inaptitude ;

- permettant aux agents publics de suivre une formation qualifiante pendant leur congé maladie, sur la base du volontariat et avec l'accord du corps médical.

IV. ASSURER LA PÉRENNITÉ DU FIPHFP TOUT EN MODERNISANT SES INTERVENTIONS

18. Stabiliser à 150 millions d'euros minimum le budget des aides à l'insertion et au maintien des personnes handicapées dans la fonction publique.

19. Poursuivre l'ajustement des contributions au FIPHFP, notamment en supprimant la règle de l'arrondi à l'unité inférieure et en renforçant le contrôle des déclarations.

20. Garantir la transversalité du FIPHFP en supprimant la tripartition de sa structure financière et en garantissant la fongibilité des moyens entre les versants de la fonction publique.

21. Prévoir la mise en place par le Gouvernement, dès le prochain projet de loi de finances, d'une expérimentation dans des départements pilotes pour réformer le modèle financier du FIPHFP sur la base des deux principes suivants :

- créer une contribution financière assise sur la masse salariale des employeurs ;

- instaurer un système de bonus/malus pour valoriser les efforts des employeurs les plus vertueux.

22. Renforcer l'expertise « handicap » du FIPHFP ainsi que sa présence territoriale.

23. Fusionner le conseil scientifique du FIPHFP et la commission « innovations–expérimentations » de l'AGEFIPH.

24. À compter de 2022, **confier le recouvrement des contributions à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)**.

25. Associer les employeurs publics et les personnes handicapées à **l'évaluation des aides du FIPHFP**.

26. Améliorer la lisibilité des aides du FIPHFP en :

- simplifiant son catalogue d'intervention ;

- se coordonnant davantage avec l'AGEFIPH, les MDPH et la sécurité sociale.

27. Favoriser le financement d'actions innovantes par le FIPHFP, à l'attention des employeurs et des établissements d'enseignement supérieur.

28. Moderniser le conventionnement du FIPHFP avec les employeurs publics en :

- allongeant la durée des conventions de trois à quatre ans ;

- créant un instrument de suivi financier des conventions ;

- publiant les objectifs retenus dans les conventions et les résultats obtenus.

Mesdames, Messieurs,

Comme l'a affirmé M. Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, à la tribune du Sénat en 2004, « *il nous faut, dans le domaine du handicap, faire […] l'économie des discours convenus et agir car l'équité d'une société, son dynamisme aussi, se jugent […] à la manière dont elle traite les personnes handicapées* »[1].

La loi fondatrice n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a permis de s'orienter **vers une société plus inclusive**. Désormais, toute personne handicapée « *a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* »[2].

Creuset républicain, la fonction publique n'échappe pas à cette exigence : les administrations de plus de 20 agents qui emploient moins de 6 % de travailleurs handicapés doivent contribuer au financement du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).

Quatorze ans après sa création, le FIPHFP n'a pas à rougir de son bilan : le taux d'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique est passé de 3,74 % à 5,61 %. Dans la population active, plus d'une personne handicapée sur cinq travaille au service de l'État, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement hospitalier.

La politique du handicap arrive toutefois à un tournant, qui l'oblige à se réinventer.

D'une part, **d'importantes disparités persistent entre les versants de la fonction publique**. Seul le versant territorial respecte ses obligations, avec un taux d'emploi de 6,76 %, contre 5,67 % pour le versant hospitalier et 4,65 % pour le versant de l'État.

---

[1] *Compte rendu intégral de la séance du 24 février 2004.*

[2] *Disposition aujourd'hui codifiée à l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles.*

Sur le terrain, les actions mises en œuvre sont peu structurées : elles reposent souvent sur l'énergie et l'engagement personnel de certains élus, managers ou agents. Elles sont mises à mal lorsque ces « locomotives » quittent leurs fonctions.

D'autre part, **la dégradation de la situation financière du FIPHFP** représente un risque majeur, qui conduit à s'interroger sur son avenir. Entre 2015 et 2018, le fonds a accumulé 230 millions d'euros de déficit, pour un budget annuel d'environ 150 millions d'euros.

Depuis quelques années, les rapports se sont succédé pour souligner l'urgence de la situation. Dès 2016, votre commission s'inquiétait des perspectives financières du FIPHFP[1], préoccupation partagée par l'Inspection générale des finances, l'Inspection générale des affaires sociales et la Cour des comptes[2].

L'heure n'est donc plus aux constats mais à l'action.

À ce stade, les ambitions du Gouvernement restent pourtant difficiles à cerner. Sollicitée lors du projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel, son habilitation à légiférer par ordonnances pour « *redéfinir les missions, l'organisation et le financement* » de la politique du handicap n'a pas passé le cap du Conseil constitutionnel, faute de précision[3].

Après huit mois de travaux, vos rapporteurs formulent **28 propositions**, construites à partir des remontées de terrain et de l'**audition de 104 parties prenantes** (employeurs publics, syndicats, FIPHFP, associations, service public de l'emploi, *etc.*).

Ces propositions visent à donner un **nouveau souffle à la politique du handicap** dans la fonction publique et s'articulent autour de trois principaux objectifs :

– **lever les freins au recrutement** de travailleurs handicapés, les concours administratifs représentant aujourd'hui une barrière difficilement franchissable ;

– **anticiper et mieux accompagner les risques d'inaptitude professionnelle**, dans un contexte de vieillissement des effectifs ;

– **assurer la pérennité du FIPHFP** tout en modernisant ses interventions et en les rapprochant des territoires.

---

[1] *Avis budgétaire n° 146 (2016-2017),* « Fonction publique »*, fait par Catherine Di Folco au nom de la commission des lois du Sénat sur le projet de loi de finances pour 2017.*

[2] *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales,* Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, décembre 2017, et Cour des comptes,* Observations définitives sur le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)*, 2017.*

[3] *Conseil constitutionnel, 4 septembre 2018,* Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel*, décision n° 2018-769 DC.*

I. DONNER UNE NOUVELLE IMPULSION À L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES DANS LA FONCTION PUBLIQUE

A. DES PROGRÈS RÉELS MAIS ENCORE INSUFFISANTS

1. Un système incitatif face aux risques de discrimination

a) La nécessité de compenser le handicap

Les personnes handicapées rencontrent des difficultés pour s'insérer sur le marché du travail : **leur taux de chômage (19 %) est deux fois plus élevé que la moyenne nationale (10 %)**.

Situation des personnes handicapées sur le marché du travail

	Personnes handicapées	Ensemble de la population
Taux d'inactivité	57 %	28 %
Taux d'emploi	35 %	64 %
Taux de chômage	19 %	10 %

Sources : Comité interministériel du handicap du 25 octobre 2018 et DARES analyses, n° 032, mai 2017.

Les personnes handicapées restent plus longtemps au chômage : en décembre 2017, 58,46 % des demandeurs d'emploi en situation de handicap étaient inscrits à Pôle emploi depuis plus de 12 mois, contre 45,45 % pour l'ensemble des personnes sans emploi[1].

Elles rencontrent également des difficultés en matière de formation : seuls 24 % des personnes handicapées sont titulaires d'un baccalauréat, soit deux fois moins que la moyenne nationale.

En conséquence**,** il paraît indispensable de **compenser le handicap** par des politiques d'insertion professionnelle, tant dans le secteur privé que dans le secteur public.

b) Un risque de discrimination toujours présent

Conformément au statut général de la fonction publique, « *aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de […] leur handicap* »[2].

[1] *Contribution écrite de Pôle emploi, transmise après l'audition du 27 novembre 2018.*
[2] *Article 6 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite »* loi Le Pors *».*

Malgré cette garantie, les agents handicapés sont confrontés à **un risque de discrimination tout au long de leur carrière :** dans la fonction publique d'État, par exemple, près de la moitié (47 %) des réclamations reçues par le Défenseur des droits portent sur le handicap et l'état de santé. Viennent ensuite l'origine (12 %), l'activité syndicale (10 %), le sexe (7 %) et l'âge (6 %).

Des difficultés persistent également en matière d'**accessibilité numérique :** les agents malvoyants sont notamment dans l'impossibilité de travailler sur *Chorus*, le logiciel comptable de l'État.

En pratique, chaque handicap nécessite des réponses sur mesure, les pathologies variant d'un agent à l'autre.

Les six grandes catégories de handicap

1. Le **handicap moteur** correspond à des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité (difficulté pour se déplacer, pour changer de position, pour effectuer certains gestes, *etc.*) ;

2. Le **handicap visuel** comprend les cécités, les déficiences de l'acuité visuelle ainsi que les troubles de la vision (champ visuel, couleur, poursuite oculaire) ;

3. En matière de **handicap auditif**, il faut distinguer les personnes sourdes de naissance ou devenues sourdes, d'une part, et les personnes malentendantes, d'autre part, pour lesquelles les prothèses auditives apportent une réelle amplification sonore. Le handicap peut s'accompagner d'une difficulté pour s'exprimer à l'oral ;

4. Le **handicap psychique** n'affecte pas les capacités intellectuelles mais les possibilités de les utiliser et d'interagir avec autrui ;

5. La **déficience intellectuelle** correspond à des difficultés plus ou moins prononcées de compréhension, de réflexion, de conceptualisation, de communication ou de décision ;

6. Les **maladies invalidantes** regroupent toutes les maladies respiratoires, parasitaires ou infectieuses (diabète, hémophilie, sida, cancer, hyperthyroïdie, *etc.*). Elles peuvent être momentanées, permanentes ou évolutives.

Source : centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon

Près de 80 % des handicaps sont « invisibles ». Particulièrement complexe, leur prise en charge constitue aujourd'hui « *un angle mort* » selon le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) : les employeurs « *évoquent leur désarroi par rapport à ces handicaps difficiles à appréhender et qu'ils jugent potentiellement perturbateurs de l'activité* »[1].

[1] *FIPHFP,* Rapport de gestion pour l'année 2018, *p. 115.*

Beaucoup de personnes atteintes d'un handicap « invisible », préfèrent le taire. Parfois, il s'agit de ne pas mettre à nu quelque chose d'intime dans un contexte professionnel inadapté à ce type de pathologies. Bien plus souvent, le silence des agents constitue un moyen pour contourner la représentation négative du handicap et les stéréotypes afférents.

c) Le FIPHFP, cheville ouvrière de l'obligation d'emploi dans la fonction publique

Ces difficultés d'insertion ont justifié la mise en place d'une **obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH)**, opposable aux employeurs publics.

Ainsi, depuis la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987[1], toute personne publique employant plus de 20 agents doit compter **au moins 6 % de travailleurs handicapés**, sous peine de contribuer au financement du FIPHFP[2].

Dans la plupart des cas, ces agents disposent d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), délivrée par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Ce dispositif bénéficie également aux personnes titulaires d'une allocation d'invalidité et aux agents reclassés ou victimes d'opérations militaires.

En application de l'article L. 323-2 du code du travail, les employeurs publics peuvent remplir leurs obligations de trois manières :

– en recrutant directement des travailleurs handicapés ;

– en maintenant dans l'emploi des agents qui rencontrent des problèmes de santé ;

– en déduisant de leur contribution au FIPHFP les dépenses réalisées en faveur de l'insertion et des conditions de travail des personnes handicapées. D'après un rapport d'inspection, près de 60 % des employeurs publics font appel à des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) pour assurer certaines prestations[3].

Il a fallu attendre la loi n° 2005-102 du 11 février 2005[4] pour que ce mécanisme devienne contraignant : **lorsqu'ils ne respectent pas leur obligation, les employeurs publics versent une contribution au Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)**.

---

[1] *Loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.*

[2] *Voir la quatrième partie du rapport pour plus de précisions sur les contributions versées au FIPHFP.*

[3] *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales,* Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, *décembre 2017, p. 20.*

[4] *Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.*

En 2018, le Centre national de recherche scientifique (CNRS) a par exemple versé plus de 1,6 million d'euros au FIPHFP, faute d'avoir accueilli suffisamment de travailleurs handicapés.

Les plus gros contributeurs au FIPHFP (année 2018)

Employeur	Contribution	Taux légal d'emploi
Centre national de recherche scientifique	1 634 369,25 €	4,87 %
Université d'Aix-Marseille	1 581 216,99 €	2,23 %
Université de la Sorbonne	1 241 061,41 €	2,95 %
Assistance publique – Hôpitaux de Paris	1 120 844,50 €	5,72 %
Assistance publique – Hôpitaux de Marseille	1 109 334,95 €	4,46 %
Hospices civils de Lyon	1 055 724,97 €	4,83 %
Université de Lorraine	1 034 296,10 €	3,00 %
Centre hospitalier universitaire et régional de Guadeloupe	819 840,00 €	1,80 %
Centre hospitalier Annecy Genevois	725 553,83 €	2,57 %
Chambre régionale de commerce et d'industrie Paris Île-de-France	665 254,08 €	2,82 %
Université de Strasbourg	630 178,68 €	3,28 %
Université Lyon I Claude Bernard	624 345,28 €	3,49 %
Département des Bouches-du-Rhône	562 770,89 €	4,63 %
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	553 368,16 €	5,03 %
Université de Bordeaux	550 584,23 €	3,2 %
Services du Premier ministre	535 269,66 €	3,38 %
Université de Paris XI Paris Sud	533 980,46 €	3,25 %
Institut national de recherche en informatique et automatismes	529 900,92 €	2,11 %
Université Clermont Auvergne	466 372,52 €	3,21 %

Source : FIPHFP

En contrepartie, le FIPHFP finance des **aides à l'insertion et au maintien dans l'emploi des personnes handicapées**, de manière directe (conventions avec les employeurs, aides ponctuelles, *etc*.) ou indirecte (partenariat avec les autres acteurs).

Le FIPHFP constitue le pendant, pour la fonction publique, de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (**AGEFIPH**), fondée en 1987 pour financer les aides versées aux travailleurs handicapés du secteur privé.

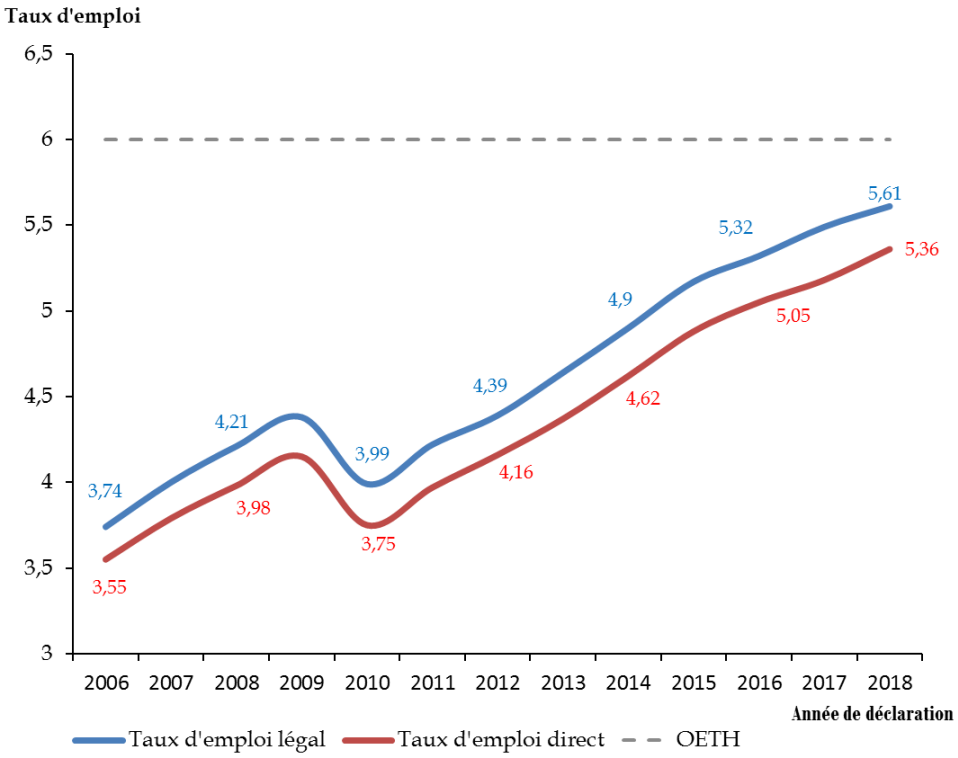
2. Une augmentation progressive mais inégale du taux d'emploi des personnes handicapées

a) Un accroissement du taux d'emploi dans la fonction publique

L'introduction de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) dans la fonction publique présente **un bilan positif**

Entre 2006 et 2018, le taux d'emploi légal des personnes handicapées est passé de 3,74 % à 5,61 %. Le taux d'emploi direct, qui exclut les dépenses déductibles, a suivi une trajectoire analogue.

Taux d'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique
(en % de l'effectif total)[1]



Source : FIPHFP

Sur un total de 938 000 travailleurs handicapés, 250 760 sont des agents publics, soit 22 %.

[1] *Les taux d'emploi se basent sur les déclarations des employeurs au FIPHFP et concernent donc l'année N-2. À titre d'exemple, les taux d'emploi déclarés en 2018 portent sur les effectifs de 2016.*

Une comparaison difficile avec le secteur privé

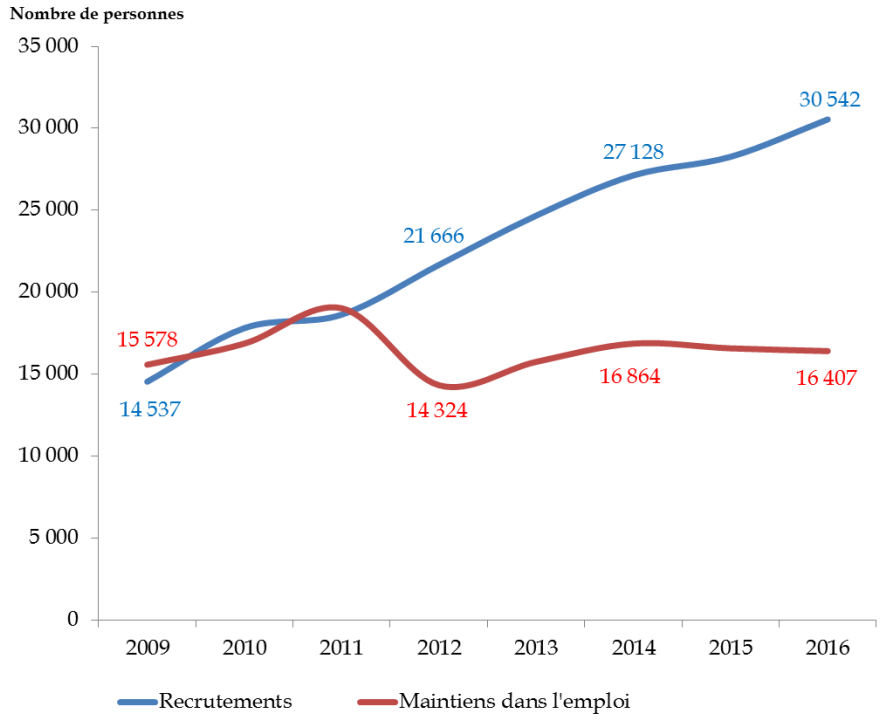
Ces chiffres sont **difficilement comparables avec ceux du secteur privé**, dont le taux d'emploi n'intègre ni les agents reclassés ni les emplois réservés aux victimes d'opérations militaires. De même, le mode de calcul des dépenses déductibles diffère entre le FIPHFP et l'AGEFIPH.

Hors dépenses déductibles, le FIPHFP estime que le taux d'emploi direct de la fonction publique passerait de 5,36 % à 4,64 % en excluant les agents reclassés et les emplois réservés. Ce taux resterait supérieur à celui des entreprises de plus de 20 salariés, qui s'établit à 3,4 %.

En termes de flux, le nombre d'agents recrutés augmente également : **pour la seule année 2016, 30 542 travailleurs handicapés ont intégré la fonction publique, soit deux fois plus qu'en 2009.**

Les maintiens dans l'emploi restent relativement stables : 16 407 agents ont été reclassés en 2016, contre 15 578 en 2009.

Nombre de personnes handicapées recrutées et maintenues dans l'emploi au sein de la fonction publique



Source : FIPHFP

Parallèlement, on observe une **dynamique de vieillissement des travailleurs handicapés**. En 2018, 83 % des agents en situation de handicap ont plus de 40 ans ; le nombre d'agents de 56 ans et plus atteint 29 %, contre 13 % en 2009.

La majorité des fonctionnaires handicapés exercent des fonctions d'exécution : 56 % relèvent de la catégorie C, contre 15 % de la catégorie B et 13 % de la catégorie A[1].

b) D'importantes disparités entre les trois versants

L'accroissement du taux d'emploi des travailleurs handicapés masque d'importantes disparités entre les trois versants de la fonction publique.

Bien qu'il soit le premier employeur du secteur public, l'État accueille moins de personnes en situation de handicap que la fonction publique territoriale, qui emploie à elle seule 42,31 % des agents handicapés.

Nombre de personnes handicapées dans les trois versants de la fonction publique

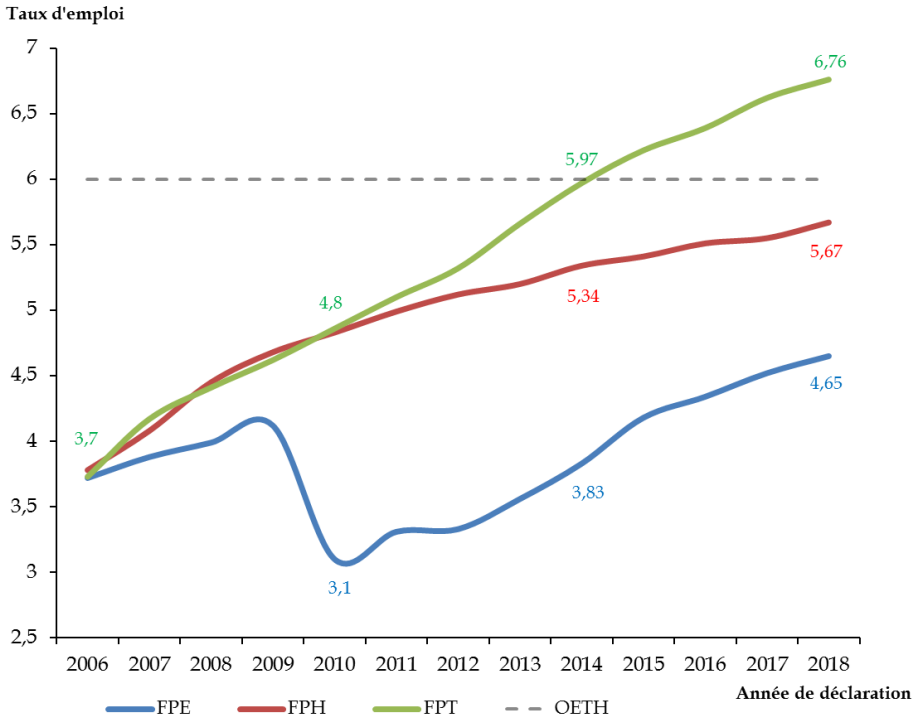
	Effectif total		**Nombre de personnes handicapées**	
	En valeur absolue	*En % de la fonction publique*	*En valeur absolue*	*En % de la fonction publique*
Fonction publique de l'État (FPE)	2 427 000	44,28 %	91 331	36,42 %
Fonction publique hospitalière (FPH)	1 168 000	21,31 %	53 327	21,27 %
Fonction publique territoriale (FPT)	1 886 000	34,41%	106 102	42,31 %
TOTAL	5 481 000	100 %	250 760	100 %

Source : commission des lois du Sénat

Aujourd'hui, seule la fonction publique territoriale respecte ses obligations, avec un taux d'emploi légal de 6,76 %, contre 5,67 % pour la fonction publique hospitalière et 4,65 % pour la fonction publique de l'État.

[1] *Le reliquat (16 %) étant composé des agents non titulaires ou occupant des emplois particuliers.*

Évolution du taux d'emploi légal dans les trois versants de la fonction publique



Source : FIPHFP

De nombreuses collectivités territoriales s'engagent activement pour l'insertion des personnes handicapées, à l'image de la Ville de Paris.

L'exemple de la Ville de Paris

La Ville de Paris emploie 55 000 agents, dont 75 % relèvent de la catégorie C.

Elle a atteint le **taux d'emploi légal de travailleurs handicapés (6 %) au 1er janvier 2017**. En matière de recrutements, elle a largement dépassé l'objectif de 93 embauches fixé par la convention FIPHFP pour la période 2015-2017.

De tels résultats sont le fruit d'une **politique à la fois volontariste et innovante**, mise en place au début des années 2000. Ces efforts sont aujourd'hui pilotés par une délégation au handicap, composée de quatre agents et placée au sein de la direction des ressources humaines. Cette délégation est chargée de suivre la convention signée avec le FIPHFP et d'animer un réseau de **32 référents handicap**.

En parallèle de chaque concours, des **recrutements par voie dérogatoire** sont organisés à l'attention des personnes handicapées[1]. Pour pourvoir les postes disponibles, la Ville de Paris s'est créé un **vivier de candidats**, alimenté par son partenariat avec l'Institut national des jeunes sourds (INJS).

Les procédures de **maintien dans l'emploi** sont gérées par une équipe dédiée, le centre mobilité compétences, qui examine individuellement chaque dossier.

Cette équipe fait appel à **l'ergonome** et au **médecin de prévention** de la Ville de Paris pour aménager les postes de travail. Elle organise également des **bilans de compétences**, en partenariat avec une association, l'Union pour l'insertion et la réinsertion professionnelle des personnes handicapées (UNIRH).

La fonction publique hospitalière est en progression constante, son taux d'emploi étant passé de 3,78 % en 2006 à 5,67 % aujourd'hui. Elle a triplé ses recrutements de personnes handicapées en moins de dix ans.

Ce versant rencontre toutefois **deux difficultés.**

En premier lieu, l'obligation d'emploi des personnes handicapées ne s'applique pas aux 42 000 **praticiens hospitaliers** (médecins, pharmaciens et odontologistes), ce qui réduit de 1,5 million d'euros les contributions versées au FIPHFP.

Pour ces métiers, le vivier de candidats semble particulièrement étroit : seuls 68 étudiants handicapés étaient ainsi inscrits à la faculté de médecine Paris Descartes en 2017-2018, sur un total de 12 225 étudiants.

En second lieu, les employeurs hospitaliers **mobilisent peu les aides du FIPHFP**, sans doute par manque d'information. En 2018, ils n'ont reçu que 16 % des aides du fonds, alors qu'ils emploient plus de 21 % des agents handicapés.

[1] *Voir* supra *pour plus de précisions concernant les contrats* ad hoc*, qui permettent aux travailleurs handicapés d'être titularisés dans la fonction publique sans passer de concours administratifs.*

Les efforts de la fonction publique hospitalière : l'exemple du CHU du Rouen[1]

Le centre hospitalier universitaire de Rouen compte **10 500 agents, dont 2 500 praticiens hospitaliers.**

Concernant ses personnels administratifs, 5,27 % sont reconnus comme travailleurs handicapés, en hausse de 0,6 point depuis deux ans. L'objectif du CHU est d'atteindre son obligation d'emploi (6 %) d'ici la fin de l'année 2019.

Depuis 2010, le CHU bénéficie d'une **convention de partenariat avec le FIPHFP**. Pour les années 2016-2019, le FIPHFP lui apporte 761 881 euros d'aides.

En contrepartie, le CHU s'engage à respecter des objectifs chiffrés, fixés par la convention. En 2018, il devait recruter 6 travailleurs handicapés, dont un apprenti.

Chaque semaine, le service des ressources humaines traite 25 dossiers de maintien dans l'emploi. Des « *stages découverte* » ont été créés à cet effet : pour préparer leur reclassement, 370 agents volontaires découvrent d'autres métiers du CHU. Tous les reclassements sont réalisés au sein du CHU, faute de mobilité dans la fonction publique.

Pour M. Loïc Delastre, directeur des ressources humaines du CHU, « ***l'adaptation et la personnalisation des dispositifs sont la clef du succès***. *En matière de handicap, il n'existe pas de standard* ».

Cependant beaucoup considèrent, selon lui, que « *les médecins ne peuvent pas être malades* », ce qui complique la gestion du handicap dans les CHU.

S'agissant de la fonction publique d'État, les résultats obtenus varient d'un ministère à l'autre mais restent globalement insuffisants, avec un taux d'emploi de 4,65 %.

B. UNE PRIORITÉ STRATÉGIQUE À RÉAFFIRMER

1. Sur le plan de la méthode : mieux associer les personnes handicapées aux réformes de la fonction publique

La politique du handicap a fait l'objet de **plusieurs concertations** en 2018.

D'une part, le **Comité interministériel du handicap**, présidé par le Premier ministre, s'est fixé cinq priorités : simplifier les démarches administratives des personnes handicapées, favoriser leur scolarisation, faciliter leur insertion dans l'emploi, améliorer l'accès aux soins et renforcer leur autonomie grâce aux nouvelles technologies.

[1] *Source : déplacement de la mission d'information à Rouen le 1er février 2019.*

D'autre part, la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) a lancé une **concertation sur la gestion du handicap dans la fonction publique**, articulée autour de deux objectifs : revoir la gouvernance et mobiliser plus de leviers d'action au bénéfice des agents handicapés.

La concertation de la DGAFP avait vocation à nourrir le projet de loi de transformation de la fonction publique, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 27 mars 2019.

Structuration de la concertation menée par la DGAFP

– Axe « *Gouvernance* » (réunion du 4 mai 2018)

Point 1 : Renforcer la mobilisation des employeurs publics sur la politique du handicap

Point 2 : Définir et pérenniser l'équilibre financier de la politique du handicap

– Axe « *Mobiliser les leviers de politiques et actions RH au bénéfice des personnes en situation de handicap* »

Point 1 : Renforcer l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap dans la fonction publique (réunion du 3 octobre 2018)

Point 2 : Mieux garantir le maintien dans l'emploi et prévenir la désinsertion professionnelle (réunion 19 novembre 2018)

Source : DGAFP

Malgré leurs capacités d'expertise, **les associations représentant les personnes handicapées ne sont pas suffisamment associées aux réformes de la fonction publique.** Le fait que la concertation menée par la DGAFP n'ait concerné que les employeurs publics et les organisations syndicales, acteurs du dialogue social en est l'illustration.

Cette lacune constitue une **source d'incompréhension pour les associations** mais également un **risque d'inefficacité pour les réformes**. Dans sa version initiale, le projet de loi de transformation de la fonction publique semble d'ailleurs peu ambitieux : il se limite à préciser les conditions d'aménagement des épreuves de concours et à créer un dispositif expérimental pour favoriser la promotion interne des agents en situation de handicap.

Afin de renforcer la concertation avec les associations en amont des réformes, vos rapporteurs estiment que **le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)**, composé de représentants des employeurs, des syndicats et des associations, pourrait être consulté sur les projets de loi ou de décret portant sur le handicap dans la fonction publique.

Proposition n° 1 :
Mieux associer les associations représentant les personnes handicapées aux réformes de la fonction publique, notamment en consultant le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) sur les projets de loi ou de décret portant sur le handicap.

En outre, **le droit applicable reste trop complexe**. Plus de 93 % des déclarations contrôlées par le FIPHFP présentent des anomalies techniques, les employeurs publics rencontrant des difficultés pour appliquer l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Ces règles sont également difficiles d'accès : non intégrées à la refonte du code du travail en 2007[1], elles figurent toujours dans une partie non abrogée de l'ancien code (articles L. 323-2 à L. 323-8-8). Elles pâtissent également de l'incapacité du Gouvernement à rédiger un code général de la fonction publique, pourtant annoncé depuis 2010.

À défaut de codification, vos rapporteurs proposent d'**améliorer la lisibilité des règles applicables au handicap dans le secteur public** en les insérant dans le statut général de la fonction publique[2].

Proposition n° 2 :
Clarifier le droit applicable au handicap dans la fonction publique en l'insérant dans le statut général de la fonction publique ou dans le futur code général de la fonction publique.

2. La fonction publique d'État, une exemplarité à refonder

La fonction publique d'État est celle qui connaît le plus de retard dans l'insertion des travailleurs handicapés : chaque année, l'État verse près 38 millions d'euros au FIPHFP, pour un taux d'emploi de 4,65 %.

[1] *Ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative).*
[2] *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite* « loi Le Pors ».

Taux d'emploi par ministère
(hors établissements publics)

	Effectifs	BOE[1]	Taux d'emploi direct	Équivalents BOE	Taux d'emploi légal
Ministère de la justice	80 835	4 848	6,00 %	75,81	6,09 %
Ministère de l'économie et des finances ; Ministère de l'action et des comptes publics	142 811	8 949	6,27 %	134,51	6,36 %
Ministère de l'agriculture et de l'alimentation	31 059	1 560	5,02 %	21,62	5,09 %
Ministère de l'intérieur	182 238	10 507	5,77 %	463,04	6,02 %
Ministère de l'Europe et des affaires étrangères	7 528	330	4,38 %	49,43	5,04 %
Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse	1 023 670	35 914	3,51 %	1 178,96	3,62 %
Ministère de la transition écologique et solidaire	37 663	3 199	8,49 %	72,51	8,96 %
Ministère de la culture	11 174	626	5,60 %	45,92	6,01 %
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social ; Ministère des solidarités et de la santé	19 446	1 176	6,04 %	-	6,04 %
Services du Premier ministre	3 504	117	3,34 %	1,59	3,38 %
Ministère des armées	58 203	4 153	7,14 %	86,78	7,28 %
Direction générale de l'aviation civile	10 545	599	5,68 %	8,40	5,76 %
	1 608 696	**71 978**	**4,47 %**	**2 139**	**4,65 %**

Source : FIPHFP

Les actions menées varient également d'un ministère à l'autre, chaque ministère concluant sa propre convention avec le FIPHFP, sans aucun effort de coordination. La DGAFP reconnaît d'ailleurs que la politique du handicap « *peut être plus ou moins dynamique* » en fonction des administrations[2].

Si quelques ministères sont vertueux, comme ceux des Armées et de la transition écologique et solidaire, d'autres n'ont qu'un engagement limité. Ainsi, les taux d'emploi du **ministère de l'éducation nationale** (3,62 %) et des **services du Premier ministre** (3,38 %) sont particulièrement faibles, alors même que l'éducation nationale ne contribue pas au financement du FIPHFP.

[1] *L'acronyme* « BOE » *correspondant aux personnes bénéficiant de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.*
[2] *Contribution écrite de la DGAFP, transmise après l'audition du 4 décembre 2018.*

L'éducation nationale, une dispense qui interroge

Avec plus d'un million d'agents, l'éducation nationale constitue le **premier vivier d'emplois de l'État**.

En 2017, le ministère aurait dû verser **142 millions d'euros** au FIPHFP, son taux d'emploi de personnes handicapées étant largement inférieur à 6 %. Il a pourtant été **dispensé de payer cette somme**, la loi l'autorisant à déduire de sa contribution les dépenses consacrées aux auxiliaires de vie scolaire (AVS)[1], soit près d'un milliard d'euros.

Entre 2013 et 2017, cette dérogation **a permis à l'éducation nationale d'économiser 809 millions d'euros, au dépend du FIPHFP**.

De manière paradoxale, le ministère perçoit des aides du FIPHFP (environ 4 millions d'euros par an) sans contribuer à son financement.

La loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018[2] apporte une **première réponse** : à compter de 2021, la déduction accordée à l'éducation nationale ne pourra plus excéder un plafond fixé par décret en Conseil d'État. D'après les premières estimations, cette mesure pourrait rapporter entre 15 et 30 millions d'euros au FIPHFP.

Certes, l'État a désigné un haut fonctionnaire dans chaque ministère pour animer la politique du handicap. Sa mission se limite toutefois à la mise en place « *d'indicateurs d'inclusion* » et à « *un devoir d'impulsion et d'exemplarité* »[3].

Au regard du retard accumulé, vos rapporteurs estiment que la politique relative au handicap dans les services de l'État doit faire l'objet d'une coordination interministérielle plus poussée, sous l'égide du Comité interministériel du handicap.

Dans ce cadre, l'État devrait se fixer un **objectif interministériel** d'accroissement de son taux d'emploi des personnes handicapées. Il devrait s'engager à atteindre 6 % de travailleurs handicapés d'ici deux ans, contre 4,65 % aujourd'hui.

<u>Proposition n° 3 :</u>
Fixer, pour la fonction publique de l'Etat, un objectif pluriannuel d'accroissement du taux d'emploi des personnes handicapées pour atteindre les 6 % de travailleurs en situation de handicap d'ici deux ans.

[1] *Article 98 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.*
[2] *Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel.*
[3] *Source : Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées.*

De même, la gestion de la **politique du handicap reste trop centralisée**.

Lorsqu'elles sollicitent une aide auprès du FIPHFP, les préfectures doivent ainsi transmettre leurs demandes au niveau central, les conventions étant conclues entre le FIPHFP et les ministères. **Les « allers-retours » sont donc incessants entre la préfecture, les ministères et le FIPHFP**. Les délégués régionaux du FIPHFP, pourtant présents sur le terrain, n'interviennent à aucun moment dans la procédure.

Comme le confirme le cabinet TH Conseil, « *au sein des services déconcentrés de l'État, les référents handicap locaux méconnaissent bien souvent la procédure permettant de solliciter les fonds du FIPHFP au niveau national […] et ils ne savent pas toujours à qui s'adresser* »[1].

En outre, trop complexes, ces procédures ne répondent pas efficacement aux besoins des travailleurs handicapés.

Une politique trop centralisée :
l'exemple de la préfecture de Seine-Maritime

La préfecture de Seine-Maritime présente un taux d'emploi de travailleurs handicapés de 8,23 %, nettement supérieur à l'objectif légal de 6 %.

Pour obtenir des aides du FIPHFP, ses services mobilisent **la convention conclue entre le fonds et le ministère de l'intérieur**.

La procédure est extrêmement lourde : le dossier pour acquérir un siège ergonomique est transmis au service des ressources humaines du ministère de l'intérieur, situé à Paris, puis au siège du FIPHFP. Alors qu'ils sont directement concernés, les services déconcentrés n'ont aucun contact avec le fonds.

Sur le plan financier, la préfecture complète les aides du FIPHFP en utilisant plusieurs instruments budgétaires, ce qui rajoute en complexité. Elle mobilise notamment les **programmes 216** (« *Conduite et pilotage des politiques de l'intérieur* ») **et 307** (« *Administration territoriale* »).

Les autres services déconcentrés de l'État relèvent de **conventions différentes avec le FIPHFP**. La direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) dépend par exemple de la convention conclue par le ministère du travail. Or, chaque convention fonctionne différemment, en fonction des négociations entre les ministères et le FIPHFP.

Alors qu'elle est censée articuler les politiques RH des ministères, la plate-forme régionale d'appui interministériel à la gestion des ressources humaines (PFRH) de Normandie[2] n'intervient à aucun moment dans la politique du handicap.

[1] *Contribution écrite du cabinet TH Conseil, transmise après l'audition du 23 janvier 2019.*

[2] *Placées auprès des préfets de région, les PFRH exercent une action transversale visant à appuyer les ministères dans la gestion de leurs ressources humaines, dans leurs actions de formation et dans l'organisation de l'action sociale. Pour plus de précisions, voir l'avis budgétaire n° 146 (2016-2017),* « Fonction publique »*, fait par Catherine Di Folco au nom de la commission des lois du Sénat sur le projet de loi de finances pour 2017.*

Pour répondre à ces difficultés, vos rapporteurs proposent de **déconcentrer les actions mises en œuvre dans la fonction publique d'État**, notamment en :

– autorisant les services déconcentrés à solliciter directement des aides auprès du FIPHFP ;

– mobilisant davantage les plates-formes régionales d'appui interministériel à la gestion des ressources humaines (**PFRH**), qui ont vocation à mieux coordonner l'action territoriale des ministères.

Proposition n° 4 :
Déconcentrer les actions mises en œuvre par l'État, en particulier en autorisant les préfectures à solliciter directement des aides auprès du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et en mobilisant davantage les plates-formes régionales d'appui interministériel à la gestion des ressources humaines (PFRH).

3. Vers des actions plus volontaristes, sous l'impulsion des référents handicap

Dans bien des cas, les actions menées pour l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées reposent sur **l'engagement personnel de certains élus, managers ou agents**.

Vos rapporteurs tiennent d'ailleurs à saluer l'engagement de ces femmes et de ces hommes, véritables clefs de voûte de la politique du handicap. Comme l'a indiqué l'un des interlocuteurs rencontrés à Lyon, il s'agit d'un « *véritable combat, fait de victoires mais également de crève-cœurs* » lorsque l'intégration d'un agent handicapé échoue.

Au-delà de ces démarches individuelles, la politique du handicap dans la fonction publique doit être mieux structurée, notamment pour garantir sa pérennité. Certains employeurs ont d'ailleurs créé un poste de **référent handicap** chargé de coordonner leurs actions.

Les missions principales du référent handicap

- Coordonner et dynamiser la politique du handicap.
- Répondre aux questions des agents handicapés et les accompagner tout au long de leur carrière (recrutement, conditions de travail, formation, promotion, *etc.*).
- Sensibiliser le collectif de travail aux enjeux du handicap.
- Être l'interlocuteur du FIPHFP, notamment pour solliciter des aides financières, négocier les conventions et recenser les bénéficiaires de l'obligation d'emploi.
- Mobiliser les acteurs extérieurs (Cap emploi, Pôle emploi, *etc.*).
- Échanger des bonnes pratiques avec d'autres référents handicap.

Des employeurs publics s'attachent également à **professionnaliser la fonction de référent handicap**.

À titre d'exemple, le ministère de l'éducation nationale a publié une fiche de poste décrivant les principales missions du référent et les compétences attendues (capacité d'écoute, sens de la confidentialité, connaissance du droit, *etc.*). Chaque référent dispose d'une lettre de mission, fixant des objectifs pluriannuels à atteindre (préparation d'un plan d'action, animation d'un réseau, sensibilisation des acteurs, *etc.*).

Certaines facultés proposent des formations spécifiques à l'attention des référents handicap, à l'instar de l'université Paris-Est Créteil et de l'université Claude Bernard de Lyon.

La nomination d'un référent handicap reste toutefois facultative dans le secteur public, alors qu'une telle obligation existe pour les entreprises d'au moins 250 salariés[1].

De même, **les moyens accordés aux référents sont très disparates :** certains ne disposent ni du temps ni de la formation nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

À titre de comparaison, le référent handicap de la préfecture de Seine-Maritime y consacre 80 % de son temps de travail, contre 50 % pour le référent de la DIRECCTE du Rhône et 3 % pour celui de la préfecture du Rhône.

Enfin, les référents handicap sont « *généralement assez peu, voire pas, formés sur le métier et doivent donc fréquemment [le] découvrir de manière autodidacte* »[2]. Certains employeurs peinent d'ailleurs à « *légitimer l'action du référent handicap* », qui n'est pas toujours informé des aménagements de poste à réaliser[3].

---

[1] *Article L. 5213-6-1 du code du travail, issu de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.*

[2] *Contribution écrite du cabinet TH Conseil, transmise après l'audition du 23 janvier 2019.*

[3] *Contribution écrite du cabinet Handiplace, transmise après l'audition du 23 janvier 2019.*

Dès lors, vos rapporteurs proposent de reconnaître le rôle des référents handicap et de favoriser leur professionnalisation, au bénéfice de l'insertion et du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.

En outre, les agents devraient pouvoir consulter un référent handicap, quels que soient les effectifs de leur employeur.

Le législateur pourrait s'inspirer du dispositif prévu en 2016 pour les référents déontologues[1] : **les employeurs recruteraient directement un référent handicap ou mutualiseraient cette fonction** au sein des ministères (fonction publique d'État), des centres de gestion (fonction publique territoriale) ou des groupements hospitaliers de territoire (fonction publique hospitalière).

Dans la fonction publique d'État, l'action des référents handicap devrait être déconcentrée au niveau des préfectures, pour se situer au plus proche des agents.

La mutualisation des référents handicap :
l'exemple de la fonction publique hospitalière

Entre 2014 et 2017, un dispositif de référents handicap mutualisés (RHM) a été déployé dans **quatre régions** : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes, Haute-Normandie et Languedoc-Roussillon.

Soutenue par le FIPHFP et la Fédération hospitalière de France (FHF), cette expérimentation visait à recruter un référent handicap à temps plein, dont l'activité était mutualisée entre plusieurs employeurs.

Au total, **90 établissements hospitaliers étaient couverts** par cette expérimentation. 54 en ont eu connaissance et **34 ont fait appel aux services des référents handicap mutualisés**.

D'après la FHF, ces référents « *ont été principalement sollicités sur l'information et l'aide à l'accès aux aides du FIPHFP* ». Au cours de leurs travaux, ils ont « *constaté le sentiment de solitude des directeurs de petits établissements [hospitaliers] face aux situations de reclassement* »[2].

<u>Proposition n° 5 :</u>
Prévoir la nomination d'un référent handicap dans toutes les administrations et leur accorder des moyens suffisants pour exercer leurs fonctions.

[1] *Article 28* bis *de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite* « loi Le Pors »*, issu de la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires.*

[2] *Contribution écrite de la Fédération hospitalière de France (FHF), transmise après l'audition du 5 février 2019.*

4. Pour une nouvelle méthode de comptabilisation des maintiens dans l'emploi

Contrairement au secteur privé, les agents publics reclassés sont comptabilisés dans l'obligation d'emploi des employeurs.

Comme l'a souligné Mme Dominique Gillot, présidente du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), ce mode de calcul crée un « ***effet d'optique*** » au bénéfice des employeurs[1].

Lorsqu'ils « *fabriquent* » du handicap, les employeurs déclarent davantage de maintiens dans l'emploi auprès du FIPHFP, réduisent leurs contributions au fonds et bénéficient de plus d'aides financières. Pour la Cour des comptes, « *ce phénomène a un effet désincitatif sur la promotion d'une politique de prévention des risques professionnels dans les organismes publics* »[2].

Or, les maintiens dans l'emploi occupent une place particulière dans la fonction publique : **36 000 agents reclassés sont actuellement en poste**, ce qui représente environ 15 % des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés[3].

À titre d'exemple, la fonction publique hospitalière a procédé à 5 540 maintiens dans l'emploi en 2016, soit presque autant que le nombre d'agents handicapés recrutés (6 808 recrutements).

En outre, **tous les agents reclassés ne sont pas porteurs d'un handicap**, leur inaptitude pouvant être liée à leurs anciennes fonctions professionnelles.

Comme le relève notre collègue Philippe Mouiller, il faut distinguer « *un travailleur handicapé, dont les capacités sont réduites du fait d'un caractère intrinsèque, et le travailleur reclassé, dont l'inaptitude n'est liée qu'au poste qu'il occupe et qui ne relève pas […] de la politique inclusive des personnes handicapées dans l'emploi* »[4].

Dans la métropole de Lyon, par exemple, sur les 41 agents reclassés en 2017, seuls 22 disposent d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Afin de mettre un terme à la situation actuelle, qui induit un biais dans la politique de compensation du handicap, **vos rapporteurs proposent de limiter à cinq ans la prise en compte des emplois reclassés dans l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés**.

---

[1] *Audition du 9 octobre 2018.*

[2] *Cour des comptes,* Observations définitives sur le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)*, 2017, p. 45.*

[3] *Contribution écrite du FIPHFP, transmise après l'audition du 2 octobre 2018.*

[4] *Rapport n° 609 (2017-2018) fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel, p. 382.*

Passée cette date, les agents concernés devront produire une RQTH pour être comptabilisés par le FIPHFP. À défaut, la contribution de leur employeur augmenterait, au bénéfice du fonds.

Proposition n° 6 :
Pour le calcul du taux d'emploi des travailleurs handicapés, limiter à cinq ans la prise en compte des maintiens dans l'emploi.

II. LEVER LES FREINS AU RECRUTEMENT DE PERSONNES HANDICAPÉES DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Chaque année, plus de 30 000 travailleurs handicapés sont recrutés dans la fonction publique, soit deux fois plus qu'en 2009.

Ils rencontrent toutefois de **véritables obstacles**, notamment face aux concours administratifs.

En l'absence de données agrégées sur les voies d'accès à la fonction publique, vos rapporteurs ont examiné des **exemples concrets** (centre de gestion du Bas-Rhin, Ville de Paris, *etc.*) pour garantir l'objectivité de leurs travaux.

A. POUR UNE AMÉLIORATION DES VOIES D'ACCÈS À LA FONCTION PUBLIQUE

1. Le frein du concours, même aménagé

Le concours reste la principale voie d'accès à la fonction publique, sur le fondement de l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789[1].

Conformément à la jurisprudence du Conseil constitutionnel, ses modalités d'organisation peuvent être adaptées aux besoins des personnes handicapées, notamment pour tenir compte de la « *variété des mérites* »[2].

De fait, les candidats en situation de handicap peuvent se présenter aux concours administratifs quelle que soit leur date de naissance, indépendamment des limites d'âge fixées pour certains concours.

---

[1] » Tous les citoyens […] sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leur capacité, et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents ».

[2] *Conseil constitutionnel, 14 janvier 1983,* Loi relative au statut général des fonctionnaires, *décision n° 82-153 DC.*

Ils peuvent également solliciter un **aménagement des épreuves**. Leur demande doit être accompagnée d'un certificat médical, établi par un médecin agréé et précisant les aménagements souhaités[1].

Les concours aménagés : des exemples concrets

– Aménagement des conditions d'organisation

. Accorder un tiers de temps supplémentaire au candidat

. Permettre au candidat de se déplacer pendant l'épreuve

– Aides techniques

. Imprimer les sujets en format A3 ou les retranscrire en braille

. Fournir un ordinateur pour rédiger la copie, le cas échant avec des dispositifs spécifiques (télé-agrandisseur, synthèse sonore, *etc.*)

– Aide humaine

. Mettre à disposition un secrétaire pour saisir les propos oraux du candidat ou recopier sa copie lorsqu'il a utilisé un ordinateur

D'après une enquête de l'université de Montpellier, **90 % des étudiants handicapés bénéficient d'un temps majoré**, 32 % d'une aide technique et 25 % d'une aide humaine[2].

En pratique, les aménagements d'épreuve ne sont pas toujours adaptés aux besoins des candidats handicapés.

D'après l'Association pour le développement des aides pédagogiques et technologiques (ADAPT), **les concours restent souvent une « *épreuve éliminatoire où les candidats ont finalement très peu de chances de réussir* »**[3]. Cette difficulté concerne principalement les agents de catégorie A et B, les agents de catégorie C pouvant être recrutés sans concours[4].

Les données recueillies par vos rapporteurs confirment ce constat.

À titre d'exemple, sur les 53 travailleurs handicapés recrutés par la métropole de Lyon entre 2017 et 2018, aucun ne l'a été par concours ; *idem* pour la Ville de Paris, qui a pourtant recruté 90 agents handicapés pour la seule année 2017.

Au cours des cinq dernières années, 30 élèves en situation de handicap se sont inscrits à la préparation aux concours administratifs de Sciences Po Paris ; seuls deux ont été admis dans l'administration.

---

[1] *Voir, pour l'exemple des agents de l'État, l'article 27 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.*

[2] *Enquête mentionnée dans le rapport de l'IGF et de l'IGAS précité, p. 134.*

[3] *Contribution écrite de l'ADAPT, transmise après l'audition du 23 janvier 2019.*

[4] *Voir, pour l'exemple des agents de l'État, l'article 22 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.*

Selon l'Association des paralysés de France (APF)[1], **le » tiers temps » constitue une difficulté pour les personnes « fatigables »**, qui s'épuisent plus rapidement que la moyenne. Lorsqu'un candidat à l'École nationale d'administration (ENA) bénéficie d'un tiers temps, ses épreuves d'admission durent au total 30 heures et 40 minutes, réparties sur cinq jours...

Comme l'a souligné l'UNSA Fonction publique[2], **les notes de synthèse** sont également difficiles d'accès pour les personnes malvoyantes, même après agrandissement des caractères. Les synthèses vocales sont souvent inopérantes car elles ne permettent pas la lecture rapide d'un dossier de plusieurs dizaines de pages.

Il convient donc de **poursuivre les efforts d'adaptation des concours de la fonction publique**, en prêtant une attention toute particulière à l'accessibilité des sujets.

Proposition n° 7 :
Veiller à l'accessibilité des sujets de concours, pas seulement à leurs conditions d'organisation.

Le recrutement par concours soulève également des **difficultés au moment de la prise de poste**.

Bien souvent, les administrations n'ont **pas établi de cartographie** concernant les postes plus accessibles aux travailleurs handicapés. Une fois intégrés dans leur corps ou cadre d'emplois, les agents exercent des fonctions variables, parfois inadaptées à leur état de santé.

Pour les concours organisés à l'échelle nationale, les agents peuvent être **contraints de déménager**, ce qui nécessite d'adapter leurs conditions de vie (identifier un logement adapté, bénéficier d'une aide au transport jusqu'au lieu de travail, garantir l'accessibilité des soins, *etc.*).

2. Les voies dérogatoires : des dispositifs à améliorer

Outre les concours administratifs, le législateur a prévu **trois voies dérogatoires pour accéder à la fonction publique**, dont certaines restent méconnues des employeurs : les contrats aidés, les contrats *ad hoc* préalables à la titularisation et les contrats d'apprentissage.

[1] *Audition du 28 novembre 2018.*
[2] *Contribution écrite transmise après l'audition du 19 mars 2019.*

a) La remise en cause des contrats aidés, un risque pour l'emploi des personnes handicapées

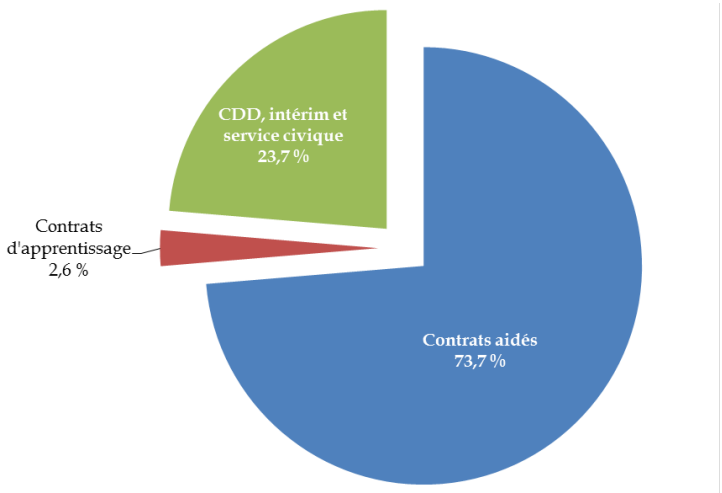
Les contrats aidés[1] constituent la **première source d'embauche** des personnes handicapées dans le secteur public.

Comme l'a indiqué M. Lionel Rolland, directeur du Cap emploi Savoie-Haute Savoie, ces contrats ont été massivement soutenus par l'État entre 2005 et 2017[2].

Ils sont également appuyés par le FIPHFP. Ce dernier verse 2 000 euros à la signature d'un contrat à durée déterminée puis 4 000 euros en cas d'embauche « durable ».

En 2017, sur les 17 393 travailleurs handicapés que Cap emploi a « placés » dans le secteur public, plus de la moitié (8 707) ont été recrutés en contrat aidé. À titre d'exemple, au centre de gestion du Bas-Rhin, les contrats aidés représentent 73 % des placements réalisés par Cap emploi.

Placements réalisés par Cap emploi pour le compte du centre de gestion du Bas-Rhin (2016-2018)



Source : centre de gestion du Bas-Rhin

La réduction des contrats aidés financés par l'État fragilise toutefois cette voie d'accès à la fonction publique : leur nombre est passé de 280 000 en 2017 à 100 000 en 2019[3].

Ce choix politique soulève déjà des difficultés sur le terrain. Dans l'exemple du Cap emploi du Rhône, le nombre de placements en contrats aidés a baissé de 44,86 % entre 2017 et 2018.

---

[1] *Le contrat aidé est un contrat de travail dont les coûts sont réduits, grâce à l'appui de l'État. Ce dispositif est réservé aux personnes particulièrement éloignées de l'emploi (chômeurs de longue durée, seniors, personnes handicapées,* etc.*).*

[2] *Audition du 4 décembre 2018.*

[3] *Source : commission des finances du Sénat.*

Certes, les contrats aidés constituent rarement une solution pérenne : seul un tiers des agents handicapés qui en bénéficient s'insèrent durablement dans l'emploi à l'issue d'un tel contrat[1]. Ces contrats sont néanmoins essentiels pour inciter les employeurs à donner leurs chances aux travailleurs handicapés.

b) Les contrats ad hoc*, une voie d'accès à dynamiser*

Conformément au statut général de la fonction publique[2], un travailleur handicapé peut être recruté en qualité d'agent contractuel pour une durée d'un an.

À l'issue de ce contrat *ad hoc*, il peut être titularisé dans ses fonctions par un jury de sélection, sans nécessité d'obtenir un concours administratif.

La procédure de recrutement par contrat *ad hoc*

1. L'employeur public recrute un agent handicapé *via* un **contrat *ad hoc***, le cas échéant après l'avoir entendu en **entretien.**
2. Pendant toute la durée du contrat, l'agent bénéficie d'une **formation** et d'un **suivi personnalisés**. Il perçoit la même rémunération qu'un fonctionnaire issu du concours externe.
3. Son supérieur hiérarchique établit un **rapport d'appréciation**, permettant d'évaluer l'agent dans ses fonctions.
4. Lorsque le contrat arrive à son terme, l'employeur convoque un **jury**, chargé d'entendre l'agent en entretien et d'apprécier ses aptitudes professionnelles.
5. Le jury peut **titulariser** l'agent, après avis de la commission administrative paritaire. Lorsque des doutes subsistent sur ses capacités professionnelles, le jury peut renouveler son contrat pour une durée maximale d'un an, en vue d'une éventuelle titularisation.

Vos rapporteurs saluent les efforts du précédent Gouvernement, qui a étendu les contrats *ad hoc* à certains corps accessibles à la sortie de l'École nationale d'administration (administrateurs civils, conseillers des affaires étrangères, inspecteurs généraux des finances, *etc.*)[3].

---

[1] *Plan annuel de performance (PAP) du programme 102 (*« Accès et retour à l'emploi »*) du projet de loi de finances pour 2019.*

[2] *Article 27 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ; article 35 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ; article 27 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.*

[3] *Décret n° 2017-346 du 17 mars 2017 relatif au recrutement des travailleurs handicapés dans certains corps recrutant par la voie de l'École nationale d'administration*

Suffisamment souples, **ces contrats sont toutefois trop peu connus des employeurs publics**, ce qui nuit à leur efficacité. En l'absence de concours, certains employeurs craignent, à tort, de s'exposer à des risques de contentieux.

En pratique, les contrats *ad hoc* sont conclus par **les employeurs les mieux organisés**, qui œuvrent depuis plusieurs années pour l'insertion des travailleurs handicapés.

À titre d'exemple, le nombre de contrats *ad hoc* conclus par la métropole de Lyon (19 contrats en 2017 et 2018) dépasse le nombre de ses contrats aidés (12 contrats sur la même période).

De même, la Ville de Paris a systématisé le recours aux contrats *ad hoc* : une campagne de recrutement est lancée à chaque ouverture de concours.

Les contrats *ad hoc* conclus par la Ville de Paris

En 2017, la Ville de Paris a conclu 27 contrats *ad hoc*, ce qui représente **30 % des recrutements de personnes en situation de handicap**[1]. Parmi ces 27 agents, 19 relèvent de la catégorie C, 6 de la catégorie B et 2 de la catégorie A.

Une procédure de sélection est menée à l'ouverture de chaque concours, avec un jury quasiment identique à celui du concours.

Lorsqu'elles se portent candidates, **les personnes handicapées sont toujours conviées à l'entretien de sélection**. Le cas échéant, la Ville de Paris organise des tests pratiques liés aux fonctions exercées pour s'assurer des aptitudes des candidats.

À l'issue de la procédure de sélection, les personnes retenues peuvent postuler aux mêmes fiches de poste que les lauréats des concours.

En conséquence, vos rapporteurs proposent de **développer le recours aux contrats *ad hoc*** en rappelant aux employeurs les procédures applicables ainsi que les avantages du dispositif.

<u>Proposition n° 8 :</u>
Recourir davantage aux contrats de recrutement *ad hoc*, qui permettent d'exempter de concours les agents handicapés.

[1] *En 2017, la Ville de Paris a également recruté 50 agents handicapés en contrat aidé (55,56 % des recrutements) et 27 par la voie de l'apprentissage (14,44 %).*

c) Sortir l'apprentissage de l'impasse

Les travailleurs handicapés peuvent bénéficier d'un **contrat d'apprentissage** pour une durée maximale de quatre ans, quel que soit leur âge[1]. Le FIPHFP soutient massivement cette voie d'accès à la fonction publique en multipliant les aides à destination des employeurs.

Apprentissage : les aides versées par le FIPHFP

- Prise en charge de 80 % du coût salarial annuel chargé de l'apprenti
- Participation aux frais de formation de l'apprenti (à hauteur de 10 000 euros maximum) et du maître d'apprentissage (à hauteur de 2 000 euros maximum, pour cinq jours de formation)
- Attribution d'une aide à la formation de 1 525 euros, que l'employeur doit reverser à l'apprenti
- Compensation des heures de tutorat du maître d'apprentissage, avec un plafond de 228 heures par an
- Prise en charge des frais d'accompagnement (à hauteur de 5 000 euros par an) et des frais de déplacement (à hauteur de 150 euros par jour) des apprentis handicapés
- Versement d'une prime à l'insertion de 1 600 euros lorsque l'apprenti est embauché en contrat à durée indéterminée

Source : FIPHFP

Ces efforts portent déjà leurs fruits, notamment dans la fonction publique territoriale. L'État s'est d'ailleurs engagé à rattraper son retard en accueillant, à moyen terme, 6 % d'apprentis en situation de handicap (contre 3,4 % aujourd'hui)[2].

Taux d'apprentis en situation de handicap

	2016	**2017**
Fonction publique d'État (FPE)	3,1 %	3,4 %
Fonction publique hospitalière (FPH)	9,6 %	7,8 %
Fonction publique territoriale (FPT)	5,6 %	6,4 %

Source : Commission des lois du Sénat, à partir des données de la DGAFP

[1] *Alors que l'âge des autres apprentis est compris entre seize et vingt-neuf ans. Décret n° 2009-596 du 26 mai 2009 relatif à la suppression de la limite d'âge pour les travailleurs handicapés en contrat d'apprentissage.*

[2] *Engagement pris lors du comité interministériel du handicap du 20 septembre 2017.*

De même, 4,6 % des élèves du centre de formation d'apprentis (CFA) des métiers territoriaux[1] sont porteurs d'un handicap (contre 1,6 % en 2015), avec « *une réussite aux examens et une intégration professionnelle proches de 100 %* »[2].

L'apprentissage conduit toutefois à une impasse : **à l'issue de leur contrat, les travailleurs handicapés ne peuvent pas être titularisés dans leur poste**[3].

Cette voie d'accès à la fonction publique offre donc moins d'opportunités que les contrats *ad hoc*, qui permettent aux personnes handicapées d'intégrer la fonction publique après un an de service. Dans bien des cas, l'agent est contraint « d'enchaîner » un contrat d'apprentissage puis un contrat *ad hoc* pour obtenir sa titularisation.

Par cohérence, vos rapporteurs proposent, à titre expérimental, d'autoriser les employeurs à titulariser les agents handicapés à l'issue de leur contrat d'apprentissage, sous réserve de leurs compétences professionnelles.

Proposition n° 9 :
Autoriser, à titre expérimental, la titularisation des personnes handicapées à l'issue de leur contrat d'apprentissage, sous réserve de leurs compétences professionnelles.

B. POUR UNE MEILLEURE ARTICULATION DES ACTEURS DE L'INSERTION

1. Des candidatures trop peu nombreuses

Selon les employeurs publics entendus en audition, de nombreux postes ouverts aux personnes handicapées ne sont pas pourvus, **faute de candidats**.

À titre d'exemple, le centre de gestion du Bas-Rhin n'a pas pu remplir son objectif de recruter 99 travailleurs handicapés entre 2016 et 2018 : compte tenu du nombre de candidats recensés, Cap emploi n'a pu pourvoir que 76 postes.

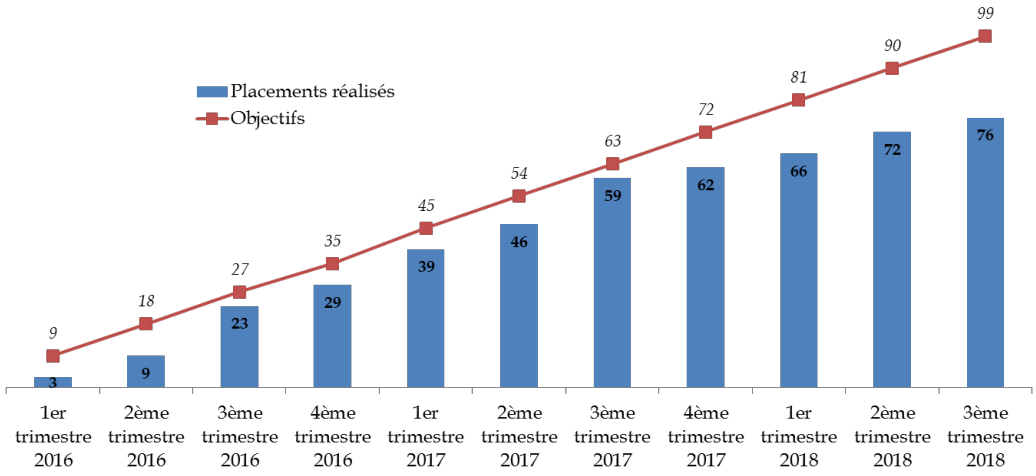
---

[1] *Situé à Issy-les-Moulineaux, ce CFA est géré par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT). Il forme en alternance des auxiliaires de puériculture et des cuisiniers spécialisés en restauration de collectivité.*

[2] *Contribution écrite du CNFPT, transmise après l'audition du 4 décembre 2018.*

[3] *Aujourd'hui, le contrat d'apprentissage est uniquement pris en compte dans la durée minimale requise pour se présenter aux troisièmes concours de la fonction publique. Cette durée est fixée à huit ans pour l'École nationale d'administration (ENA) et à cinq ans pour les Instituts régionaux d'administration (IRA).*

Placements réalisés par Cap emploi au nom du centre de gestion du Bas-Rhin



Source : centre de gestion du Bas-Rhin

Pour les personnes handicapées, « *la diversification des voies d'accès, incluant la voie classique du concours mais aussi le recrutement contractuel, reste méconnue* »[1], tout comme les offres d'emploi du secteur public.

2. Un manque de coordination entre les acteurs de l'insertion

L'insertion des personnes handicapées dépend de **plusieurs acteurs** :

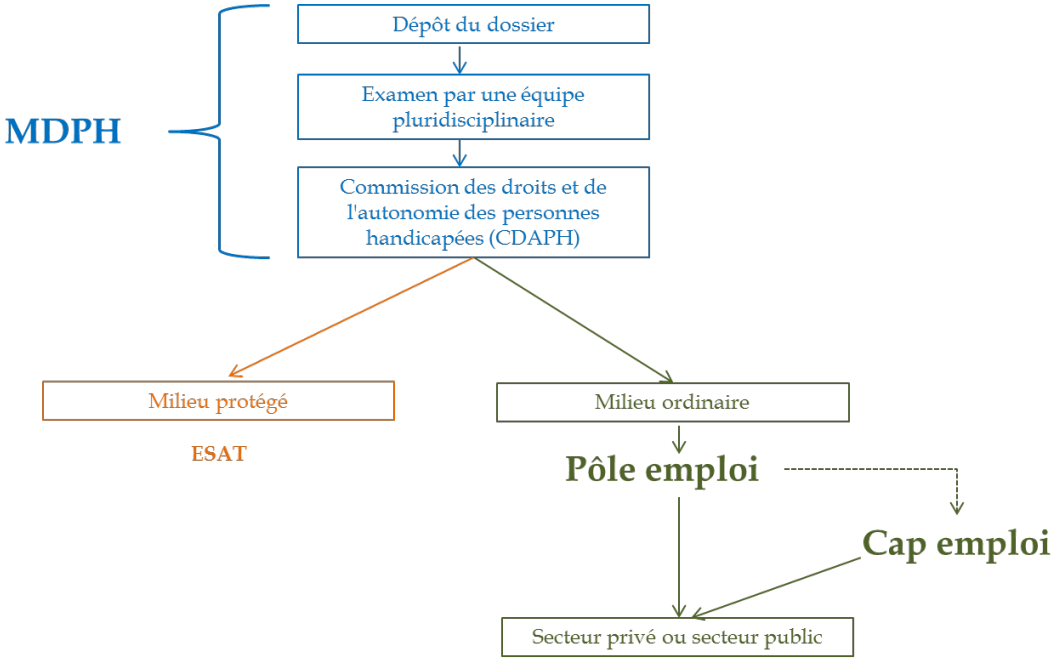
– les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui assurent une première orientation entre le milieu protégé (ESAT majoritairement) et le milieu ordinaire ;

– le service public de l'emploi (Pôle emploi et Cap emploi), chargé d'aider les demandeurs d'emploi à retrouver un poste ;

– les employeurs publics et des structures « intermédiaires » comme les centres de gestion de la fonction publique territoriale.

[1] *Contribution écrite de l'Association des paralysés de France (APF), transmise après l'audition du 28 novembre 2018.*

Organisation des dispositifs d'insertion dans l'emploi



Source : commission des lois du Sénat

Les personnes handicapées dans le service public de l'emploi

Les demandeurs d'emploi en situation de handicap sont répartis entre :

– **un opérateur généraliste, Pôle emploi**, qui traite 75 % des dossiers ;

– **un opérateur spécialisé dans la gestion du handicap, le réseau Cap emploi**, qui gère 25 % des dossiers. Les 98 agences Cap emploi sont financées par l'AGEFIPH (54 % du budget), le FIPHFP (18 %) et Pôle emploi (28 %).

Théoriquement, les dossiers les plus complexes sont pris en charge par Cap emploi, qui dispose de moyens plus adaptés. Dans l'exemple du Rhône, un conseiller Cap emploi a la charge de 130 demandeurs d'emploi, contre plus de 500 pour un conseiller Pôle emploi.

En matière de handicap, le service public de l'emploi fait face à deux enjeux.

D'une part, **ses prestations doivent s'adapter aux pathologies rencontrées**. À titre d'exemple, les agences Pôle emploi développent depuis mars 2018 un dispositif de traduction en langue des signes pour les personnes sourdes ou malentendantes.

D'autre part, **les orientations entre Pôle emploi et Cap emploi ne sont pas suffisamment ciblées**. Malgré la spécialisation de Cap emploi, ces deux structures accueillent des publics comparables, pour des résultats très proches[1].

[1] *Inspection générale des affaires sociales (IGAS),* « Évaluation des Cap emploi et de l'accompagnement vers l'emploi des chômeurs handicapés de longue durée », *mai 2017.*

Vos rapporteurs ont constaté **un manque de coordination entre les différents acteurs de l'insertion des personnes handicapées**.

Les relations entre les employeurs publics et le service public de l'emploi sont trop distendues, voire inexistantes dans certains territoires.

Les employeurs publics ont l'obligation de publier leurs offres d'emploi[1] mais pas de les transmettre à Pôle emploi ou à Cap emploi. De son côté, le service public de l'emploi ne dispose pas d'une vision globale des postes à pourvoir. Il se limite à agréger les offres de l'armée de terre, du CNRS et d'un site spécialisé dans l'emploi local.

De même, les conseillers du service public de l'emploi sont souvent désarmés face à la complexité de la fonction publique. **Le catalogue du FIPHFP « *n'est ni assez connu, ni assez mobilisé* »**, comme l'a admis M. Paul Bazin, directeur de la stratégie et des affaires institutionnelles de Pôle emploi[2].

Ce manque de coordination entre les acteurs de l'insertion constitue une **source d'incompréhension** entre :

– les conseillers du service public de l'emploi, qui regrettent l'opacité des offres d'emploi dans la fonction publique ;

– et les employeurs publics, qui reprochent à Pôle emploi et à Cap emploi de concentrer leurs efforts sur le secteur privé.

Les personnes en situation de handicap sont les premières victimes de cette situation, qui complique leur insertion dans la fonction publique.

3. Favoriser le décloisonnement des acteurs

Il convient donc d'améliorer l'appariement entre les offres d'emploi des employeurs publics, d'une part, et les demandeurs d'emploi en situation de handicap, d'autre part.

Cet objectif est particulièrement difficile à atteindre car **les employeurs ont l'interdiction de préciser, dans leurs offres d'emploi, qu'un poste est réservé aux personnes handicapées**. Pour le Défenseur des droits, il est prohibé d'écarter « *d'emblée la candidature d'une personne au motif qu'elle ne présente aucun handicap, dès lors qu'elle répond aux exigences du poste* »[3].

---

[1] *Voir, dans l'exemple de la fonction publique territoriale, l'article 41 de loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.*

[2] *Audition du 27 novembre 2018.*

[3] *Défenseur des droits,* « Diversifier ses recrutements sans discriminer. La rédaction des offres d'emploi ».

Seules des **mentions plus neutres** sont admises, comme :

– « *à compétences égales, priorité est donnée aux travailleurs handicapés* » ;

– » *la politique d'embauche [de l'employeur] vise à améliorer la représentation des personnes handicapées au sein de ses effectifs* ».

Sur le plan institutionnel, vos rapporteurs proposent de renforcer les relations entre les employeurs publics, le FIPHFP et le service public de l'emploi.

Pour favoriser le partage d'expériences, des représentants de Pôle emploi et de Cap emploi pourraient siéger au comité national du FIPHFP, aujourd'hui composé de 23 membres représentant les employeurs, les personnels et les personnes handicapées.

De même, **le service public de l'emploi doit identifier plus clairement ses conseillers « *fonction publique* » et renforcer leur formation**.

Le Cap emploi du Rhône s'est déjà engagé dans cette voie en désignant six chargés de mission spécialisés dans le secteur public, dont deux responsables des relations avec les employeurs publics.

<u>Proposition n° 10 :</u>
Renforcer les relations entre les employeurs publics et le service public de l'emploi, notamment en :

- modifiant la gouvernance du FIPHFP pour y inclure des représentants de Pôle emploi et de Cap emploi ;

- identifiant plus clairement les conseillers « *fonction publique* » du service public de l'emploi et en renforçant leur formation.

En outre, la plateforme internet **« *Place de l'emploi public* »** pourrait être mobilisée pour améliorer l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

Disponible depuis le début de l'année 2019, cette plateforme[1] centralise déjà les offres d'emploi des trois versants de la fonction publique. Elle pourrait, selon vos rapporteurs, comporter **deux nouvelles fonctionnalités**.

En premier lieu, **les offres d'emploi qui y figurent pourraient être automatiquement transmises à Pôle emploi et à Cap emploi**. L'interopérabilité des systèmes d'information assurée, les offres d'emploi du secteur public deviendraient plus facilement accessibles pour les demandeurs d'emploi.

[1] *Cette plateforme est consultable à l'adresse suivante : <u>https://place-emploi-public.gouv.fr/</u>.*

En second lieu, **les personnes handicapées pourraient être autorisées, à titre expérimental, à déposer leur *curriculum vitæ* sur la plateforme**, dans des conditions garantissant la confidentialité de leurs données à caractère personnel.

Une telle mesure permettrait par exemple aux employeurs publics de constituer un « *vivier de candidats* » pour leurs campagnes de recrutement.

Proposition n° 11 :
Enrichir la « *Place de l'emploi public* » en poursuivant deux objectifs :

- transmettre l'ensemble des offres d'emploi du secteur public à Cap emploi et à Pôle emploi ;

- permettre, à titre expérimental, aux personnes handicapées de déposer leur CV sur cette base de données, en garantissant la confidentialité du dispositif.

Après avoir identifié les métiers sous tension, le service public de l'emploi doit mettre en œuvre des **parcours de qualification adaptés** à la fonction publique. Il pourrait s'inspirer des cycles de formation créés par le centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon, qui ont fait la preuve de leur efficacité.

Les parcours de qualification :
l'exemple du centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon

Chaque année, le centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon propose des cycles de formation qualifiante, en fonction des offres d'emploi des collectivités territoriales affiliées.

En 2017-2018, son cycle de formation portait sur les **métiers de l'accueil et de l'état civil**, pour lesquels de nombreux postes étaient à pourvoir.

Le centre de gestion a sélectionné **seize demandeurs d'emploi en situation de handicap**. Après avoir suivi une formation théorique d'une quinzaine de jours, ils ont réalisé deux stages pratiques dans deux collectivités différentes.

Pour mieux évaluer le dispositif, le centre de gestion suit la trajectoire professionnelle de ses stagiaires : **six mois après la formation, treize d'entre eux exerçaient des fonctions dans une collectivité territoriale**. Concernant les trois autres stagiaires, deux avaient rencontré des problèmes de santé et un était toujours à la recherche d'un emploi.

Proposition n° 12 :
Proposer des parcours de qualification plus adaptés aux demandeurs d'emploi en situation de handicap, notamment pour les métiers sous tension.

III. ANTICIPER ET MIEUX ACCOMPAGNER LES MAINTIENS DANS L'EMPLOI

Les employeurs publics sont souvent confrontés à une logique de maintien dans l'emploi : chaque année, ils organisent le reclassement d'environ 16 000 agents en raison de leur état de santé.

Il s'agit aujourd'hui de réduire les risques d'inaptitude **(action préventive)** et de conforter les moyens d'accompagnement des agents en voie de reclassement **(action curative)**.

A. VERS UNE MEILLEURE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

1. Le maintien dans l'emploi : un enjeu croissant pour les employeurs publics

Les employeurs doivent garantir à leurs agents des « *conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique* »[1].

La santé au travail constitue l'un des principaux enjeux de la fonction publique. Cet enjeu concerne les travailleurs handicapés mais également les agents dont l'état de santé se détériore au cours de la carrière à cause d'un problème de santé, d'un accident de la vie ou d'une maladie professionnelle.

D'après la mutuelle de la fonction publique (MFP), **67 % des agents ressentent des douleurs physiques liées à leur position de travail** ; 35 % ont le sentiment que leur travail dégrade leur santé[2].

Les métiers les plus exposés :
l'exemple de la fonction publique territoriale dans le Rhône

Certaines fonctions techniques sont particulièrement exposées aux risques professionnels.

Dans le département du Rhône, 90 % des agents territoriaux déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions relèvent de la catégorie C. 60 % appartiennent à la filière technique.

Les quatre métiers les plus exposés sont les agents d'entretien (12 % des inaptitudes), les chargés d'accueil (10 %), les agents des espaces verts (8 %) et les agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (8 %).

Enfin, **26 % des agents déclarés inaptes n'ont aucun diplôme** ; 50 % ont un CAP ou un BEP[1].

---

[1] *Article 23 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite* « loi Le Pors ».

[2] Mutuelle de la fonction publique, « *Indispensables et fragiles* », *2018*.

Le **vieillissement des effectifs** renforce l'enjeu du maintien dans l'emploi. Les agents de 50 ans et plus représentent aujourd'hui 33,4 % des effectifs de la fonction publique, avec un vieillissement encore plus marqué dans le versant territorial (40 %).

Comme le relève la DGAFP, « *le* ***système de carrière*** *[…] conduit, en règle générale, à une plus grande stabilité de l'emploi et donc au maintien dans l'emploi des seniors* »[2].

Le dispositif de santé au travail s'organise en plusieurs étapes : **la visite médicale d'aptitude** (avant l'entrée en fonction), **l'intervention du médecin de prévention** (pendant l'exercice des fonctions) **et la gestion des inaptitudes** (après l'exercice des fonctions).

La santé au travail dans la fonction publique

1. La visite médicale d'aptitude (avant l'entrée en fonction)

Conformément au statut général de la fonction publique, les agents doivent remplir « *les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction compte tenu des possibilités de compensation du handicap* »[3].

Cette **condition d'aptitude** est vérifiée, avant l'entrée en fonction, par un médecin généraliste agréé. Dans l'exemple de la Ville de Paris, sur 96 agents en situation de handicap recrutés en 2017, 6 ont été déclarés inaptes par la médecine statutaire.

2. L'intervention du médecin de prévention (pendant l'exercice des fonctions)

Le médecin de prévention est chargé de prévenir toute altération de la santé des agents.

Titulaire des mêmes qualifications professionnelles qu'un médecin du travail, il conseille à la fois l'administration et les agents.

Le médecin de prévention exerce une surveillance particulière sur les agents handicapés, qu'il doit recevoir chaque année pour une visite médicale. Il est seul compétent pour **prescrire les aménagements de poste**.

3. La gestion des risques d'inaptitude (après l'exercice des fonctions)

Lorsque l'agent est inapte à l'exercice de ses fonctions, il bénéficie d'une procédure de **reclassement vers un autre emploi**, plus adapté à son état de santé. En l'absence de solutions, il peut être licencié pour inaptitude ou mis à la retraite d'office.

[1] *Centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon et FIPHFP,* « Handitorial : observatoire du handicap et de l'inaptitude dans les collectivités territoriales », *août 2017.*
[2] *DGAFP,* Rapport annuel sur l'état de la fonction publique*, édition 2018, p. 150 à 163.*
[3] *Article 5 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite* « loi Le Pors ».

Suivant les cas, la procédure de reclassement est soumise à l'avis consultatif :

– d'un **comité médical**, qui se prononce lorsque l'inaptitude n'est pas imputable au service. Cette instance compte deux médecins généralistes agréés et, le cas échéant, un spécialiste de la pathologie en cause. Ses avis peuvent être contestés devant le comité médical supérieur, composé de médecins nommés par le ministre de la santé ;

– d'une **commission de réforme**, qui se prononce sur le lien entre la pathologie et les fonctions exercées. Elle est également consultée sur les mises à la retraite d'office et les licenciements pour inaptitude, quelle qu'en soit la cause.

2. La nécessité de renforcer les moyens de prévention

Anticiper les situations d'inaptitude nécessite d'être à l'écoute des agents et de mieux prévenir les risques professionnels.

Aussi vos rapporteurs jugent-ils souhaitable que, pour les métiers les plus pénibles, l'employeur puisse convoquer l'agent à un **entretien de carrière**.

Moins fréquent que l'entretien professionnel[1], l'entretien de carrière poursuivrait un triple objectif :

– faire le point sur l'état de santé de l'agent et les difficultés rencontrées, notamment pour nourrir la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)[2] ;

– l'informer sur les procédures de reclassement ;

– établir, le cas échéant, un plan d'action pour préparer la reconversion de l'agent et mobiliser les bons leviers de formation.

La périodicité de cet entretien de carrière varierait d'un métier à l'autre, en fonction de la pénibilité de l'activité et des besoins de l'agent. Pour plus d'efficacité, le corps médical pourrait y participer, avec l'accord de l'employeur et de l'agent.

<u>Proposition n° 13 :</u>
Pour les métiers les plus pénibles, organiser un entretien de carrière afin de mieux anticiper les risques d'inaptitude professionnelle.

[1] *Organisé tous les ans, l'entretien professionnel permet au supérieur hiérarchique d'évaluer les résultats de l'agent et de lui fixer des objectifs d'activité.*

[2] *La GPEC vise à anticiper l'évolution professionnelle des agents et à adapter les recrutements en conséquence. Elle nécessite, en amont, un travail de cartographie des effectifs (âge moyen, départs à la retraite programmés, risques professionnels,* etc.*).*

Sur le plan opérationnel, **la fonction publique est confrontée à une pénurie de médecins de prévention**, qualifiée de « *dramatique* » par un rapport d'inspection de 2011[1].

D'après le Gouvernement, « *on dénombre seulement 4 900 médecins du travail en France pour assurer la prise en charge des salariés du secteur privé et des agents publics. Compte tenu de la pyramide des âges et de la persistance d'une crise des vocations, ce chiffre continuera de décroître dans les années à venir* »[2]. Dans le Calvados, la préfecture dispose d'un seul médecin de prévention, âgé de 73 ans. Elle est contrainte de recourir à un prestataire privé, dont les médecins connaissent mal les spécificités de la fonction publique.

Les agents doivent attendre près de deux mois pour consulter un médecin de prévention, alors qu'il est souvent urgent d'aménager leur poste de travail. Prévue chaque année[3], la visite médicale des travailleurs handicapés reste peu fréquente, voire inexistante.

Dès lors, il semble indispensable de **revaloriser l'attractivité de la médecine de prévention**, notamment en sensibilisant davantage les étudiants des facultés de médecine.

En outre, **l'État pourrait agréer des médecins volontaires** pour qu'ils exercent, à titre expérimental, les fonctions de médecin de prévention. En Auvergne-Rhône-Alpes, le FIPHFP s'est d'ailleurs engagé dans cette voie en prenant en charge les aménagements de poste prescrits par des médecins agréés, en lieu et place des médecins de prévention.

Enfin, **les services santé des employeurs pourraient être davantage mutualisés**, selon l'exemple du centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon.

Santé : l'équipe pluridisciplinaire du centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon

Le **pôle santé** du centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon intervient sur l'ensemble de la politique de santé : médecine statutaire et de contrôle, prévention, conditions de travail, assurances, *etc.* Son action couvre près de **30 000 agents**, répartis entre 400 collectivités territoriales.

Le pôle comprend 45 membres, soit environ 35 % des effectifs du centre de gestion. Il compte notamment **deux psychologues du travail, quinze médecins et trois infirmiers de prévention**, chargés d'examiner les demandes d'aménagement de poste.

[1] *Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et Inspection générale de l'administration (IGA),* « Évaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé », *décembre 2011, p. 54.*

[2] *Étude d'impact du projet de loi de transformation de la fonction publique, mars 2019, p. 195.*

[3] *Article 24 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.*

Un **bilan pluridisciplinaire** est réalisé pour chaque demande, en partenariat avec des ergothérapeutes et des ergonomes. Un plan d'action est également dressé avec l'agent et son employeur.

Souhaitant approfondir son action, le centre de gestion envisage de développer ses interventions sur le lieu de travail, « *les seules visites médicales périodiques ne permettant pas de travailler suffisamment tôt en prévention de l'inaptitude* ». De même, il encourage les collectivités territoriales à « *passer du niveau individuel et curatif [des aménagements de poste] à la mise en place d'une réelle politique de prévention collective* »[1].

<u>Proposition n° 14 :</u>
Répondre à la pénurie des médecins de prévention, par exemple en :

- mutualisant les services de médecine préventive ;

- permettant, à titre expérimental, à des médecins agréés d'exercer les missions des médecins de prévention.

B. MIEUX ACCOMPAGNER LES AGENTS EN SITUATION DE HANDICAP

1. Être plus efficace dans les aménagements de poste de travail

Les employeurs publics sont soumis à une **obligation d'aménagement raisonnable du poste de travail**.

Sauf charge « *disproportionnée* », ils doivent prendre les « *mesures appropriées* » pour permettre à leurs agents handicapés « *d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification* »[2]**.** Les employeurs bénéficient, en contrepartie, des aides du FIPHFP.

Pour le Défenseur des droits, cette obligation d'aménagement raisonnable reste toutefois « ***largement méconnue*** *des employeurs et plus généralement des acteurs de l'insertion professionnelle […] et donc peu respectée. Or, le refus de l'employeur de prendre de telles mesures peut être constitutif d'une discrimination* »[3].

---

[1] *Contribution écrite du centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon, transmise après le déplacement du 25 janvier 2019.*

[2] *Article 6* sexies *de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite* « loi Le Pors ».

[3] *Défenseur des droits, avis n° 18-27 du 22 novembre 2018, publié après l'audition du 13 novembre 2018.*

Du côté des employeurs, cette obligation suscite de **nombreuses interrogations** : qu'est-ce qu'une charge « *disproportionnée* » ? Quels aménagements prévoir ? Comment les financer ? Seront-ils suffisants pour éviter l'inaptitude de l'agent ?

Un aménagement de poste de travail peut également prendre plusieurs mois, ce qui peut porter préjudice aux agents en situation de handicap.

À partir des informations recueillies, vos rapporteurs ont estimé le temps nécessaire pour aménager un poste de travail.

Il s'agit néanmoins d'une **évaluation purement indicative**, fondée sur **deux réserves méthodologiques**.

D'une part, ce délai varie d'un dossier à l'autre. À titre d'exemple, le FIPHFP avance les fonds pour les employeurs sous convention, tandis que les autres employeurs doivent remplir une demande d'aide à partir d'un catalogue, ce qui demande plus de temps. D'autre part, il n'existe aucun indicateur permettant de calculer le délai moyen d'aménagement des postes de travail.

Temps nécessaire
à l'aménagement d'un poste de travail (estimations)

– Prise de rendez-vous avec le médecin de prévention : **entre 1 et 2 mois**

– Études ergonomiques (le cas échéant) : **entre 0 et 3 mois**

– Prise de contact avec le fournisseur de matériels : **environ 15 jours**

– Essai du matériel : **environ 15 jours**

– Demande d'aide financière auprès du FIPHFP : **entre 0 et 2 mois**

– Délai de livraison du matériel : **entre 1 et 3 mois**

➔ **Estimation de la mission d'information : entre 3 et 11 mois**

D'après le Défenseur des droits, certains agents handicapés n'ont pas été titularisés « *car les mesures d'aménagement de leur poste n'ont pas été prises ou l'ont été trop tardivement, ce qui les a désavantagés* »[1].

[1] *Défenseur des droits, avis n° 18-27 du 22 novembre 2018 précité.*

Les retards pris dans l'aménagement d'un poste : l'exemple d'un professeur contractuel

Le 1er septembre 2012, M. X est recruté en qualité d'enseignant contractuel, dans la discipline « *économie option mercatique* ». Il bénéficie d'un contrat *ad hoc*, le ministère de l'éducation nationale pouvant le titulariser à l'issue du contrat.

Reconnu travailleur handicapé depuis 2007, M. X est **malentendant**. Il rencontre des difficultés avec certaines ambiances sonores, notamment dans les salles de classe.

Constatant l'état de fatigue de M. X, le médecin de prévention recommande, le 5 octobre 2012, qu'il travaille à **mi-temps**. Le ministère de l'éducation nationale accède à cette demande le 27 novembre 2012.

Le contrat de M. X a ensuite été renouvelé jusqu'en 2016, dans six établissements différents. **Ses salles de classe n'ont jamais été isolées sur le plan phonique, malgré trois demandes transmises à l'administration** (janvier et octobre 2014, février 2016). Dans l'incapacité d'enseigner, M. X n'est pas évalué par le jury académique et n'obtient pas sa titularisation.

L'étude acoustique, préalable aux travaux d'isolation, n'est réalisée qu'en septembre 2016. Les travaux débutent en novembre de la même année.

En l'espèce, le Défenseur des droits constate un **manque de diligence de l'administration** concernant l'aménagement phonique des salles de classe. Or, une « *telle situation est constitutive d'une discrimination indirecte* » à l'encontre de M. X.

Reconnaissant ses lacunes, le ministère de l'éducation nationale a demandé au Défenseur des droits de l'aider à mettre en place, au niveau déconcentré, des formations sur la prévention des discriminations.

Source : Défenseur des droits, 12 février 2018, décision n° 2018-017

Pour les agents en fonction, **un nouvel aménagement de poste est nécessaire à chaque mobilité** : un travailleur handicapé qui change d'employeur ne conserve pas son aménagement, financé par l'employeur initial.

Cette situation soulève des difficultés pour l'agent, qui n'est pas directement opérationnel dans ses nouvelles fonctions. Elle représente également un coût pour les employeurs publics, qui procèdent à plusieurs aménagements de poste pour un même agent.

Dès lors, vos rapporteurs proposent de **consacrer un « *droit à la portabilité* » des aménagements de poste en cas de changement d'employeur**. La priorité serait donnée à l'équipement de l'agent handicapé, plutôt qu'au poste de travail.

Les modalités de mise en œuvre de cette nouvelle garantie pourraient être précisées par décret. Pour ne léser aucune partie :

– le premier employeur pourrait conserver le matériel s'il souhaite l'attribuer à un autre agent ;

– le nouvel employeur financerait les coûts non amortis de l'aménagement de poste.

Proposition n° 15 :
Consacrer un « *droit à la portabilité* » des aménagements de poste lorsque l'agent change d'employeur.

Enfin, le recours au **télétravail** peut constituer une piste intéressante pour maintenir un agent handicapé dans l'emploi, à condition de s'assurer de son consentement et de conserver des liens de socialisation avec ses collègues.

Des adaptations sont d'ailleurs d'ores et déjà possibles pour les travailleurs handicapés : ils peuvent avoir recours au télétravail plus de trois jours par semaine[1] et le FIPHFP participe au financement des équipements.

La participation du FIPHFP pour la mise en œuvre du télétravail

	Montant	**Modalités d'attribution**
Acquisition du matériel – Sécurisation du dispositif	10 000 euros	Tous les trois ans *(sauf évolution de la nature ou du degré du handicap)*
Études externes d'aménagement de poste	3 000 euros	
Coûts d'abonnement et de maintenance	2 500 euros	Tous les ans

Sources : Commission des lois du Sénat, à partir du catalogue des interventions du FIPHFP

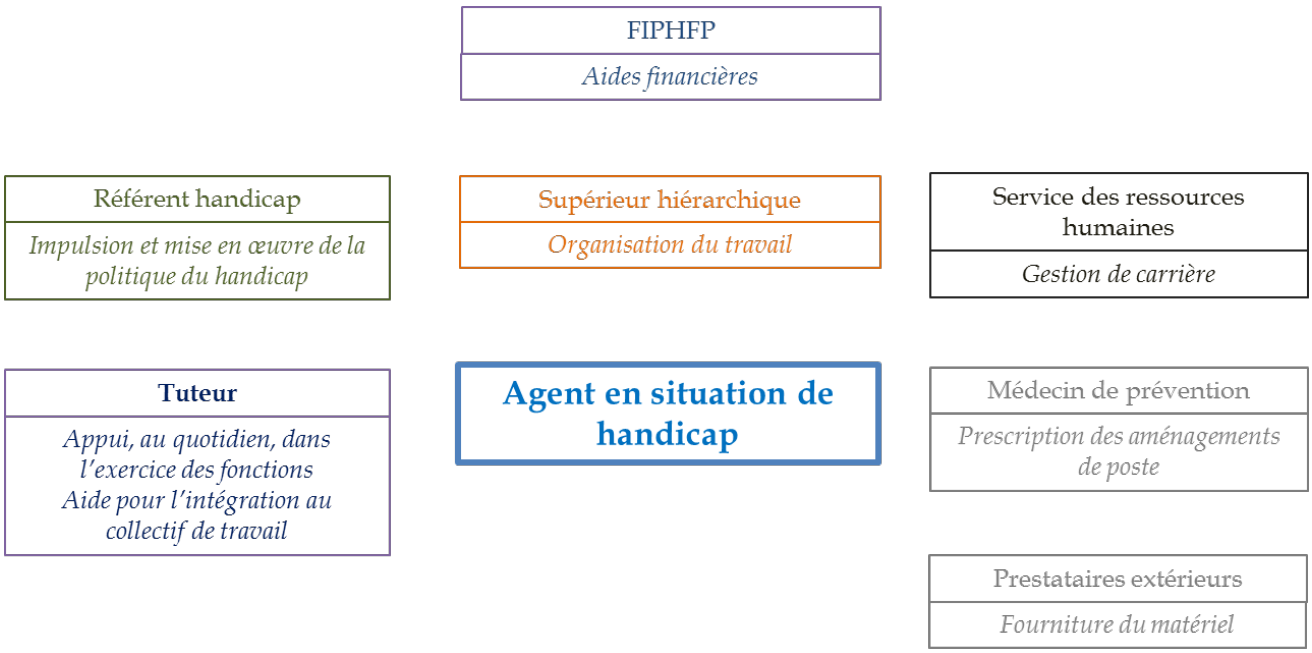
[1] *Articles 3 et 4 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature.*

2. Valoriser le rôle des tuteurs et renforcer les efforts de formation

Certains employeurs publics ont désigné des tuteurs, chargés d'accompagner leurs collègues handicapés.

Leur rôle diffère de celui des référents handicap. **Sur la base du volontariat, les tuteurs guident les personnes handicapées dans l'exercice de leurs fonctions et les aident à s'intégrer au collectif de travail**.

Le rôle des différents acteurs dans l'accompagnement des travailleurs handicapés



Source : commission des lois du Sénat

Les tuteurs ne bénéficient aujourd'hui d'**aucune garantie statutaire**. Seul le FIPHFP reconnaît leur action, en contribuant à leur formation à hauteur de 2 000 euros.

Dans ce contexte, vos rapporteurs souhaitent valoriser l'action des tuteurs, au moins dans l'année qui suit l'arrivée des agents en situation de handicap.

Sur le modèle des maîtres d'apprentissage[1], les tuteurs pourraient bénéficier de nouveaux droits en matière de formation et consacrer plus de temps à l'accompagnement des agents handicapés. En matière indemnitaire, ils pourraient bénéficier de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) prévue pour les « *emplois comportant une responsabilité ou une technicité particulières* »[2].

---

[1] *Articles L. 6223-5 à L. 6223-8 du code du travail.*

[2] *Article 27 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales.*

Proposition n° 16 :
Valoriser le rôle des tuteurs dans l'accompagnement quotidien des agents handicapés, en s'inspirant notamment des garanties apportées aux maîtres d'apprentissage.

De même, les **efforts de formation** doivent être renforcés à l'égard des personnes en situation de handicap mais également de leur collectif de travail.

En théorie, les agents handicapés peuvent bénéficier de formations supplémentaires : sur prescription du médecin de prévention, leur compte personnel de formation (CPF) peut être abondé de 150 heures de formation supplémentaires[1].

En pratique, l'organisation et le contenu des formations ne correspondent pas toujours à leurs besoins. D'après la Ville de Paris, « *le rythme de formation n'est pas […] adapté aux agents en situation de handicap qui sont sujets à une plus grande fatigabilité ou à des difficultés de concentration. Par ailleurs, suivre une formation à plein temps peut être compliqué pour des agents […] qui travaillent souvent à temps partiel, notamment pour suivre leurs soins* »[2].

Concernant le collectif de travail, des formations sont bienvenues pour sensibiliser les collègues et mieux préparer l'arrivée d'un agent en situation de handicap. Elles permettent de **répondre à certaines questions pratiques :** comment communiquer avec cet agent ? Quelles attitudes adopter ? Comment l'aider lorsqu'il rencontre des difficultés ? Comment s'organiser lorsqu'il doit s'absenter pour des soins ?

Dans l'exemple de la fonction publique territoriale, vos rapporteurs s'étonnent que ces formations ne soient pas plus nombreuses. Sur un total de 250 188 jours de formation programmés par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) en 2018-2019, seuls 4 040 sont consacrés au handicap (soit 1,61 %)[3].

Des efforts sont également nécessaires pour approfondir la **formation des managers**. Comme l'indique le cabinet TH Conseil, « *mieux manager les personnes handicapées permet d'améliorer le management au sens large* », notamment en renforçant la cohésion de l'équipe[4].

---

[1] *Pour les autres agents, le compte personnel de formation est majoré de 24 heures par an jusqu'à un stock de 120 heures puis de 12 heures par an. Pour plus de précisions, voir l'avis budgétaire n° 114 (2017-2018),* « Fonction publique »*, fait au nom de la commission des lois du Sénat sur le projet de loi de finances pour 2018.*

[2] *Contribution écrite de la Ville de Paris, transmise après l'audition du 13 novembre 2018.*

[3] *Contribution écrite du CNFPT, transmise après l'audition du 13 novembre 2018.*

[4] *Contribution écrite du cabinet TH Conseil, transmise après l'audition du 23 janvier 2019.*

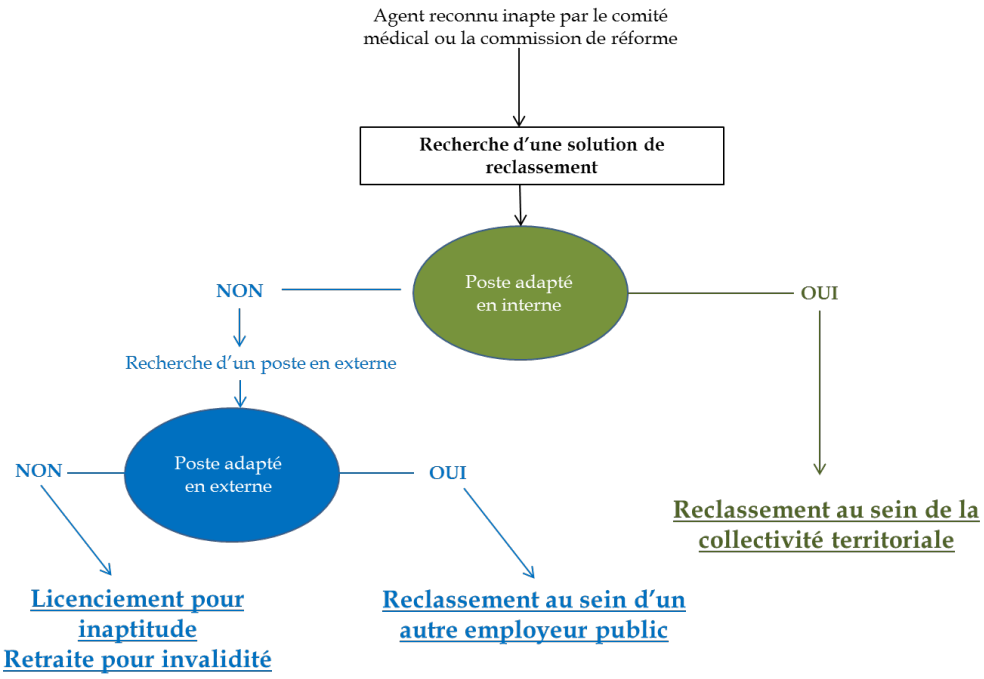
3. Améliorer les dispositifs de reclassement

a) Simplifier les procédures

L'employeur public doit reclasser un agent dont l'état de santé ne lui permet plus d'exercer ses fonctions[1]. Le reclassement constitue donc une **solution d'ultime recours**, lorsque le poste de travail ne peut plus être adapté.

L'employeur dispose d'une **obligation de moyens, non de résultats**. Il peut proposer plusieurs alternatives à l'agent : un autre emploi en interne, le détachement ou l'intégration dans un autre corps ou cadre d'emploi de niveau égal ou inférieur[2], un changement d'employeur, *etc*.

La procédure de reclassement :
l'exemple de la fonction publique territoriale



Source : commission des lois, à partir des éléments du centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon

[1] *Conseil d'État, 2 octobre 2002,* Chambre de commerce et d'industrie de Meurthe-et-Moselle, *affaire n° 227868,*

[2] *Par dérogation, les agents conservent leur traitement indiciaire lorsqu'ils sont reclassés dans un corps ou cadre d'emploi de niveau inférieur. Voir, pour la fonction publique territoriale, l'article 85 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.*

En pratique, les procédures de reclassement restent complexes à mener et souvent inefficaces.

Complexes à mener car elles nécessitent de consulter **diverses instances médicales et de concertation** (comités médicaux, commissions de réforme, commissions administratives paritaires, *etc.*). Dès 2011, notre ancien collègue Éric Doligé déplorait des délais d'instruction trop longs et un dispositif nécessitant « *un suivi administratif très précis* »[1].

En réponse, le projet de loi de transformation de la fonction publique, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 27 mars 2019, tend à habiliter le Gouvernement à légiférer par ordonnances pour « *simplifier l'organisation et le fonctionnement des instances médicales* ».

Souvent inefficaces car les procédures de reclassement pâtissent du **manque de mobilité au sein de la fonction publique**. Selon le cabinet TH Conseil, « *la mobilité n'est quasiment jamais mise en œuvre. Les employeurs publics sont très démunis face à ce sujet et sont sur une logique : on a déjà assez à faire avec notre propre maintien [dans l'emploi], on ne va pas prendre les personnes handicapées des autres* »[2].

À titre d'exemple, l'académie de Lyon reclasse chaque année 90 agents déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions. Seuls quatre d'entre eux sont détachés vers un nouveau corps[3] ; aucun n'intègre un autre versant de la fonction publique.

b) Étendre la période de préparation au reclassement

Vos rapporteurs saluent la création, en 2017, d'une **période de préparation au reclassement (PPR)** pour mieux accompagner les reconversions professionnelles[4].

Pendant un an, les agents déclarés inaptes bénéficient de formations et découvrent de nouveaux postes grâce à des stages d'observation et de mise en situation. Ils demeurent en position d'activité et conservent ainsi leur rémunération.

---

[1] » La simplification des normes applicables aux collectivités locales », *rapport remis au Président de la République en 2011, p. 174 à 176.*

[2] *Contribution écrite du cabinet TH Conseil, transmise après l'audition du 23 janvier 2019.*

[3] *Information recueillie lors du déplacement à Lyon (25 janvier 2019).*

[4] *Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.*

L'organisation de la période de préparation au reclassement : l'exemple de la fonction publique d'État

1. L'administration et l'agent inapte établissent conjointement un **projet d'action**, définissant le contenu de la période de préparation au reclassement et ses modalités d'organisation.

2. Le période de préparation au reclassement débute à la réception de l'avis du comité médical constatant l'inaptitude de l'agent. Lorsque l'agent était en congé maladie, il doit reprendre ses fonctions pour en bénéficier.

3. Au plus tard deux mois après le début de la période de préparation au reclassement, l'employeur notifie le projet d'action à l'agent afin de recueillir son accord.

4. La mise en œuvre du projet d'action fait l'objet d'une **évaluation régulière**. Son contenu et sa durée peuvent évoluer en fonction des besoins de l'agent.

5. L'employeur peut mettre fin à la période de préparation au reclassement lorsque l'agent ne respecte pas ses engagements.

Source : décret n° 2018-502 du 20 juin 2018[1]

En l'état du droit, la période de préparation au reclassement présente toutefois **deux lacunes**.

D'une part, elle se limite aux agents déclarés inaptes. **Elle intervient donc trop tardivement**, la maladie ayant déjà altéré leurs capacités physiques.

Pour mieux prévenir les risques professionnels, vos rapporteurs souhaitent ouvrir la période de préparation au reclassement en amont de l'inaptitude, dès que l'état de santé de l'agent commence à se détériorer.

D'autre part, **les agents doivent reprendre leurs fonctions pour bénéficier de cet accompagnement individuel**.

Contrairement aux salariés du secteur privé[2], les agents publics ne peuvent pas « *s'engager dans un bilan de compétences ou une formation pendant la période d'arrêt de travail, qui peut s'avérer propice pour initier une dynamique de retour à l'emploi* »[3].

[1] *Décret instituant une période de préparation au reclassement au profit des fonctionnaires de l'État reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.*
[2] *Article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale.*
[3] *Contribution écrite de l'Association des paralysés de France (APF), après l'audition du 28 novembre 2018.*

Afin de faciliter les reconversions professionnelles, vos rapporteurs proposent d'autoriser les agents publics en congé maladie à suivre une formation qualifiante, sur la base du volontariat et avec l'accord du corps médical.

Proposition n° 17 :
Renforcer l'efficacité de la période de préparation au reclassement en :

- l'étendant aux agents dont l'état de santé se dégrade, en amont de l'inaptitude ;

- permettant aux agents publics de suivre une formation qualifiante pendant leur congé maladie, sur la base du volontariat et avec l'accord du corps médical.

IV. ASSURER LA PÉRENNITÉ DU FIPHFP TOUT EN MODERNISANT SES INTERVENTIONS

Depuis 2005, le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) accompagne l'intégration des travailleurs handicapés dans le secteur public.

Aujourd'hui, la dégradation de sa situation financière conduit à s'interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour pérenniser ses ressources et moderniser son action.

A. LA PÉRENNISATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES DU FIPHFP

1. Le FIPHFP en danger : une situation financière alarmante

a) Un modèle incitatif, ayant permis d'accroître le taux d'emploi des personnes handicapées de la fonction publique

Le FIPHFP est un établissement public administratif de l'État ayant pour mission de « *favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées au sein des trois fonctions publiques, ainsi que la formation et l'information des agents en prise avec elles* »[1].

[1] *Article L. 323-8-6-1 du code du travail.*

La gouvernance du FIPHFP

– Les ministres de tutelle

Le FIPHFP est placé sous la tutelle conjointe de plusieurs ministères : le ministère de l'action et des comptes publics, le ministère des solidarités et de la santé, le ministère de l'intérieur et le secrétariat d'État chargé des personnes handicapées.

– Le comité national

Le comité national est composé de **23 membres**, dont neuf représentants des personnels du FIPHFP, neuf représentants des employeurs publics et cinq représentants des associations.

Réuni au moins deux fois par an, le comité national fixe les **orientations stratégiques** du fonds et son budget. Il définit également son **catalogue des interventions**.

– Le directeur du FIPHFP

Le directeur met en œuvre les délibérations du comité national. Ordonnateur du FIPHFP, il prépare et exécute son budget.

– Le conseil scientifique

Organe consultatif installé en février 2014, le conseil scientifique est chargé de **nourrir la réflexion du FIPHFP**. Ses études portent principalement sur la connaissance du handicap, notamment du handicap mental.

Il est composé de quinze membres, dont des personnalités qualifiées et des représentants du corps médical.

– Les comités locaux

Dans chaque région, un comité local du FIPHFP définit **les priorités du fonds au niveau territorial**, dans le respect des orientations du comité national.

Il se réunit au moins deux fois par an, sous la présidence du préfet de région. Le délégué territorial au handicap (DTH) en assure le secrétariat. Il comprend des représentants des syndicats, des employeurs et des associations regroupant des personnes en situation de handicap.

– Les délégués territoriaux au handicap (DTH)

Agents de la Caisse des dépôts et consignations, les délégués territoriaux au handicap **animent la politique du FIPHFP dans les territoires**. Ils sont chargés de négocier les **conventions bilatérales** conclues avec les employeurs publics.

La gestion administrative du FIPHFP est assurée par la **Caisse des dépôts et consignations**. Sa mission est définie par une convention d'objectifs et de gestion (COG), en voie de renégociation.

Le FIPHFP n'emploie directement que **six agents**, qui s'ajoutent à une quarantaine de personnels directement rattachés à la Caisse des dépôts et consignations.

Mandat de gestion :
les missions de la Caisse des dépôts et consignations

Au titre de la convention d'objectifs et de gestion conclue avec le FIPHFP, la Caisse des dépôts et consignations assure les missions suivantes :

– instruction des demandes de financement transmises par les employeurs publics ;

– contrôle des déclarations des employeurs et recouvrement des contributions ;

– appui administratif ;

– aide à la tenue des comptes du FIPHFP ;

– animation des instances de gouvernance du fonds ;

– production de données et d'analyses statistiques.

En matière de ressources humaines, **environ trente agents de la Caisse des dépôts et consignations assurent la gestion administrative du FIPHFP**. Ils appartiennent à la direction des retraites et de la solidarité de la Caisse et, pour les délégués territoriaux au handicap (DTH), à la direction du développement territorial et du réseau.

La Caisse des dépôts et consignations met également cinq agents à la disposition du FIPHFP, qui s'ajoutent aux six agents directement recrutés par le fonds.

Le modèle économique du FIPHFP s'inscrit dans une **logique incitative** : lorsqu'elles ne respectent pas leurs obligations, les personnes publiques qui emploient plus de 20 agents financent, par l'intermédiaire du fonds, des mesures d'insertion en faveur des personnes handicapées.

Sur les 10 851 personnes publiques assujetties à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH), **4 041 versent une contribution au FIPHFP (37,24 %)**, faute d'efforts suffisants[1].

Le système repose sur une **déclaration annuelle des personnes assujetties**, effectuée en ligne sur le site de la Caisse des dépôts et consignations. Cette déclaration leur permet de calculer leur taux légal d'emploi de travailleurs handicapés ainsi que le montant de leur contribution au FIPHFP.

[1] *FIPHFP,* Rapport de gestion pour l'année 2018, *p. 5.*

Les déclarations auprès du FIPHFP

Chaque année, la **campagne de déclaration** s'ouvre au 1er février.

Souvent confiée aux référents handicap, **cette procédure s'avère particulièrement technique et chronophage**.

Les déclarations concernent **l'année N-2**. À titre d'exemple, les déclarations 2019 portent sur les effectifs recensés en 2017.

La campagne s'achève officiellement le 30 avril, les employeurs disposant toutefois d'un « délai de grâce » jusqu'au 30 juin. Le FIPHFP lance ensuite une **procédure de contrôle** afin de vérifier, *a posteriori*, les déclarations de certains employeurs publics.

b) Les différents modes d'action du FIPHFP : l'importance des conventions bilatérales

Le FIPHFP mobilise les contributions des employeurs pour financer des aides à l'insertion et au maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

Ses dépenses d'intervention se décomposent en :

– **aides directes (62, 26 % des dépenses d'intervention en 2018)**, versées aux employeurs publics ;

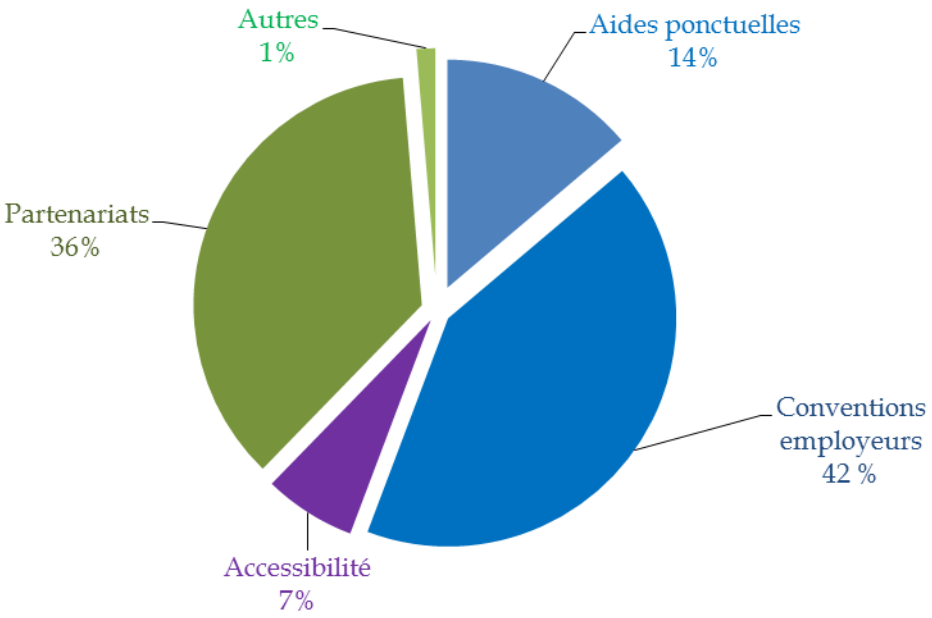
– **aides indirectes (37,74 %)**, principalement imputables à la convention de coopération entre le FIPHFP et l'AGEFIPH[1]. Chaque année, le FIPHFP verse 43 millions d'euros à l'AGEFIPH, notamment pour financer les Cap emploi et des outils communs de formation.

[1] *Convention prévue par l'article 26 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.*

La répartition des dépenses du FIPHFP (1/2)

	Aides	Contenu	Montant *(en millions d'euros)*	Nombre d'aides	Part dans l'ensemble des aides
Dépenses directes	**Aides ponctuelles**	Financement, au cas par cas, de dépenses ponctuelles	17,40	7 816 versements	**13,81** %
	Conventions avec les employeurs	Financement de plans d'action pluriannuels	52,83	272 conventions	41,93 %
	Financement de l'accessibilité	Financement d'actions pour améliorer l'accessibilité des locaux	8,22	702 versements	6,53 %
			78,45		**62,26** %
Dépenses indirectes	**Partenariats**	Collaboration avec divers organismes, dont l'AGEFIPH	45,87	24 conventions	**36,40** %
	Handi-pactes	Animation de réseaux à l'échelle locale	1,55	17 réseaux locaux	1,23 %
	Sensibilisation	Actions de sensibilisation	0,13	3 versements	0,10 %
			47,55		**37,74** %
Total			**126**		100 %

La répartition des dépenses du FIPHFP (2/2)



Source : FIPHFP

Les conventions avec les employeurs publics

Les 272 conventions signées avec les employeurs publics constituent le principal outil d'action du FIPHFP, concentrant 41,83 % des dépenses d'intervention en 2018. Elles couvrent environ 2,8 millions d'agents publics, soit plus d'un agent sur deux.

En moyenne, le FIPHFP apporte 194 227 euros d'aides par convention. Les employeurs sont invités à compléter cette enveloppe sur leur propre budget.

Ces conventions fixent des **objectifs chiffrés**, notamment en ce qui concerne le nombre de recrutements et de maintiens dans l'emploi. **Ces objectifs restent toutefois purement indicatifs :** aucune sanction n'est prévue lorsque les employeurs n'atteignent pas leurs engagements.

Le FIPHFP définit sa propre politique de conventionnement : **les délégués territoriaux au handicap (DTH)** en négocient les termes au cas par cas, avec les employeurs publics.

Conclues pour une durée de trois ans, les conventions s'adressent prioritairement aux **employeurs importants**, dont les effectifs sont supérieurs à 650 équivalents temps plein (ETP).

Depuis 2017, le FIPHFP conventionne également avec des employeurs plus modestes, *via* des conventions simplifiées dont le montant n'excède pas 60 000 euros.

Le fonctionnement des conventions bilatérales du FIPHFP : l'exemple de la convention signée par la Ville de Paris (2018-2021)

Dans la fonction publique territoriale, le FIPHFP privilégie les conventions avec les **centres de gestion**, qui mutualisent les efforts de plusieurs employeurs. Il conventionne également avec les **employeurs les plus importants**, à l'instar de la Ville de Paris.

Pour la période 2018-2021, le FIPHFP et la Ville de Paris se sont accordés sur **trois priorités :** le recrutement des agents en situation de handicap, l'accompagnement des agents en reconversion professionnelle et la formation des agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

Des **objectifs chiffrés** sont fixés pour chacune de ces priorités. La Ville de Paris s'est par exemple engagée à recruter 150 agents en situation de handicap d'ici 2021. De même, elle devra accueillir 45 stagiaires handicapés d'ici 2020.

Le FIPHFP finance les actions menées à hauteur de 71 % (5,6 millions d'euros), le reliquat étant supporté par la Ville de Paris (29 %, soit 2,3 millions d'euros). Il vérifie les dépenses engagées *a posteriori*, sur la base d'un échantillonnage.

Chaque année, la Ville de Paris établit un **rapport narratif**, permettant d'évaluer les conditions de mise en œuvre de sa convention.

Pour les employeurs publics, les conventions du FIPHFP représentent au moins **quatre avantages** :

– **structurer la politique du handicap** et la rendre plus lisible. Ainsi, 29 % des sommes allouées par le FIPHFP servent à recruter des référents handicap[1], poste clef pour coordonner les actions menées ;

– **assurer le portage politique et managérial** de cette politique, tout en renforçant l'implication des agents ;

– **garantir son financement**, le FIPHFP préfinançant certaines dépenses ;

– **bénéficier de facilités administratives**. Les délais d'aménagement de poste sont par exemple réduits : les employeurs engagent eux-mêmes les dépenses, sans demander l'autorisation du FIPHFP.

[1] *Source : Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales,* Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, décembre 2017, p. 40.*

Les aides ponctuelles

Les employeurs qui n'ont pas conclu de convention avec le FIPHFP sollicitent des **aides ponctuelles**, qui représentent 13,81 % des dépenses d'intervention du fonds.

Le catalogue du FIPHFP recense 35 aides, mobilisables par le biais d'une plateforme en ligne. En 2018, le fonds a reçu 10 229 demandes d'aide et en a versé 7 816, pour un montant moyen de 2 226 euros.

Trois dispositifs concentrent près de 50 % des aides : l'aménagement de l'environnement de travail (17,15 % des aides), l'indemnité d'apprentissage (16,35 %) et l'achat de prothèses auditives (15,65 %). Contrairement aux conventions, les aides ponctuelles servent rarement à recruter des référents handicap.

Pour un employeur, **les aides ponctuelles sont plus difficiles à mobiliser que les conventions bilatérales :**

– depuis 2017, elles sont limitées à 100 000 euros sur trois ans et excluent les aménagements de poste dont le coût est inférieur à 200 euros ;

– l'employeur doit remplir un dossier d'aide pour chaque demande. Le délai d'instruction du FIPHFP est d'environ deux mois par dossier ; les dépenses des employeurs sont remboursées *a posteriori*.

Principales différences entre les conventions bilatérales et les aides ponctuelles

	Conventions bilatérales	**Aides ponctuelles**
Objet principal	Structurer la politique du handicap, notamment à partir des référents	Aider à financer des aménagements de poste
Bénéficiaires	En priorité : les employeurs publics comptant plus de 650 ETP	Tous les employeurs publics, hors convention bilatérale
Nombre	272 conventions signées	7 816 aides versées
Nombre d'agents couverts	Environ 2,8 millions	Environ 2,7 millions
Montant total	52,83 millions d'euros	17,40 millions d'euros
Procédure à suivre	Négociation d'une convention avec le délégué territorial au handicap (DTH)	Demande d'aide sur la plateforme en ligne du FIPHFP
Présence d'objectifs indicatifs	Oui	Non
Préfinancement des dépenses des employeurs	Oui	Non
Délais d'instruction du FIPHFP	Aucun *(contrôle* a posteriori *des dépenses)*	Environ 2 mois

Source : Commission des lois du Sénat

c) Un effet de ciseaux remettant en cause la pérennité du FIPHFP

Le FIPHFP connaît des déficits budgétaires particulièrement inquiétants, qui remettent en cause sa pérennité.

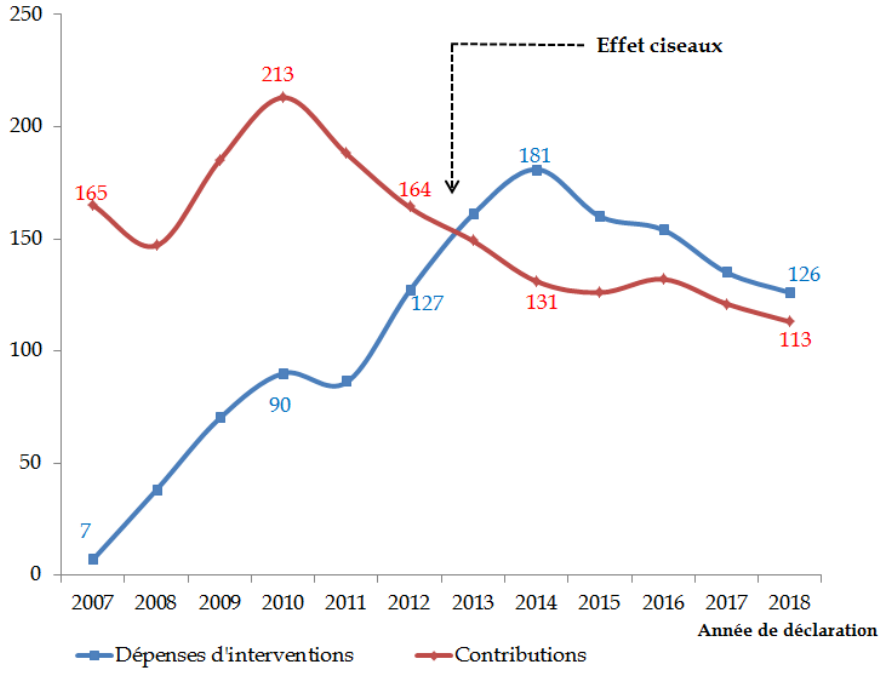
Il subit actuellement un **effet de ciseaux** : depuis 2013, ses dépenses d'intervention (conventions, aides ponctuelles, partenariats, *etc.*) sont supérieures aux contributions reçues. Entre 2015 et 2018, il a accumulé 230,04 millions d'euros de déficit, pour un budget annuel de 149,5 millions d'euros[1].

Deux facteurs permettent d'expliquer cette situation, directement liée au modèle économique du FIPHFP.

D'une part, les contributions des employeurs diminuent, les agents handicapés étant de plus en plus nombreux dans la fonction publique. Depuis 2010, les recettes du FIPHFP baissent en moyenne de 11 millions d'euros par an.

D'autre part, les dépenses d'intervention du FIPHFP ont doublé entre 2010 et 2014, les demandes d'aménagement de poste étant plus fréquentes. Le fonds est aujourd'hui contraint de réduire ses interventions, au détriment des personnes en situation de handicap.

L'effet de ciseaux du FIPHFP
(en millions d'euros)



Source : commission des lois du Sénat, à partir des données du FIPHFP

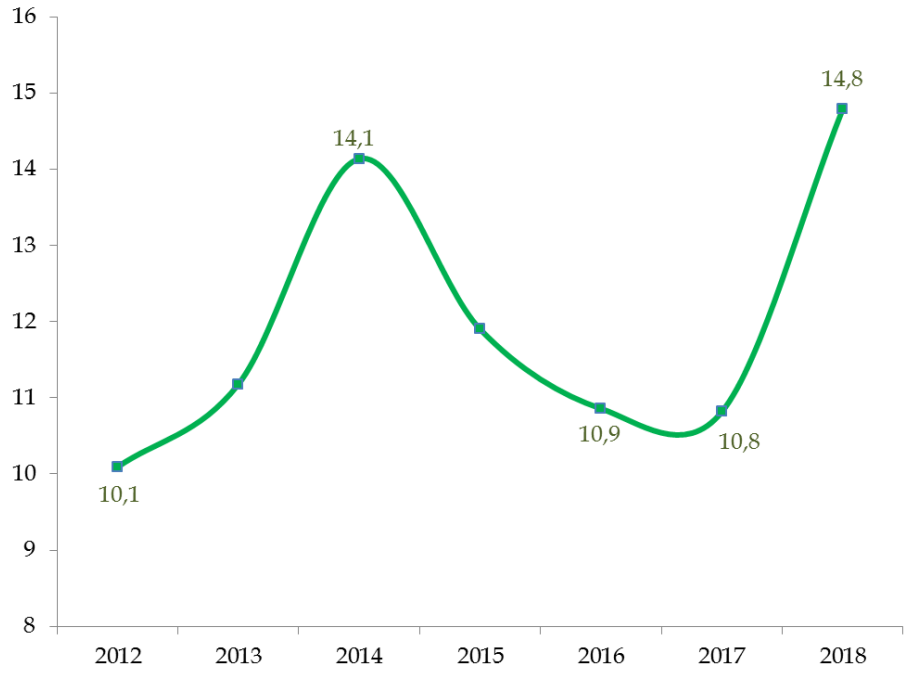
[1] *Budget pour l'année 2018, hors dotations aux amortissements et provisions.*

D'après un rapport d'inspection, les perspectives financières du FIPHFP sont d'ailleurs plus problématiques que celles de l'AGEFIPH : à moyen terme, le secteur public maintiendrait seulement 41 % de ses contributions, contre 90 % pour le secteur privé[1].

Outre ses dépenses d'intervention, le FIPHFP assume d'**importantes charges de gestion**, notamment vis-à-vis de la Caisse des dépôts et consignations (CDC).

Pour l'exercice 2018, le mandat de gestion de la CDC représente 14,78 millions d'euros, soit **9,89 % du budget du FIPHFP**. Vos rapporteurs constatent d'ailleurs une **hausse difficilement explicable de ces frais de gestion** entre 2017 et 2018 (+ 36,71 %), qui pèse sur le budget du FIPHFP.

Le coût du mandat de gestion de la Caisse des dépôts et consignations
(en millions d'euros)



Source : commission des lois du Sénat, à partir des données du FIPHFP

Enfin, le FIPHFP a subi **plusieurs ponctions budgétaires sous le précédent quinquennat, pour un montant total de 100 millions d'euros** (soit environ deux tiers de son budget annuel).

[1] *Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et Inspection générale de l'administration (IGA),* Évaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé, *décembre 2011, p. 25.*

Entre 2015 et 2017, le FIPHFP a participé au financement de 10 000 **contrats aidés**, à hauteur de 87 millions d'euros[1]. Il a autant contribué que l'AGEFIPH, qui dispose pourtant d'un budget trois fois supérieur.

En 2016, le Premier ministre a rendu un arbitrage *contra legem* réduisant les contributions des **universités** de 13 millions d'euros, dans l'objectif de sécuriser leurs locaux.

d) La réduction des dépenses d'intervention du FIPHFP, un sujet d'inquiétude

Face à cet effet de ciseaux, le FIPHFP a d'abord **« pioché » dans ses réserves financières**, qui avaient atteint 400 millions d'euros au milieu des années 2010.

Selon les estimations du fonds, ses réserves s'établiraient aujourd'hui à 71,4 millions d'euros. Elles devraient encore s'amenuiser d'ici 2020, le FIPHFP prévoyant de les consommer à hauteur de 30 à 40 millions d'euros[2].

Le fonds a ensuite **réduit ses dépenses d'intervention, qui ont baissé de 30 % entre 2014 et 2018**.

Son comité national a opéré des choix forts, qui inquiètent la plupart des employeurs publics, des syndicats et des associations représentant les personnes handicapées.

Le montant global des conventions a diminué de plus de 40 % sur cette même période. Dans l'exemple du centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon, les aides du FIPHFP ont baissé de moitié, passant de 1 075 307 euros en 2016-2018 à 536 000 euros en 2019-2021.

Réduction des dépenses d'intervention : les mesures prises par le FIPHFP

- Réduction du montant des conventions employeurs
- Plafonnement des aides ponctuelles à 100 000 euros sur trois ans
- Instauration d'un plancher de prise en charge, les dépenses de moins de 200 euros n'étant plus remboursées par le FIPHFP
- Réduction du montant de certaines aides. Le plafond de remboursement des prothèses auditives a notamment diminué de 3 000 à 1 600 euros
- Suppression des aides accordées pour assurer l'accessibilité des bâtiments, qui relève d'une obligation légale pour les personnes publiques

[1] *Article 122 de la loi n° 2014-1654 du 29 décembre 2014 de finances pour 2015.*
[2] *Contribution écrite du FIPHFP, transmise le 19 février 2019.*

Vos rapporteurs regrettent que l'urgence de la situation n'ait pas permis de lancer, en amont, une concertation plus approfondie sur les économies à réaliser et leurs conséquences sur les agents handicapés.

e) Un ajustement (insuffisant) des recettes du FIPHFP

En réponse à l'attrition des ressources du FIPHFP, la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a modifié plusieurs paramètres de la contribution des employeurs.

Ponctuels, ces ajustements n'ont qu'une ambition : **améliorer la situation financière du FIPHFP à court terme, sans en modifier le modèle économique.**

Ajustement des contributions des employeurs :
les mesures de la loi » *avenir professionnel* »

– Impacts positifs sur le budget du FIPHFP :

. plafonnement, à compter de 2021, des déductions de contributions accordées à l'éducation nationale ;

. meilleur encadrement des dépenses déductibles des employeurs et harmonisation des règles de calcul avec le secteur privé ;

. suppression de la prise en compte des handicaps particulièrement lourds dans le calcul des contributions.

– Impacts négatifs sur le budget du FIPHFP :

. création d'un bonus pour les personnes publiques qui emploient les agents handicapés les plus âgés ;

. possibilité pour les employeurs de déduire de leurs contributions au FIPHFP les dépenses qu'ils ont engagées sur la base du volontariat, sans obligation législative ou règlementaire.

– Sans incidence sur le budget du FIPHFP :

. engagement à réexaminer tous les cinq ans l'obligation légale d'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique comme dans le secteur privé ;

. obligation pour les personnes publiques qui emploient moins de 20 agents de remplir, à titre d'information, une déclaration auprès du FIPHFP (aucune contribution exigée) ;

. simplification des déclarations au FIPHFP grâce à l'utilisation de la déclaration sociale nominative (DSN).

Ce nouveau paramétrage des contributions au FIPHFP a été décidé en quelques semaines, **sans véritable étude d'impact**. Il n'est d'ailleurs pas encore stabilisé, dans l'attente de décrets d'application. À ce stade, « *il n'est [donc] pas possible d'évaluer les ressources supplémentaires dont bénéficiera le FIPHFP* »[1].

D'après les informations recueillies par vos rapporteurs, **le Gouvernement souhaite fixer les recettes du FIPHFP à 130 millions d'euros, soit 17 millions d'euros de plus qu'en 2018**.

Un tel montant semble toutefois **insuffisant** : il couvrirait les dépenses d'intervention du fonds (126 millions d'euros en 2018) mais pas ses coûts de gestion (environ 23,5 millions d'euros, dont près de 15 millions d'euros versés à la Caisse des dépôts et consignations).

À terme, la position du Gouvernement pourrait fragiliser les aides du FIPHFP et donc l'insertion des travailleurs handicapés dans la fonction publique.

De son côté, le FIPHFP estime son besoin de financement à 180 millions d'euros par an, soit le montant des contributions recueillies en 2011[2].

Dans un souci de compromis, vos rapporteurs proposent de stabiliser le budget total du FIPHFP à 150 millions d'euros, minimum.

Il s'agit, d'une part, de relancer la politique du handicap dans la fonction publique et, d'autre part, de tenir compte des tensions pesant sur les finances publiques. Le FIPHFP serait invité à maîtriser ses coûts de gestion afin de sécuriser ses dépenses d'intervention (voir *infra*).

Proposition n° 18 :
Stabiliser à 150 millions d'euros minimum le budget des aides à l'insertion et au maintien des personnes handicapées dans la fonction publique.

2. Les solutions envisageables pour pérenniser les ressources du FIPHFP

a) De nouveaux ajustements pour assurer l'équilibre financier du fonds

La loi « *avenir professionnel* » du 5 septembre 2018 a prévu une **clause de revoyure :** tous les cinq ans, l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (6 % aujourd'hui) devrait être ajustée en fonction du nombre de personnes handicapées dans la population active.

[1] *Contribution écrite de la DGAFP, transmise après l'audition du 4 décembre 2018.*
[2] *Contribution écrite du FIPHFP, transmise après l'audition du 2 octobre 2018.*

Cette disposition constitue un simple engagement formel, qui ne contraint pas le législateur. L'adoption d'une nouvelle loi reste nécessaire pour modifier l'obligation d'emploi prévue par le code du travail.

D'après les premières simulations, **l'augmentation de 6 à 6,6 % du taux d'emploi dans la fonction publique permettrait d'accroître les ressources du FIPHFP de 49,2 millions d'euros** (soit environ un tiers de son budget annuel).

Elle représenterait toutefois une difficulté financière pour les employeurs, notamment lorsqu'ils ont atteint un taux d'emploi proche de 6 %. À titre d'exemple, la contribution annuelle de la région Île-de-France serait multipliée par cinq, passant de 63 000 à 315 000 euros (pour un taux d'emploi de 5,89 %)[1].

À ce stade, vos rapporteurs privilégient d'autres pistes pour accroître les ressources du FIPHFP, plus facilement acceptables pour les employeurs publics.

Outre la nouvelle méthode de prise en compte des maintiens dans l'emploi[2], **la règle de l'arrondi à l'unité inférieure pourrait être supprimée**.

En l'état du droit, le nombre d'unités manquantes pour respecter l'obligation d'emploi de personnes handicapées est arrondi à l'unité inférieure.

À l'inverse, arrondir les unités manquantes à l'unité supérieure augmenterait les contributions au FIPHFP de 13 millions d'euros par an, soit 8,6 % de son budget. À l'échelle de chaque employeur, cette mesure présenterait des conséquences financières très limitées.

Sur le plan opérationnel, **les contrôles menés par le FIPHFP pourraient encore être renforcés**.

Aujourd'hui, le fonds contrôle seulement 2,07 % des déclarations reçues, pour des redressements évalués à 5,26 millions d'euros. À ce rythme, il faudrait 17 années pour contrôler tous les employeurs de plus de 1 000 agents.

Or, les déclarations erronées représenteraient, pour le FIPHFP, **un manque à gagner compris entre 71 et 89 millions d'euros**[3].

---

[1] *Contribution écrite du FIPHFP, transmise le 19 février 2019.*

[2] *Sauf production d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), la prise en compte des agents maintenus dans l'emploi serait limitée à cinq ans (voir la première partie du rapport pour plus de précisions).*

[3] *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales,* op. cit.*, p. 16.*

Le contrôle des déclarations au FIPHFP

Le nombre de contrôles du FIPHFP augmente depuis sept ans : il est passé de 207 en 2011 à 378 en 2018. Il reste toutefois très modeste au regard du nombre total de déclarations des employeurs : **en 2018, seuls 2,07 % des déclarations ont été contrôlées**.

Ce contrôle s'articule autour de deux échantillons :

– un échantillon « ciblé », qui comprend principalement les employeurs publics de grande taille et ceux dont le taux d'emploi évolue brutalement (252 déclarations en 2018) ;

– un échantillon « aléatoire », qui regroupe les différents profils d'employeur public (126 déclarations).

Sur les 378 déclarations contrôlées en 2018, près de 350 comportaient des anomalies, soit un **taux de non-conformité de 93 %**. Comme l'indique la Cour des comptes, « *le point le plus critique dans les déclarations est constitué par les modalités de prise en compte des [agents] reclassés, souvent comprises de manière extensive par les employeurs* »[1].

<u>Proposition n° 19 :</u>
Poursuivre l'ajustement des contributions au FIPHFP, notamment en supprimant la règle de l'arrondi à l'unité inférieure et en renforçant le contrôle des déclarations.

Conformément à l'article L. 323-8-6-1 du code du travail, le budget du FIPHFP est organisé en **trois sections étanches, soit une par versant de la fonction publique**.

Initialement, il s'agissait de « flécher » les aides de chaque versant en fonction de leurs contributions au FIPHFP. À titre d'exemple, les contributions de la fonction publique d'État devaient bénéficier à cette dernière, non aux versants territoriaux et hospitaliers.

Depuis l'origine, le FIFPHFP « *n'a mis en œuvre cet article que partiellement […] en concertation avec les autorités de tutelle* »[2]. **En pratique, les contributions de l'État et de la fonction publique hospitalière sont plus élevées que les aides reçues**. Ces deux versants financent donc les actions des collectivités territoriales.

[1] *Cour des comptes,* Observations définitives sur le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)*, 2017, p. 51.*
[2] *Contribution écrite du FIPHFP, transmise le 19 février 2019.*

Bilan budgétaire des trois sections du FIPHFP pour 2018
(en millions d'euros)

	Fonction publique d'État	Fonction publique hospitalière	Fonction publique territoriale
Dépenses d'intervention du FIPHFP	22,47	13,05	46,29
Contributions au FIPHFP	37,91	38,02	37,02
Solde	- 15,44	- 24,97	+ 9,27

Source : Commission des lois du Sénat, à partir des données du FIPHFP

La **suppression de ces trois sections** permettrait de mettre en cohérence la loi et la pratique, au bénéfice de la fonction publique territoriale.

Elle conforterait également la **logique de mutualisation** du FIPHFP entre les trois versants de la fonction publique.

<u>Proposition n° 20 :</u>
Garantir la transversalité du FIPHFP en supprimant la tripartition de sa structure financière et en garantissant la fongibilité des moyens entre les versants de la fonction publique.

b) Vers un changement de modèle ?

Outre ces ajustements techniques, vos rapporteurs ont examiné plusieurs alternatives pour assurer la pérennité financière du FIPHFP.

Un temps envisagée par le Gouvernement, la fusion entre le FIPHFP et son pendant pour le secteur privé, l'AGEFIPH, ne semble pas opportune. Elle nécessiterait plusieurs années de réflexion et de négociation, alors que la priorité doit être donnée à des actions concrètes pour l'insertion des personnes handicapées.

Les principales difficultés soulevées par une fusion entre le FIPHFP et l'AGEFIPH

– Mode de financement

Le secteur privé, dont le taux d'emploi de travailleurs handicapés est plus faible, financerait les actions menées dans le secteur public.

Chaque année, l'AGEFIPH collecte près de 410 millions d'euros de contributions, contre moins de 115 millions d'euros pour le FIPHFP. Sa situation financière paraît d'ailleurs moins problématique que celle du FIPHFP.

En amont de la fusion de ces deux structures, il conviendrait d'**harmoniser les règles de recensement des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés**. À titre d'exemple, les agents publics reclassés sont comptabilisés dans le secteur public, pas dans le secteur privé. En revanche, seules les entreprises peuvent conclure des accords agréés avec les partenaires sociaux, qui les exonèrent de contribution à l'AGEFIPH[1].

– Statut et mode de gouvernance

Alors que le FIPHFP est un établissement public administratif, **l'AGEFIPH est une association** administrée par les partenaires sociaux et les associations représentatives des personnes handicapées. L'État se limite à agréer ses statuts.

D'après un rapport d'inspection, la fusion entre le FIPHFP et l'AGEFIPH nécessiterait la création d'un établissement public *ad hoc* administré par l'État[2], ce qui pourrait susciter l'opposition des partenaires sociaux.

– Adéquation entre les aides et les besoins

Les employeurs publics présentent des besoins spécifiques, notamment au regard d'un nombre élevé de maintiens dans l'emploi et des particularités du statut général de la fonction publique.

Vos rapporteurs privilégient une autre hypothèse, qui consisterait à refondre le modèle économique du FIPHFP sans en bouleverser la gouvernance.

Le modèle du FIPHFP présente en effet quatre inconvénients :

– la hausse du taux d'emploi des travailleurs handicapés conduit mécaniquement à une attrition des ressources du fonds, alors que les besoins d'aménagement de poste augmentent (**effet de ciseaux**) ;

– complexes à calculer, les contributions des employeurs sont parfois vécues comme une **sanction**, au détriment de la politique d'inclusion des personnes handicapées ;

[1] *En contrepartie, les entreprises ayant conclu un accord agréé ont l'obligation de mettre en œuvre un programme pluriannuel d'actions en faveur des travailleurs handicapés.*

[2] *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales,* Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, *décembre 2017, p. 60.*

– le modèle actuel favorise les employeurs qui **« fabriquent » du handicap** et multiplient les reclassements pour inaptitude ;

– exemptées de contribution au FIPHFP, les personnes publiques employant plus de 6 % de travailleurs handicapés ne sont pas incitées à poursuivre leurs efforts.

S'inspirant d'une préconisation du Conseil national du handicap, vos rapporteurs proposent d'évoluer « *du principe actuel de la sanction vers un principe de type assurantiel considérant que toute personne en activité peut être confrontée au handicap quelle qu'en soit la cause* »[1].

Concrètement, le modèle économique proposé pour le FIPHFP s'organiserait autour d'une part fixe (pourcentage de la masse salariale) et d'une part variable (bonus/malus).

En premier lieu, les contributions des employeurs seraient assises sur leur masse salariale, indépendamment du taux d'emploi de travailleurs handicapés.

Supprimant l'effet de ciseaux, une contribution universelle de 0,1 % de la masse salariale financerait de manière pérenne la politique du handicap dans la fonction publique[2]. Les recettes du FIPHFP seraient ainsi stabilisées à environ 146,5 millions d'euros, soit un montant proche de la cible préconisée par vos rapporteurs (proposition n° 18).

Piste de réforme : une contribution au FIPHFP assise sur la masse salariale des employeurs publics

	Effectifs	**Salaire moyen**	**Masse salariale**	**Contribution au FIPHFP** ***(avec un taux de 0,1 % de la masse salariale)***
Fonction publique de l'État	2 427 000	29 208 €	70 887 816 000 €	70 887 816 €
Fonction publique hospitalière	1 168 000	21 876 €	25 551 168 000 €	25 551 168 €
Fonction publique territoriale	1 886 000	26 496 €	49 971 456 000 €	49 971 456 €
TOTAL	5 481 000	26 712 €	146 410 440 000 €	146 410 440 €

Source : Commission des lois du Sénat

[1] *Conseil national du handicap,* « Un nouveau modèle durable pour redynamiser l'emploi des personnes handicapées ».

[2] *À titre de comparaison, la cotisation des collectivités territoriales au Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) est fixée à 0,9 % de leur masse salariale.*

En second lieu, **un système de bonus/malus** serait mis en place pour maintenir une logique incitative.

Le bonus/malus prendrait en compte le stock d'agents handicapés : les personnes publiques qui ne respectent pas leur obligation d'emploi (6 % aujourd'hui) verraient leur cotisation augmenter.

Cette part variable intégrerait également une **logique de flux**, absente du modèle actuel. Les employeurs publics qui recrutent le plus de travailleurs handicapés seraient valorisés (bonus), à l'inverse des employeurs qui multiplient les licenciements pour inaptitude (malus).

Cette réforme ne serait **pas neutre sur le plan financier**, notamment pour les personnes publiques qui emploient déjà plus de 6 % de travailleurs handicapés[1].

Ainsi, pour mieux appréhender ses conséquences financières et ses effets sur l'emploi des travailleurs handicapés, **vos rapporteurs demandent au Gouvernement de lancer une expérimentation dès le prochain projet de loi de finances pour mettre en place ce nouveau modèle économique**.

La mise en œuvre de cette expérimentation devra associer, sous l'égide du Premier ministre, le FIPHFP, les employeurs publics, les syndicats et les associations représentant les personnes en situation de handicap.

Proposition n° 21 :
Prévoir la mise en place par le Gouvernement, dès le prochain projet de loi de finances, d'une expérimentation dans des départements pilotes pour réformer le modèle financier du FIPHFP sur la base des deux principes suivants :

- créer une contribution financière assise sur la masse salariale des employeurs ;

- instaurer un système de bonus / malus pour valoriser les efforts des employeurs les plus vertueux.

[1] *D'après l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGA), environ 40 % des employeurs publics présenteraient un taux d'emploi supérieur à 6 %. Aujourd'hui exonérés de contribution au FIPHFP, ils devraient désormais participer à son financement, en fonction de leur masse salariale et du paramétrage du* « bonus / malus ».

B. LA MODERNISATION DES ACTIONS DU FIPHFP

Vos rapporteurs tiennent à **saluer le travail du FIPHFP et de ses agents**, qui œuvrent au quotidien pour une meilleure intégration des travailleurs handicapés dans le secteur public.

Dans le prolongement des actions menées, ils proposent de **moderniser les interventions** du fonds en les réorientant vers une mission de conseil et d'accompagnement.

1. Le renforcement de l'expertise « handicap » du FIPHFP

Comme le souligne la Cour des comptes[1], **le FIPHFP s'est longtemps concentré sur le recouvrement des contributions des employeurs publics et la délivrance des aides financières**. Cette mission administrative et financière a d'ailleurs justifié l'intervention de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), chargée d'assurer sa gestion.

Certes, « *les personnels du FIPHFP sont recrutés en tenant compte de leur sensibilité au handicap. Pour renforcer leur expertise, ils participent et interviennent aux événements de place, aux groupes de travail nationaux et régionaux et à certaines formations spécifiques* »[2].

Toutefois, la majorité des agents du FIPHFP sont issus des cadres de la Caisse des dépôts et consignations ; leur formation initiale couvre donc rarement les problématiques du handicap.

Lors des auditions, les employeurs publics ont regretté que le FIPHFP n'apporte pas plus d'expertise technique lorsqu'ils aménagent un poste de travail. Les employeurs doivent souvent faire appel à des ergonomes extérieurs, avec l'appui financier du fonds.

En outre, **l'organisation du FIPHFP reste relativement centralisée**.

Pour la métropole, ses treize délégués territoriaux au handicap (DTH) couvrent en moyenne 216 275 agents publics (dont 12 663 travailleurs handicapés) dans une zone aussi grande que la Suisse (41 841 km²).

En outre-mer, un DTH gère la Martinique et la Guadeloupe, d'une part, et la Guyane, d'autre part, collectivités territoriales pourtant distantes de 1 650 kilomètres. Certaines collectivités sont même dépourvues de DTH (Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Mayotte, *etc.*).

---

[1] *Cour des comptes,* Observations définitives sur le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)*, 2017.*

[2] *Contribution écrite de la Caisse des dépôts et consignations, transmise après l'audition du 5 février 2019.*

La répartition des délégués territoriaux au handicap du FIPHFP

	Agents publics couverts	**Travailleurs handicapés**	**Superficie de la zone** *(en km²)*
Auvergne-Rhône-Alpes	328 350	17 832	69 711
Bourgogne-Franche-Comté	120 641	6 869	47 783
Bretagne	144 851	8 845	27 207
Centre-Val de Loire	106 504	5 754	39 150
Corse	16 335	1 339	8 679
Grand-Est	220 224	13 185	57 440
Hauts-de-France	260 291	16 548	31 806
Île-de-France *(hors employeurs nationaux)*	553 431	29 404	12 012
Normandie	147 334	8 489	29 906
Nouvelle-Aquitaine	271 036	16 584	84 035
Occitanie	259 017	16 490	72 723
Pays de la Loire	149 250	8 637	32 081
Provence-Alpes-Côte d'Azur	234 317	14 646	31 399
MOYENNE en métropole	**216 275**	**12 663**	**41 841**
Guadeloupe - Martinique - Guyane	54 133	2 472	86 289
La Réunion	40 670	2 056	2 503
MOYENNE en outre-mer	**47 402**	**2 264**	**44 396**

Source : Commission des lois du Sénat,
à partir des données du FIPHFP et de l'INSEE

Pour renforcer sa présence dans les territoires, le FIPHFP externalise certaines prestations à des sociétés de conseil recrutées par appels d'offres. Le coût total de ces **handi-pactes régionaux** est estimé à 5,85 millions d'euros sur trois ans.

Placées sous la responsabilité des délégués territoriaux au handicap, les sociétés de conseil sont chargées d'**animer le réseau des employeurs publics et des référents handicap**. Elles produisent aussi des statistiques permettant de mieux connaître la situation des personnes handicapées dans l'emploi public. En revanche, **les handi-pactes n'ont pas vocation à examiner la situation individuelle des agents handicapés**, ce que beaucoup d'employeurs regrettent.

En pratique, les handi-pactes sont très hétérogènes. À titre d'exemple, la société de conseil chargée du handi-pacte de Normandie ne comprend qu'une seule personne, pour un montant de 290 160 euros sur trois ans. L'équipe du handi-pacte d'Auvergne-Rhône-Alpes est composée de six personnes, couvrant treize départements.

Les travaux des handi-pactes régionaux **manquent également de coordination** : chaque société de conseil produit ses propres guides, sans les harmoniser avec les autres régions. Conscient de cette difficulté, le FIPHFP a récemment créé un centre de ressources partagées, censé mutualiser les documents produits.

Plus globalement, vos rapporteurs souhaitent que le FIPHFP renforce son expertise en matière de handicap. Outre la gestion des contributions et des aides financières, il doit **devenir une administration de conseil et d'accompagnement, capable de répondre aux questions pratiques des employeurs**.

De même, le fonds doit **augmenter sa présence dans les territoires**, en métropole comme en outre-mer. À coût constant, les handi-pactes pourraient être internalisés dans les services du FIPHFP, permettant au fonds de recruter 22 agents supplémentaires[1] d'ici 2020, les actuels handi-pactes arrivant à échéance à cette date.

Il s'agit ainsi de **renouer avec la volonté initiale du législateur**, qui souhaitait en 2004 que le FIPHFP soit géré « *au niveau d'un bassin local de recrutement* » et privilégiait « *une gestion locale des crédits [pour] limiter dans le temps les délais de traitement des demandes de financement* »[2].

Proposition n° 22 :
Renforcer l'expertise « handicap » du FIPHFP ainsi que sa présence territoriale.

Pour conforter son expertise « handicap », le FIPHFP pourrait **davantage collaborer avec l'AGEFIPH**.

Cette démarche de mutualisation pourrait conduire à fusionner le conseil scientifique du FIPHFP et la commission « innovations - expérimentations » de l'AGEFIPH[3].

Proposition n° 23 :
Fusionner le conseil scientifique du FIPHFP et la commission « innovations–expérimentations » de l'AGEFIPH.

[1] *D'après les estimations de vos rapporteurs, réalisées à partir des données de la Caisse des dépôts et consignations.*
[2] *Déclaration de Mme Marie-Anne Montchamp, alors secrétaire d'État aux personnes handicapées, devant l'Assemblée nationale le 1er juin 2004.*
[3] *Depuis 2018, un représentant de l'AGEFIPH est déjà convié au conseil scientifique du FIPHFP et réciproquement.*

Le recouvrement des contributions pourrait relever d'un opérateur extérieur, la priorité étant donnée aux missions de conseil et d'accompagnement du FIPHFP. À moyen terme, cette fonction pourrait être confiée à **l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)**.

L'ACOSS pilote, en effet, un large réseau de recouvrement des cotisations patronales, qui comprend les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). Chaque année, ses 13 129 collaborateurs recouvrent près 500 milliards d'euros, principalement au titre du régime général de la sécurité sociale. Peu élevés, ses frais de gestion sont évalués à 0,26 % des sommes recouvrées. Dans le cas du FIPHFP, des coûts supplémentaires sont à prévoir pour épauler les employeurs publics dans leur déclaration.

Preuve de son efficacité, l'ACOSS recouvrira les contributions « handicap » du secteur privé d'ici 2021, sur le fondement d'une convention d'objectifs et de moyens conclue avec l'AGEFIPH.

Pour M. Pierre-Sylvain Guely, directeur de projets à l'ACOSS, l'agence pourrait exercer ce rôle auprès du FIPHFP à une seule condition : **fiabiliser, au préalable, les déclarations sociales nominatives (DSN), dont la généralisation est prévue d'ici 2022**.

La déclaration sociale nominative (DSN)

Initialement réservée au secteur privé, la DSN est une **déclaration mensuelle dématérialisée** émise par l'employeur. Son contenu est directement construit à partir du logiciel de paie des entreprises.

La DSN contient des informations relatives aux salariés de l'entreprise, y compris le nombre de travailleurs en situation de handicap. **À compter de 2021, elle devrait remplacer les déclarations à l'AGEFIPH**, ce qui constituerait un gage de simplification pour les entreprises.

La loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a **étendu la DSN au secteur public**. Son déploiement devrait s'organiser par étapes, entre 2020 et 2022[1].

Comme dans le secteur privé, la DSN pourrait être utilisée pour recenser les bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Proposition n° 24 :
À compter de 2022, confier le recouvrement des contributions à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

[1] *Décret n° 2018-1048 du 28 novembre 2018 fixant les dates limites pour la transmission obligatoire de la déclaration sociale nominative pour les régimes mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 711-1 du code de la sécurité sociale.*

2. Mieux évaluer les aides du FIPHFP

Les aides du FIPHFP évoluent aujourd'hui en fonction de contraintes budgétaires. Or, il faut également **s'interroger sur leur efficacité** sur l'emploi des travailleurs handicapés.

À titre d'exemple, le FIPHFP soutient massivement l'apprentissage – qui représente 16,35 % des aides accordées sur sa plateforme – mais peine à suivre le parcours des apprentis. En Auvergne-Rhône-Alpes, le handi-pacte a d'ailleurs suspendu son indicateur sur la pérennisation des contrats d'apprentissage, faute de données objectives.

De même, le FIPHFP ne centralise pas les données des rapports narratifs rédigés par les employeurs pour dresser le bilan de leur convention. Non publiées, ces données restent souvent lettres mortes, alors qu'elles constituent une véritable mine d'informations.

Dans ce contexte, vos rapporteurs souhaitent que les employeurs publics et les personnes handicapées soient mieux associés à l'évaluation des aides du FIPHFP.

Leurs expériences concrètes guideraient utilement les décisions du fonds, notamment pour l'évolution de son catalogue d'intervention. Comme l'a rappelé Mme Dominique Gillot, présidente du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), les travailleurs handicapés sont avant tout des citoyens, qui ont besoin « *d'être accompagnés, non d'être pris en charge* »[1].

Proposition n° 25 :
Associer les employeurs publics et les personnes handicapées à l'évaluation des aides du FIPHFP.

En outre, **le catalogue d'intervention du FIPHFP reste trop technique**, malgré le travail de simplification engagé depuis plusieurs années. Il compte aujourd'hui **104 pages**, précisant les conditions d'attribution de 35 aides financières (objectifs de l'aide, modalités de prise en charge, plafonds de financement, pièces justificatives à produire, *etc*.).

Selon Mme Bénédicte Pewzer, membre de l'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (LADAPT), ce catalogue ressemble à un « *catalogue à la Prévert* », difficilement compréhensible pour les personnes en situation de handicap[2]. Même les

[1] *Audition du 9 octobre 2018.*
[2] *Audition du 1er février 2019, au cours du déplacement en Normandie.*

cabinets de conseil estiment qu'il « *est parfois difficile de se tenir informés des évolutions en cours au sein du FIPHFP et des outils proposés aux employeurs* »[1].

Les aides du FIPHFP paraissent d'ailleurs peu coordonnées avec celles de l'AGEFIPH, comme l'a constaté un récent rapport d'inspection[2]. À titre d'exemple, le FIPHFP prend en charge jusqu'à 31 920 euros de frais de transport domicile / travail, contre 5 000 euros pour l'AGEFIPH. Des efforts d'harmonisation ont toutefois été consentis concernant les prothèses auditives[3].

En théorie, le FIPHFP finance des aides propres à la compensation du handicap au travail, non prises en charge par les autres acteurs de l'insertion (départements, maisons départementales des personnes handicapées, sécurité sociale, *etc.*).

Cette logique de subsidiarité semble toutefois rarement mise en œuvre. En pratique, chaque administration délivre ses aides selon son propre calendrier d'instruction, sans s'interroger sur l'intervention des autres financeurs. Les risques de « sur-financement » sont donc réels, bien que difficilement quantifiables.

Face à tant de complexité, vos rapporteurs appellent à améliorer la lisibilité des aides du FIPHFP et de son catalogue d'intervention.

De même, les efforts de coordination avec l'AGEFIPH, les MDPH et la sécurité sociale pourraient être renforcés. D'un point de vue institutionnel, un représentant de l'AGEFIPH pourrait siéger au comité national du FIPHFP et réciproquement.

<u>Proposition n° 26 :</u>
Améliorer la lisibilité des aides du FIPHFP en :

- simplifiant son catalogue d'intervention ;

- se coordonnant davantage avec l'AGEFIPH, les MDPH et la sécurité sociale.

Sur le plan opérationnel, **les actions innovantes des employeurs publics rentrent rarement dans les « cases » du catalogue d'intervention du FIPHFP**. Vos rapporteurs proposent ainsi d'ajouter une **nouvelle aide aux projets innovants**, qui pourrait être attribuée *via* des appels projets.

---

[1] *Contribution écrite, transmise après l'audition du 23 janvier 2019.*
[2] *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales,* Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, *décembre 2017, p. 41.*
[3] *L'AGEFIPH participe à hauteur de 1 400 euros à l'achat de deux prothèses auditives ; le FIPHFP à hauteur de 1 600 euros, contre 3 000 euros précédemment.*

Le FIPHFP doit également renforcer son soutien aux innovations pédagogiques, comme il l'a fait avec Sciences Po Paris.

La pédagogie inclusive :
l'expérimentation menée par Sciences Po Paris

Depuis 2015, Sciences Po Paris met en œuvre un programme d'expérimentation en faveur d'une pédagogie plus inclusive pour les **étudiants atteints de troubles cognitifs**, en partenariat avec l'université canadienne McGill. Le budget du programme s'élève à 493 000 euros, dont 65 % financés par l'AGEFIPH et 17 % par le FIPHFP.

Ce travail a débuté par une **enquête empirique** pour mieux appréhender les besoins de chacun, à laquelle ont participé 260 enseignants et 47 étudiants en situation de handicap.

Des **expérimentations** ont ensuite été menées sur le contenu et l'organisation des cours : l'enseignant doit-il présenter une empathie particulière vis-à-vis d'un étudiant handicapé ? Comment rendre les documents plus accessibles ? Faut-il interdire l'usage des ordinateurs portables pour renforcer l'interaction avec les autres étudiants ?

D'après Sciences Po, « *la principale force de ce projet est son universalité. L'adoption d'une pédagogie plus claire, adaptée aux personnes atteintes de troubles cognitifs, s'est révélée* ***bénéfique pour les élèves handicapés comme pour ceux ne présentant pas de handicap*** ».

À l'issue de cette expérimentation, Sciences Po a publié un guide pratique pour mieux accompagner les étudiants atteints de troubles cognitifs[1].

<u>Proposition n° 27 :</u>
Favoriser le financement d'actions innovantes par le FIPHFP, à l'attention des employeurs et des établissements d'enseignement supérieur.

Enfin, **vos rapporteurs souhaitent réaffirmer leur attachement aux conventions conclues entre le FIPHFP et les employeurs publics**.

[1] » Guide d'accompagnement et de pédagogie innovante. Handicaps cognitifs et psychiques. Vers une meilleure accessibilité dans l'enseignement supérieur ».
Ce guide est consultable à l'adresse suivante :
www.sciencespo.fr/enseignants/sites/sciencespo.fr.enseignants/files/guide-pedagogique-handicap-invisible.pdf.

Ces conventions constituent l'un des pivots de la politique du handicap, comme l'ont démontré les exemples la Ville de Paris, du centre de gestion du Rhône et la métropole de Lyon ou du centre hospitalier universitaire de Rouen.

En revanche, les **critiques émises** ces dernières années ne doivent pas être ignorées. Pour l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), le conventionnement « *pose désormais question par sa charge administrative, qui parait élevée pour les employeurs […], par l'hétérogénéité des montants accordés et par la faiblesse du suivi des aides* »[1].

Ce constat a également émergé au cours des auditions.

Faute d'appui du FIPHFP, la métropole de Lyon a dû recruter un cabinet de conseil pour mettre en place puis évaluer sa convention avec le fonds, pour un coût total de 42 000 euros.

De même, le ministère de l'éducation nationale remplit chaque année un tableau de 7 000 lignes, reprenant les demandes d'aide adressées au FIPHFP. Pour mieux suivre sa convention, le ministère a d'ailleurs créé sa propre **application Internet, dénommée *HandiActions***[2]. Ce travail de suivi n'est pas neutre sur le plan administratif : il mobilise un agent de catégorie A à 90 % et un agent de catégorie C à 20 %.

Face à ces difficultés, **les conventions du FIPHFP pourraient être modernisées afin de réduire la charge administrative des employeurs mais également de mieux évaluer les résultats obtenus**.

D'une part, la durée des conventions pourrait être allongée de trois à quatre ans, ce qui laisserait davantage de souplesse aux employeurs publics et réduirait les coûts de gestion.

Le FIPHFP pourrait également créer un instrument de suivi financier des conventions, s'inspirant de l'application *HandiActions* du ministère de l'éducation nationale.

D'autre part, le fonds serait autorisé à publier les objectifs retenus dans les conventions ainsi que les résultats obtenus.

---

[1] *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales,* Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, *décembre 2017, p. 45.*

[2] *D'après les informations recueillies par vos rapporteurs, la création de l'application* HandiActions *a demandé environ 250 jours de développement informatique, aux frais du ministère de l'éducation nationale.*

Gage de transparence, cette mesure valoriserait l'action des administrations les plus vertueuses. Elle permettrait également de porter à la connaissance du public les résultats des employeurs les moins proactifs, qui ne remplissent pas les objectifs fixés par leur convention[1]. Les employeurs resteraient libres d'expliciter les difficultés rencontrées (insuffisance de candidatures, réduction des effectifs, *etc*.).

Proposition n° 28 :
Moderniser le conventionnement du FIPHFP avec les employeurs publics en :

- allongeant la durée des conventions de trois à quatre ans ;

- créant un instrument de suivi financier des conventions ;

- publiant les objectifs retenus dans les conventions et les résultats obtenus.

[1] *Alors, qu'aujourd'hui, les objectifs fixés par les conventions du FIPHFP restent purement indicatifs et ne sont pas rendus publics (voir* supra*).*

EXAMEN EN COMMISSION

MERCREDI 22 MAI 2019

M. Philippe Bas, **président**. – Mes chers collègues, je cède à présent la parole à nos deux rapporteurs, Mme Catherine di Folco et M. Didier Marie, afin qu'ils nous présentent leur rapport sur l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique.

J'en profite pour vous rappeler que la commission a lancé une consultation en ligne des élus locaux sur le projet de loi de transformation de la fonction publique, ouverte jusqu'au 5 juin prochain. Plus de 1 500 réponses ont déjà été reçues. Les membres de la commission sont naturellement invités à relayer cette consultation dans leur département respectif.

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a permis de s'orienter vers une société plus inclusive. Désormais, toute personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.

La fonction publique n'échappe pas à cette exigence : les administrations de plus de 20 agents qui emploient moins de 6 % de travailleurs handicapés doivent contribuer au financement du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).

La politique du handicap arrive toutefois à un tournant et doit se réinventer. En effet, d'importantes disparités persistent selon les différentes fonctions publiques. Seul le versant territorial respecte ses obligations, avec un taux d'emploi de 6,76 %, contre 5,67 % pour le versant hospitalier et 4,65 % pour le versant de l'État.

Sur le terrain, les actions mises en œuvre sont peu structurées : elles reposent souvent sur l'énergie et l'engagement personnel de certains élus ou agents. Elles sont toutefois mises à mal lorsque ces « locomotives » quittent leurs fonctions.

Dans notre rapport, nous abordons notamment la dégradation de la situation financière du FIPHFP, qui obère son avenir. J'avais déjà tiré la sonnette d'alarme en 2016, dans mon avis budgétaire « fonction publique ».

Avec M. Didier Marie, nous avons mené huit mois de travaux passionnants, pendant lesquels nous avons entendu 104 personnes en audition et effectué deux déplacements.

Nous émettons 28 propositions pour assurer la pérennité financière du FIPHFP, lever les freins au recrutement de travailleurs handicapés, anticiper et mieux accompagner les risques d'inaptitude professionnelle.

M. Didier Marie, **rapporteur**. – Les risques de discrimination envers les personnes en situation de handicap restent très importants, malgré les efforts d'un certain nombre d'administrations.

Je rappelle que le handicap ne saurait se limiter à une mobilité restreinte ou à un problème physique apparent. 80 % des handicaps sont invisibles, à l'instar des troubles mentaux, de l'autisme ou de la dyslexie.

Les personnes handicapées rencontrent des difficultés pour s'insérer sur le marché du travail : leur taux de chômage – à hauteur de 19 % – est deux fois plus élevé que celui de la moyenne nationale. À titre de comparaison, le chômage des personnes handicapées est de 9,6 % en Suède, de 10 % en Italie et de 13 % en Belgique.

Dans la fonction publique d'État, 47 % des réclamations reçues par le Défenseur des droits portent sur le handicap et l'état de santé au travail. La marge de progression est donc certaine !

L'accès à la fonction publique pose également problème. Même aménagés, les concours administratifs sont peu accessibles aux candidats en situation de handicap. À titre d'exemple, le « tiers temps » peut représenter une difficulté car il induit une fatigue supplémentaire pour les candidats qui en bénéficient.

Enfin, la réduction du nombre de contrats aidés représente une nouvelle difficulté pour les personnes handicapées, dont beaucoup accédaient à la fonction publique grâce à ce dispositif.

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – Nous avons constaté un manque de coordination entre les différents acteurs de l'insertion des personnes handicapées, en particulier dans le secteur public.

Les relations entre le service public de l'emploi et les employeurs publics sont distendues, voire inexistantes. À titre d'exemple, les employeurs publics n'ont pas l'obligation de transmettre leurs offres d'emploi à Pôle emploi ou à Cap emploi. Le plus souvent, les conseillers du service public de l'emploi n'ont pas connaissance des dispositifs du FIPHFP. Cette situation nourrit ainsi une source d'incompréhension entre ces conseillers et les employeurs publics.

Nous constatons, en parallèle, que des postes ne sont pas pourvus, faute de candidature de personnes en situation de handicap. Pour preuve, le centre de gestion du Bas-Rhin n'a pas été en mesure de recruter le nombre de personnes handicapées requis, Cap emploi n'ayant pas proposé suffisamment de candidats.

M. Didier Marie, **rapporteur**. – Dans la fonction publique, les personnes en situation de handicap peuvent être réparties en deux catégories : celles qui y entrent avec un handicap connu et celles dont l'état de santé se dégrade au cours de la carrière.

Durant nos auditions, nous avons constaté que les politiques de prévention demeuraient, pour le moins, perfectibles. 67 % – chiffre considérable – des agents de la fonction publique éprouvent des douleurs physiques liées à leurs positions de travail.

En outre, certains agents sont particulièrement exposés, à l'instar des agents de catégorie C des fonctions publiques territoriale et hospitalière. 34,4 % des agents publics ont 50 ans ou plus ; ce chiffre étant porté à 40 % dans la fonction publique territoriale.

Aujourd'hui, 36 000 agents publics ont été reclassés, au terme de lourdes procédures administratives. Ces dernières pâtissent du manque de mobilité au sein d'une même fonction publique, voire entre les fonctions publiques elles-mêmes ; question sur laquelle nous avons été, à maintes reprises, alertés.

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – Malgré ces difficultés, le taux d'emploi de personnes handicapées dans la fonction publique s'est accru. Sur un total de 938 000 travailleurs handicapés, 250 760 sont des agents publics, soit 22 %. Pour la seule année 2016, 30 542 travailleurs handicapés ont été recrutés dans la fonction publique, soit deux fois plus qu'en 2009.

Entre 2006 et 2018, le taux d'emploi légal des personnes handicapées est passé de 3,74 % à 5,61 %. Néanmoins, seule la fonction publique territoriale respecte ses obligations, avec un taux d'emploi légal de 6,76 %, contre 5,67 % pour la fonction publique hospitalière et 4,65 % pour la fonction publique d'État.

M. Didier Marie, rapporteur. – La fonction publique d'État se doit de rattraper son retard. Les résultats demeurent contrastés selon les ministères. En effet, si des ministères sont vertueux, d'autres présentent des résultats insuffisants, comme le ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, qui est le seul à ne pas contribuer au FIPHFP. En outre, le taux de 3,38 % d'emploi des personnes en situation de handicap dans les services du Premier ministre doit être relevé. Celui-ci est le plus faible de toutes les administrations de l'État, alors que le Premier ministre devrait donner l'impulsion et répondre à l'exigence d'exemplarité !

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – J'en viens, à présent, à la situation financière du FIPHFP.

Cet établissement public administratif a pour mission de favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées, ainsi que la formation

et l'information des agents au sein des trois fonctions publiques. Sa gestion administrative est assurée par la Caisse des dépôts et consignations.

Le modèle économique du FIPHFP s'inscrit dans une logique incitative : lorsqu'elles ne respectent pas leurs obligations, les personnes publiques qui emploient plus de 20 agents financent, par l'intermédiaire du fonds, des mesures d'insertion en faveur des personnes handicapées. Les 272 conventions signées avec les employeurs publics constituent le principal outil d'intervention du FIPHFP.

M. Didier Marie, rapporteur. – Le FIPHFP subit actuellement un effet de ciseaux, inhérent à son modèle économique. En effet, la contribution des employeurs baisse du fait de l'augmentation du taux d'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique. Parallèlement, les demandes d'aménagement de poste augmentent et, avec elles, les dépenses d'intervention du FIPHFP.

Entre 2015 et 2018, le FIPHFP a accumulé 230 millions d'euros de déficit, ce qui remet en cause sa pérennité financière. Ses réserves sont passées de 400 millions d'euros au début des années 2010 à 70 millions d'euros aujourd'hui ; elles devraient encore se réduire à 40 millions d'euros dans les deux prochaines années. En outre, le mandat de gestion de la Caisse des dépôts et consignations, qui représente 14,8 millions d'euros en 2018, soit 9,89 % du budget du FIPHFP, s'avère relativement lourd.

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – Le FIPHFP a dû réduire ses dépenses d'intervention, qui ont baissé de 30 % entre 2014 et 2018. Le montant global des conventions a diminué de plus de 40 % sur cette même période. Dans l'exemple du centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon, les aides du FIPHFP ont baissé de moitié.

Le FIPHFP a également instauré un plafonnement des aides ponctuelles à 100 000 euros sur trois, ainsi qu'un plancher pour les prises en charge. Désormais, les dépenses de moins de 200 euros ne sont plus remboursées.

Dans notre rapport, nous proposons de stabiliser les ressources du FIPHFP à hauteur de 150 millions d'euros, contre les 130 millions d'euros proposés par le Gouvernement. Notre proposition se veut ainsi médiane avec les attentes du FIPHFP, qui souhaiterait un budget de 180 millions d'euros.

Nous préconisons également de revoir le modèle économique du FIPHFP, en expérimentant une réforme qui viserait à instituer une cotisation universelle assise sur la masse salariale des employeurs publics ainsi qu'un système de bonus / malus destiné à valoriser les efforts des employeurs les plus vertueux. Il s'agirait ainsi de modifier le paradigme du FIPHFP en instaurant un principe assurantiel.

M. Didier Marie, rapporteur. – En complément, il convient de demander au Gouvernement de se saisir d'urgence de cette situation et d'engager une concertation, comme préalable à l'expérimentation. Un groupe de travail doit être créé sous l'égide du Premier ministre, en associant le FIPHFP, les employeurs publics, les associations et les représentants des personnes handicapées.

Il convient, en parallèle, de moderniser les actions du FIPHFP qui, historiquement, s'est concentré sur le recouvrement des contributions des employeurs publics et la délivrance des aides financières. Nous proposons, à court terme, de confier ces opérations à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), en lieu et place de la Caisse des dépôts et consignations.

Nous préconisons également de renforcer la présence du FIPHFP dans les territoires. Actuellement, les treize délégués territoriaux du fonds sont implantés dans des régions très étendues, et ne sont pas en mesure de répondre à toutes les sollicitations.

Certes, le FIPHFP a délégué un certain nombre d'actions à des prestataires privés, dans le cadre des handi-pactes. Ceux-ci sont toutefois peu opérationnels : pour preuve, en région Normandie, un seul consultant gère les relations du FIPHFP avec les employeurs publics, pour un coût significatif. C'est pourquoi, nous proposons d'internaliser ces moyens affectés aux handi-pactes, afin que le FIPHFP puisse recruter 22 agents supplémentaires et conforter sa présence dans les territoires.

Nous préconisons également de mieux associer les employeurs publics et les personnes handicapées à l'évaluation des aides du FIPHFP et d'améliorer la lisibilité du catalogue du fonds, qui compte aujourd'hui plus d'une centaine de pages !

Enfin, la modernisation du conventionnement entre le FIPHFP et les employeurs publics nous semble nécessaire, notamment en allongeant la durée des conventions, en créant un instrument de suivi financier et en publiant les objectifs des conventions ainsi que leurs résultats. Une telle démarche valoriserait ainsi les réussites et inciterait à redresser des situations estimées insatisfaisantes. Enfin, il conviendra de réduire les coûts de gestion du FIPHFP, qui nous paraissent trop importants.

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – En dehors des actions que nous préconisons pour le FIPHFP, nous cherchons à impulser une nouvelle dynamique à la politique du handicap dans la fonction publique.

Puisque la fonction publique d'État s'avère la moins vertueuse, nous proposons que le Gouvernement s'engage à atteindre, parmi ses agents, le seuil de 6 % de travailleurs handicapés dans les deux ans qui viennent. Cet effort est considérable.

À l'instar du secteur privé, la désignation d'un référent handicap dans toutes les administrations permettrait de mieux structurer la politique du handicap. Ces référents, d'autant plus professionnalisés, se verraient alors reconnaître un rôle important.

M. Didier Marie, rapporteur. – Certaines mesures visent à faciliter le recrutement de personnes handicapées, comme les contrats ad hoc qui les exemptent de concours administratif.

Leur titularisation à l'issue d'un contrat d'apprentissage pourrait également être expérimentée. Ce sujet devrait être abordé lors de l'examen du projet de loi de transformation de la fonction publique.

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – Les maintiens dans l'emploi doivent être mieux anticipés et mieux accompagnés. Contrairement au secteur privé, les agents publics reclassés sont comptabilisés dans l'obligation d'emploi des employeurs. Une telle obligation tronque quelque peu les chiffres, notamment ceux de la fonction publique territoriale, car elle permet d'atteindre plus facilement le seuil des 6 % de personnels handicapés. Pour le calcul des contributions des employeurs, nous proposons que la prise en compte des personnes maintenues dans l'emploi soit limitée à cinq ans. Cette mesure est radicale. Passée cette durée, seules les personnes ayant obtenu une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) continueraient à être comptabilisées par le FIPHFP.

M. Philippe Bas, président. – Cette notion de maintien dans l'emploi doit être précisée. Cela revient-il à identifier comme travailleurs handicapés des personnes dont le handicap n'était jusqu'alors pas pris en compte, afin de les verser dans le contingent relevant de l'obligation d'emploi ?

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – Ces personnes, comptabilisées au titre du maintien dans l'emploi, ne sont pas toujours porteuses d'un handicap. Elles ont ainsi pu éprouver, à un moment de leur vie professionnelle, des difficultés à occuper un poste générant une grande fatigabilité. Ainsi, un agent technique, qui doit porter de lourdes charges, peut ressentir de fortes douleurs lombaires et ne plus être en mesure d'assumer ses fonctions. Il faut alors trouver des solutions pour pallier à ces difficultés, par exemple en affectant cet agent à un service administratif.

M. Philippe Bas, président. – Alors que cette personne ne bénéficiera pas de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé... Le maintien dans l'emploi concerne-t-il seulement la fonction publique territoriale ?

M. Didier Marie, rapporteur. – Les hôpitaux ont également une politique de reclassement, mais les possibilités de reconversion dans un autre emploi sont moins nombreuses que dans la fonction publique territoriale.

L'objectif est qu'une personne, qui s'est trouvée en situation difficile et relève d'un handicap ponctuel, puisse être accompagnée par son administration et le FIPHFP pendant plusieurs années.

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – Le handicap et la restriction d'emploi peuvent intervenir en cours de carrière.

Nous proposons, pour les métiers les plus pénibles, de convier les agents à un entretien de carrière afin de prévoir des aménagements futurs, des réorientations ou encore des formations favorisant leur reclassement. L'anticipation est ici essentielle.

Nous constatons par ailleurs une grande pénurie de médecins de prévention dans l'ensemble des collectivités publiques. Il s'agirait de mieux mettre en valeur cette spécialité durant les études de médecine et de permettre, à titre d'expérimental, à des médecins de ville de remplir les missions de médecins de prévention. La mutualisation des services de santé et de prévention constituerait également une piste de travail.

Enfin, il faut consacrer un droit à la portabilité des aménagements de poste lorsque l'agent change d'employeur, ce qui lui permettrait de conserver les matériels qui lui sont requis dans son nouveau poste. Cette démarche impliquerait une compensation financière pour l'employeur initial, qui a acheté le matériel.

Nous proposons également de renforcer l'efficacité de la période de préparation au reclassement, qui intervient trop tardivement aujourd'hui.

M. Philippe Bas, président. – Merci, chers collègues, de votre exposé.

Lorsque le FIPHFP a été créé, la fonction publique accusait un retard conséquent. Dans le secteur privé, un fonds existait depuis 1988. Les collectivités publiques avaient alors été soigneusement tenues à l'écart de ce système quelque peu coercitif. C'est d'ailleurs une avancée de la loi du 11 février 2005 que d'avoir transposé ce système du secteur privé au secteur public : en plus de dix ans, le nombre des personnes handicapées employées par les trois fonctions publiques a doublé !

D'une certaine façon, le système est victime de son succès : plus il y a de personnes handicapées employées dans la fonction publique, moins il y a de ressources ! Certes, on peut se dire que nous avons besoin de moins de ressources, puisque les personnes handicapées sont dans l'emploi, mais les besoins d'aménagements de poste augmentent.

Les besoins de financement demeurent très élevés tandis que les ressources sont en train de s'effondrer. C'est là une réelle préoccupation que je vous remercie d'avoir mise en exergue dans votre rapport ! Il me semble essentiel de donner un nouveau souffle à la politique du handicap dans la fonction publique.

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – La proportion de personnes handicapées dans la population active s'est également accrue, pour atteindre environ 6,6 %. Nous avons toujours besoin de financements pour intégrer de plus en plus de personnes. En outre, l'allongement du temps de travail génère de la pénibilité et de la fatigabilité, qui peuvent être la source d'un handicap futur.

Mme Brigitte Lherbier. – Que faire si certains agents publics sont en situation de handicap mais ne souhaitent en informer leur employeur ?

M. Philippe Bas, président. – Les administrations n'ont pas à imposer aux personnes, dont le handicap n'obère pas la capacité de travail, à se déclarer. Les associations ont d'ailleurs dénoncé une forme de « traque aux personnes handicapées » dans le seul but d'abaisser les niveaux de cotisation au FIPHFP !

M. Yves Détraigne. – L'accès à l'emploi des personnes handicapées s'est bien amélioré durant ces dernières années mais des efforts restent à faire. Il me paraît important que votre rapport soit connu par l'ensemble des employeurs publics.

Mme Sophie Joissains. – Je remercie les rapporteurs pour leur travail. Prenons garde à ce que la protection nécessaire et particulière des personnes en situation de handicap ne génère une forme de discrimination positive. Ce ne serait rendre service à personne.

Mme Josiane Costes. – Le faible taux d'emploi de travailleurs handicapés dans l'éducation nationale est-il lié à l'absence de suivi médical des personnels ? Que faire pour améliorer cette situation ?

M. Jean-Pierre Sueur. – Ma première question portera sur la neuvième proposition de votre rapport qui consiste à autoriser, à titre expérimental, la titularisation des personnes handicapées à l'issue de leur contrat d'apprentissage, sous réserve de la confirmation de leur compétence professionnelle.

Il s'agit de dépasser la difficulté du concours, dont le contenu peut s'avérer dissuasif pour les personnes en situation de handicap. Cette proposition, réellement révolutionnaire, me semble dérogatoire par rapport à la logique des concours. Pourriez-vous développer ce point ?

Ma seconde question portera sur les frais de gestion de la Caisse des dépôts et consignations, évalué à 14 millions d'euros. Je n'ai pas vu dans votre rapport de proposition invitant cet organisme de l'État à assumer, par exemple à titre gracieux, sa mission de gestionnaire !

M. Philippe Bas, président. – La Caisse des dépôts et consignations assure une prestation pour laquelle elle mobilise du personnel. Ce qui représente un coût. Encore faut-il s'assurer, effectivement, que la Caisse ne réalise pas de bénéfices sur une telle prestation !

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – La proposition visant à autoriser, à titre expérimental, la titularisation des apprentis en situation de handicap n'équivaut nullement à conférer un blanc-seing à l'administration ! Cette démarche s'inscrit dans la continuité des contrats *ad hoc*, au terme desquels un jury vérifie les aptitudes professionnelles de l'agent handicapé. Dans ce cadre, la titularisation n'est nullement systématique et ne le serait donc pas non plus pour les apprentis !

M. Didier Marie, rapporteur. – Une personne autiste peut éprouver de nombreuses difficultés à occuper un emploi dans la fonction publique, faute de pouvoir passer les diverses épreuves des concours. Elle peut, en revanche, présenter de réelles compétences dans des emplois plus spécialisés, dans des domaines techniques comme celui de l'informatique, et être titularisée sur un poste afférent.

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – En réponse à Mme Josiane Costes, le référent handicap serait le premier interlocuteur des agents pour évoquer leur situation et les aménagements de poste à mettre en œuvre. Ce serait un début de solution, notamment dans l'éducation nationale.

M. Didier Marie, rapporteur. – L'éducation nationale est la seule administration de l'État à ne pas cotiser au FIPHFP, en contrepartie du recrutement d'auxiliaires de vie scolaire (AVS).

Les possibilités de reclassement des personnels, notamment enseignants, demeurent ténues. C'est donc un vrai sujet de médecine préventive et de reclassement au sein de ce ministère, voire de passerelle avec d'autres administrations !

Plus globalement, un certain nombre d'administrations utilisent trop souvent les procédures de licenciement pour inaptitude au travail ou de mise en retraite anticipée. D'autres se sont en effet empressées d'identifier des agents éprouvant des difficultés à assumer leurs fonctions comme d'éventuels travailleurs handicapés, afin de minimiser leur cotisation au FIPHFP. L'instauration d'un bonus-malus permettrait de sanctionner les administrations recourant à un tel procédé et, à l'inverse, de valoriser celles qui recrutent le plus de travailleurs en situation de handicap.

M. Jean-Pierre Sueur. **–** Sans doute pourrions-nous adresser ce rapport au Premier ministre ?

M. Philippe Bas, président. – J'en prends, avec l'assentiment de nos deux rapporteurs, l'engagement.

La commission autorise la publication du rapport.

M. Philippe Bas, président. – Je vous remercie, mes chers collègues, ce vote unanime, qui confirme la qualité du travail des rapporteurs.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES DÉPLACEMENTS

AUDITIONS

M. Philippe Mouiller, sénateur, membre de la commission des affaires sociales, auteur du rapport « *Repenser le financement du handicap pour accompagner la société inclusive* »

M. Adrien Taquet, député, auteur du rapport « *Plus simple la vie* »

- *Ministères*

Ministère de l'action et des comptes publics - Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP)

Mme Cécile Lombard, sous-directrice des compétences et des parcours professionnels

M. Nicolas de Saussure, chef de service du pilotage des politiques de ressources humaines

Mme Sandrine Staffolani, chef de bureau de recrutement et des politiques d'égalité et de diversité

M. Natanaël Billat, bureau de recrutement et des politiques d'égalité et de diversité

Ministère de l'éducation nationale

Mme Catherine de Groof, chef de la mission à l'intégration des personnels handicapés

Ministère des solidarités et de la santé

Mme Maud Soulier, adjointe au sous-directeur des ressources humaines du système de santé

M. Tristan Klein, chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales

Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées

Mme Virginie Magnant, directrice de cabinet

Mme Florence Gelot, conseillère emploi et ressources

- *Autorité publique indépendante*

Défenseur des droits

M. Patrick Gohet, adjoint au Défenseur des droits

Mme Fabienne Jegu, conseillère auprès du Défenseur des droits

Mme Nina Ventura, juriste

Mme Candice Lequiller, attachée parlementaire

- *Établissements et autres organismes publics*

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

M. Marc Desjardins, directeur

Mme Hélène Berenguier, directrice adjointe

Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

M. Pierre- Sylvain Guely, directeur de projets

Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH)

M. Didier Eyssatier, directeur général

Caisse des dépôts et consignations (CDC)

Mme Laure de la Bretèche, directrice déléguée des retraites et solidarités

M. Adil Taoufik, chargé de relations institutionnelles

Mme Mathilde Aubin, chargée de relations institutionnelles

Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)

M. François Deluga, président

M. Laurent Trijoulet, directeur de cabinet

M. David Rey, conseiller technique

Sciences Po Paris

Mme Elsa Giroult, responsable handicap

M. Baptiste Ledan, responsable de la prépa concours

- *Service public de l'emploi*

Pôle Emploi

M. Paul Bazin, directeur de la stratégie et des affaires institutionnelles

Mme Nicole Brejou, chef du département des partenariats

Cap Emploi - Cheops

M. Lionel Rolland, directeur du Cap emploi Savoie-Haute Savoie

- *Inspections*

Inspection générale des affaires sociale (IGAS)

M. Bruno Drolez

Mme Christine Branchu

Inspection générale des finances (IGF)

M. François Auvigne

Mme Emmanuelle Walraet

- *Employeurs*

Fédération hospitalière de France (FHF)

Mme Marie Houssel, responsable du pôle ressources humaines

Fédération nationale des centres de gestion (FNCDG)

M. Michel Hiriart, président

Mme Cindy Laborie, responsable juridique

M. Alexis Boyer, chargé de mission

Mairie de Paris

Mme Fréderique Lancestremere, directrice des ressources humaines

Christophe Derboule, directeur adjoint des ressources humaines

Mme Delphine Bellet, déléguée au handicap

Mme Laetitia Pendarie, cheffe de bureau

- *Associations et structures de concertation*

Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

Mme Dominique Gillot, présidente

Association des paralysés de France (APF)

Mme Véronique Bustreel, conseillère nationale travail emploi formation et ressources

Association pour l'aide au handicap au sein du ministère des finances

M. Sébastien Humbert, président

M. Dany Lemoine, vice-président

Mme Sabine Titaud, membre

Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (LADAPT)

M. Emmanuel Constans, président

Autisme France

Mme Danièle Langloys, présidente

Fédération nationale pour l'insertion des personnes sourdes et des personnes aveugles en France (FISAF)

Mme Florence Delorière, directrice générale

M. Frédéric Karinthi, président de l'association « *Un autre regard* »

Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis (UNAPEI)

M. Patrick Maincent, président de l'association des parents et amis d'enfants inadaptés de Caen

- *Cabinet de conseil*

M. Guy Tisserant, président de TH Conseil

Mme Marie Coiffard, présidente de Handiplace

Mme Nathalie Beriard, consultante, COM-une différence

Personnalités qualifiées

M. Michel Busnel, président du conseil scientifique du FIPHFP

Mme Fanny Jaffrès, ingénieure d'études, département sciences humaines et sociales à l'école des hautes études en santé publique (EHESP)

- *Table ronde de syndicats de la fonction publique*

CFDT

Mme Muriel Scappini, secrétaire générale adjointe.

Mme Annick Pradères, représentante CFDT au FIPHFP

CGT

M. Bruno Picard, responsable activité santé travail à l'UFSE CGT

FA-FP

M. Amar Ammour, secrétaire général de la FA-FPE

Mme Sylvie Cresson, représentante du versant hospitalier - membre FIPHFP régional

Mme Martine Gramond Rigal, membre du CA du CNFPT

M. Pascal Kessler, sécretaire général de la FA-FPT

FSU

Mme Agnès Duguet, représentante de la FSU au FIPHFP

M. Daniel Le Cam

UNSA

M. Bruno Koubi, représentant des personnels au comité national du FIPHFP

Mme Christine Laplace, représentante des personnels au comité national du FIPHFP

M. Gilles Laurent, chargé de mission en charge du handicap

M. Gilles Frostin, conseiller national

DÉPLACEMENTS

Déplacement à Lyon
(*25 janvier 2019*)

Services déconcentrés de l'État

M. Géraud d'Humières, secrétaire général adjoint pour les affaires régionales

M. Christian Cuchet, directeur régional des ressources humaines de la préfecture du Rhône

Mme Sophia Bouzid-Dupenloup, responsable du service d'action sociale de la préfecture du Rhône

Mme Mireille Gouyer, responsable du département « politiques de l'emploi », DIRECCTE Rhône–Alpes

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

M. Joël Grostin, délégué régional

Table ronde avec Pôle emploi et Cap emploi

M. Pierre-Alain Darles, directeur général de Cap emploi 69

Mme Élisabeth Lopez, directrice opérationnelle de Cap emploi 69

Mme Valérie Darphin, chef du service offre de service aux demandeurs d'emploi, Pôle emploi 69

Mme Yasmine Maameri, chef de projet handicap de Pôle emploi 69

Mme Françoise Longefaye, Pôle emploi 69

Centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon

M. Philippe Locatelli, président

Mme Sabine Taler-Léonard, directrice du pôle « santé »

Mme Anne-Laure Dubuy, chargée de mission « maintien dans l'emploi »

Mme Aurore Bernier, conseillère « emploi handicap »

Métropole de Lyon

M. Michel Rousseau, conseiller métropolitain en charge des ressources humaines et des conditions de travail

Mme Christine Chabrier, responsable de la mission handicap

Mme Laura Gadolfi, responsable du déploiement des politiques de solidarité en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Académie de Lyon

Mme Françoise Ritter, adjointe à l'inspecteur d'académie

Mme Lucie Munoz, correspondante académique handicap

Déplacement à Rouen

(*1er février 2019*)

Service déconcentré de l'État

M. Yann Corsier, secrétaire général de la préfecture

M. Yannick Decompois, directeur départemental de la cohésion sociale

M. Jean-François Courtois, secrétaire général des services RH

M. Mustapha Hillali, chef de service départemental de l'action sociale

Mme Cécile Dautel, adjointe au responsable du pôle « cohésion sociale et hébergement »

Mme Fabienne Castets, direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)

Mme Isabelle Lambert, référent handicap de la DIRECCTE Normandie

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

M. Guillaume L'Huillier, délégué régional

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de Rouen

Mme Blandine Lefebvre, présidente

M. Nicolas Flipo, directeur par intérim

Mme Mathilde Héraud, référente insertion professionnelle

Centre hospitalier universitaire de Rouen

M. Stéphane Parcay, directeur des soins

M. Loïc Delastre, directeur des ressources humaines

Association représentant les personnes handicapées

Mme Bénédicte Pewzer, membre de l'association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (LADAPT)