

 <p>The logo features the text 'Services Publics' in a grey font at the top left. Below it, the letters 'CFE' and 'CGC' are stacked vertically in a large, bold, black font. A stylized graphic of a building or structure is integrated behind the text, with a red, white, and blue horizontal stripe at the bottom.</p>	<p><b>SERVICES PUBLICS CFE-CGC</b></p> <p><b>15-17 rue Beccaria – 75012 PARIS</b></p> <p>☎ 01.44.70.65.90 e-mail :</p> <p><a href="mailto:fonctions.publiques@cfecgcfp.org">fonctions.publiques@cfecgcfp.org</a></p> <p><a href="http://cfecgcfp.org/">http://cfecgcfp.org/</a></p>
---	---

PARIS, le 6 avril 2021

### **Contribution sur la réforme des Instances Médicales (Conseils Médicaux)**

Madame la Ministre,

Vous avez souhaité faire de la santé et de la famille dans la Fonction Publique (FP) un sujet majeur et prioritaire de votre mandat. L'ordonnance 2020-1447 traitant de ce sujet a été publiée ce 25 novembre 2020.

Les Services Publics CFE-CGC ont exprimé, lors de leurs rendez-vous réguliers avec vous, leur attachement majeur à ce dossier et se sont, dès le départ des discussions, engagés dans une posture participative et constructive tant dans le cadre des Groupes de Travail que de celui du Conseil Commun de la Fonction Publique (CCFP).

Après échange avec Madame Nathalie COLIN, Directrice Générale de la DGAFP, la fédération des Services Publics CFE-CGC souhaite apporter sa contribution sur le sujet des instances médicales « Conseils Médicaux » pour les agents publics des trois versants.

Notre propos s'articule principalement sur les principes qui guident notre action et nos propositions sur ce sujet.

En préalable, notre fédération souhaite rappeler que les instances médicales (IM) doivent avoir pour résultat de protéger la situation administrative et garantir les droits des agents : prévenir les risques pour leur santé, les accompagner dans leurs parcours professionnels et le maintien en emploi lorsqu'ils sont touchés par des pathologies ou victimes d'accidents, imputables ou non au service.

Cette apparente évidence nécessite pourtant de porter une très grande attention à nombre de chausse-trappes qui pourraient, en toute bonne foi, entraîner des conséquences inverses.

Fondamentalement, les Services Publics CFE-CGC sont guidés par les principes du Service public, par la notion de maintien en emploi et par la volonté de lutte contre la désinsertion professionnelle.

La diversité des conseils médicaux (CM) est plurielle entre les trois versants de la Fonction Publique (FP) : instances en administration centrale par ministère ou en département, parfois même conjoints pour la Fonction Publique d'État (FPE) et la Fonction Publique Hospitalière (FPH) ; secrétariats dans les centres de gestion en Fonction Publique Territoriale (FPT) ou suivi direct au sein des plus grandes collectivités.

Les conséquences de cette fusion sont très loin de relever d'une simple opération technique ou paramétrique. De plus, la définition d'un socle commun aux trois versants de la Fonction Publique s'avère ardue et nécessite, pour notre fédération, de prendre d'extrêmes précautions.

Pour une bonne compréhension du document, nous distinguerons, sur le plan sémantique :

- les « services de gestion RH de proximité » de l'employeur dont relève l'agent concerné ;
- les services médico-administratifs de l'IM » en charge plus spécifiquement du dossier médical de l'agent, en relation directe avec l'IM.

De même, dans nos propositions, nous distinguerons :

- ce qui peut être mentionné tel quel pour mise en œuvre immédiate ;
- ce qui peut être mentionné pour prendre acte d'une nécessité / obligation à instaurer à terme une action nécessaire au bon fonctionnement de l'instance : par exemple, harmoniser les formulaires utilisés par les médecins pour les CM.

Notre propos se fondera comme toujours sur les principes et valeurs du Service Public qui guident notre action.

## **1- La fédération des Services Publics CFE-CGC souhaite une instance qui puisse réellement fonctionner**

La constitution du CM ne résout pas, loin de là, nombre de problèmes de fond qui rejailliront inévitablement. Notre volonté est de chercher tous les outils permettant au CM de tout simplement fonctionner.

### **1.1- les médecins**

Le vieillissement des médecins est patent. Les nouvelles générations sont non seulement moins nombreuses, donc d'autant plus en réticence d'activités chronophages et mal payées, mais bien moins concernées également par les notions de service public et les questions complexes de

statut. De plus, cette pénurie générale de médecins entraîne un phénomène de cumul où les médecins finissent par ajouter plusieurs casquettes, ce qui pose une vraie question d'indépendance.

De ce fait, il nous semble totalement illusoire de bâtir un système avec 2, 3 médecins ou plus s'il n'est pas, de manière concomitante, revu de manière très conséquente à la hausse la rémunération des médecins (actuellement largement au-dessous des autres institutions de type CPAM et assurances, sans parler du privé...).

Le sujet de l'attractivité du métier de médecin est réel et concret et doit nous mobiliser pour ne pas avoir une médecine en perte d'efficacité et d'efficacités.

À noter que, d'après le rapport de l'IGAS, le risque pour un médecin faisant trop d'expertises est de « basculer » sous un régime de TVA si le revenu tiré des expertises dépasse 32 500 €, ce qui, lorsqu'il est associé dans un cabinet, peut susciter des problèmes. Depuis le décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015, le médecin expert peut s'inscrire dans le statut de collaborateur du service public avec affiliation au régime général de la sécurité sociale ou rattachement des rémunérations de cette activité occasionnelle à celles tirées d'une activité effective.

### **Propositions des SP CFE CGC**

**⇒ Dans la constitution du CM, nous souhaitons que soient inscrits 2 principes :**

- **l'élaboration, dans un laps de temps à convenir, d'une grille de rémunération plancher conséquente permettant d'assurer une réelle attractivité de médecins ;**
- **la clarification et la simplification du statut de médecin collaborateur du service public afin d'éviter les effets de seuils pour les médecins pratiquant trop d'expertises et basculant ainsi sous un autre régime de TVA.**

Par ailleurs, l'appel démultiplié à des médecins libéraux, agréés, de ville, du privé globalement... se heurte à la rédaction de rapports et formulaires contraignants et excessivement disparates.

De plus, la rédaction d'expertises ne correspondant pas au barème spécifique de l'agent est une réalité bien trop fréquente. C'est le cas, par exemple, pour le code des pensions civiles et militaires en FPE. Mais cela concerne le droit commun pour tous les agents.

### **Propositions des SP CFE CGC**

**⇒ Par souci de simplification et de gain de temps, nous souhaitons que soient :**

- **inscrit le principe de standardisation des rapports et formulaires au niveau national ;**
- **bien précisé qu'il soit tenu compte du respect du barème pour l'expertise médicale.**

Il est reconnu également que la méconnaissance du statut par les médecins peut rendre aisément des préconisations inapplicables pour les employeurs. Il en est de même pour la méconnaissance des risques et des spécificités métiers, d'autant plus s'il est fait appel à des médecins généralistes.

Or, il est fait mention de 3 médecins titulaires et de 3 médecins suppléants spécialistes ou généralistes. De plus, il est de plus en plus fait appel aux médecins du privé. Ces médecins doivent être épaulés dans le process d'instruction du dossier, voire durant le CM.

Il est rappelé également les difficultés de capacité de prise de décision des médecins de prévention. Ils doivent pouvoir être présents pour apporter une garantie de lien entre la pathologie et l'emploi.

En conclusion, les médecins du CM doivent pouvoir disposer à leurs côtés du service de médecine du travail / de prévention en lien avec les pathologies de l'agent.

## **Propositions des SP CFE CGC**

**=) Il nous semble indispensable :**

- **que les médecins siégeant au CM, soient formés à la médecine du travail (sous l'égide de la médecine de prévention) et aux risques professionnels (qui relèvent d'ailleurs de la médecine du travail) ;**
- **qu'ils disposent, à leur côtés, de représentants de la médecine du travail présents d'office et à titre consultatif pour étayer le débat, non plus à titre optionnel, mais bien à titre obligatoire. De fait, c'est le médecin du travail qui suit l'agent. Ces médecins présents à titre consultatif, n'auraient pas droit de vote et pourraient être présents, en fonction de leur spécialité et en lien avec les pathologies de l'agent.**
- **que le médecin de prévention soit également présent en séance du CM, pour donner, à titre consultatif, son avis sur les maladies professionnelles.**

## **1.2- Les membres de l'administration**

Il convient d'éviter de mettre en position de juge et partie des représentants de l'administration lorsqu'ils sont directement concernés par le dossier présenté en séance, sachant que cela peut aussi être le cas lorsque des médecins agréés font office de médecin conseil de l'administration.

Nous souhaitons que le membre de l'administration de proximité, présent au titre de l'administration dans le CM, puisse être remplacé par un responsable hiérarchique de niveau supérieur, après vérification de sa totale impartialité objective sur le dossier présenté.

Il est reconnu qu'il est très compliqué pour un supérieur hiérarchique direct de ne pas être pris entre sa propre représentation du travail de l'agent, les préconisations médicales et les consignes de sa propre hiérarchie. Il est rappelé aussi la notion de « pathologie invisible » qui peut être difficile à être appréhendée et doit pourtant être réellement prise en compte par le supérieur hiérarchique.

Sur le fond, le chef de service doit pouvoir mettre en œuvre les préconisations médicales mais ne pas avoir connaissance des aspects purement médicaux de l'agent. De ce fait, la fiche de poste de l'agent doit être adaptée en conséquence.

Dans cette même logique, la désignation de deux représentants par le chef de service présenterait les mêmes inconvénients.

En résumé, la hiérarchie doit être impérativement présente, mais tout en maintenant une protection de l'agent. À ce titre, l'échelon local n'est clairement pas le plus adapté.

### **Propositions des SP CFE CGC**

**=) Nous demandons une précision sur la qualité des deux représentants de l'administration et souhaitons la porter sur le même choix que le décret de 1986 pour la FPE, à savoir :**

- un responsable hiérarchique de niveau supérieur, après vérification de sa totale impartialité objective sur le dossier présenté ;**
- le Directeur départemental ou régional des finances publiques ou son représentant et, pour ce qui concerne, la FPT et la FPH, son équivalent.**

À titre d'illustration en FPT, les membres de l'actuelle commission de réforme représentant les collectivités et établissements affiliés au centre de gestion (CDG) sont désignés parmi l'ensemble des élus relevant des collectivités adhérentes au CDG par un vote des représentants de ces collectivités au conseil d'administration de ce CDG.

Les membres de la commission de réforme compétente pour les collectivités ou les établissements non affiliés au CDG sont désignés par l'autorité territoriale dont relève le fonctionnaire territorial parmi les membres de l'organe délibérant titulaires d'un mandat électif. Leur mandat prend fin au terme de leur mandat d'élu ».

### **1.3- Les représentants du personnel**

Compte tenu de la loi de la transformation de la FP, les notions de corps et de grade disparaîtront. Avec la suppression des Comités techniques et CHS, nous nous inscrirons désormais également dans les futurs CSA catégoriels. Par homologie, nous proposons de nous caler sur elles, tout en maintenant cependant une transition.

De plus, nous ne souhaitons pas être confrontés à des difficultés de disponibilités ou de démissions qui rejailliraient d'ailleurs ensuite sur le quorum.

Dans une logique de droit constant, nous pourrions utiliser l'expression « de catégorie équivalente ou supérieure ».

## **Propositions des SP CFE CGC**

=) **Nous proposons d'ajouter les mentions : catégories, corps et grades en fonction des spécificités métiers.**

Par ailleurs, afin de concilier cette double exigence des catégories hiérarchiques et des métiers, nous proposons que chaque organisation syndicale au CSA produise une liste de représentants susceptibles d'être appelés dans le CM, et comprenant des représentants pouvant être mandatés par les élus.

## **Propositions des SP CFE CGC**

=) **Nous souhaitons ajouter :**

- **« Les représentants du personnel, titulaires et suppléants, au CSA dont relève l'agent, proposent, pour chaque organisation syndicale, une liste de représentants par métier mandatés susceptibles d'être appelés dans le CM ».**

## **1.4- À propos de la sécurisation des financements**

L'augmentation de la rémunération des médecins, l'appel à des experts et, fondamentalement, l'appel à la médecine libérale et au privé engendreront un coût global notablement plus important.

## **Proposition des SP CFE CGC**

=) **Dès et dans la constitution du CM, et avant même la déclinaison par versants, nous souhaitons :**

- **que soit inscrit le principe de préciser les modalités de prise en charge et de sécurisation de ces financements.**

À titre d'exemple, le dispositif porté en services déconcentrés uniquement par le ministère des affaires sociales et de la santé pour l'ensemble des agents FPE et de la FPH, doit être financièrement sécurisé via un partage interministériel de la charge financière.

## **2- La fédération des Services Publics CFE-CGC souhaite assurer une réelle représentativité et respecter la parité.**

L'idéal serait évidemment de garantir le maintien d'un CM totalement indépendant et garant de l'objectivité des décisions. Pour autant, s'en rapprocher passe par un équilibre dans la représentation entre les membres de l'IM, d'une part, et dans leurs droits de vote, d'autre part.

## **Propositions des SP CFE CGC**

=) Nous sommes attachés au principe de parité, mais aussi à celui de neutralité, à savoir :

- 2 voix pour les médecins, 2 voix pour l'administration, 2 voix pour les représentants du personnel ;
- le médecin instructeur, secrétaire de séance a, par définition même, vocation à instruire le dossier. Ne pouvant être juge et partie, il ne doit pas prendre part au vote ;
- un doute subsiste, s'il y a 3 médecins (2 généralistes et 1 spécialiste), avec chacun un droit de vote, cette parité est mise à mal. Toute ambiguïté doit être levée : 2 voix au maximum.

Rappelons que les médecins choisis pour siéger dans ces instances sont des médecins agréés qui, pour la plupart, sont déjà missionnés par l'administration pour la médecine statutaire et de contrôle de ces mêmes agents.

## **Propositions des SP CFE CGC**

=) Nous souhaitons que le collège des médecins ne bénéficie, dans tous les cas de figure que de 2 voix au maximum.

=) Nous souhaitons que la fonction du médecin instructeur, au-delà de l'instruction et de l'appréciation de l'utilisé de l'expertise, soit complétée par les précisions suivantes : « responsable de la régulation des dossiers et de l'intermédiation avec ses collègues, mais aussi avec les agents ».

Il convient également de prévoir les cas de conflits d'intérêt. La pénurie de médecins a entraîné des concentrations de fonctions entre certains.

## **Proposition des SP CFE CGC**

=) Nous souhaitons que soit prévu ce cas pour les médecins par la possibilité, par exemple, de se retirer ou de ne pas prendre part au débat, et de laisser la voix à un autre confrère médecin ; notamment lorsque le médecin conseil de l'administration a pris part à la décision d'octroi ou de refus d'un des cas de saisine sur le dossier concerné par l'ordre du jour du CM.

**3- La fédération des Services Publics CFE-CGC souhaite assurer une neutralité et une objectivité du traitement des dossiers et clarifier les rôles de chacun. Elle est attachée à maintenir l'employabilité en tant que finalité.**

Il est rappelé que l'objectif du CM est de statuer sur la position de l'agent au niveau médical.

Il convient de différencier très clairement ce qui relève des prérogatives des « services médico-administratifs du CM » en eux-mêmes, et ce qui relève « services de gestion RH de proximité » de l'employeur dont relève l'agent concerné.

Un cloisonnement strict dans le respect du secret médical le plus absolu, entre les deux, doit être respecté.

D'après le rapport de l'IGAS, il l'est, plus ou moins globalement en FPE, moins nettement en FPT du fait de la petite taille de certaines collectivités notamment, pas non plus en FPH dans les EHPADs et petits centres hospitaliers.

Les problèmes de qualité des dossiers (défaut d'expertise médicale, de rapport hiérarchique, d'imprimés types...), d'appréhension et de respect du secret médical, souvent dus à un manque de formation des acteurs, sont patents. Pourtant ils peuvent faire encourir des risques pénaux ou d'utilisation des voies de recours. Les procédures relatives aux IM nécessitent une connaissance pointue de la réglementation.

Sur le principe, l'agent transmet sous pli confidentiel aux « services de gestion RH de proximité » qui instruisent le dossier. Ces derniers transmettent tous les éléments médicaux sous pli confidentiel aux « services médico-administratifs du CM ».

La réalité du terrain nous montre la grande difficulté de respecter cette exigence.

### **Propositions des SP CFE CGC**

=) **Nous souhaitons que soient ajoutées et inscrites, par la DGAFP, dans les modalités de fonctionnement du CM les principes suivants :**

- **les « services médico-administratifs du CM » doivent assurer une neutralité totale dans le traitement des dossiers ;**
- **un cloisonnement strict entre « services médico-administratifs du CM » « services de gestion RH de proximité » de l'employeur dont relève l'agent concerné, doit être respecté.**
- **Le respect total de la confidentialité inclue de facto et s'applique d'autant plus aux personnes vulnérables pour tout dossier médical pouvant aussi avoir un lien avec une reconnaissance de qualité de travailleur adulte handicapé, et ou une situation de handicap.**

Le parcours du dossier reste également bien trop aléatoire. Entre l'agent qui envoie ou pas un dossier, rempli ou pas correctement ; les convocations d'experts ; les « services de gestion RH de proximité » qui transmettent ou pas et selon leur degré de compétence, les bonnes pièces aux



« services médico-administratifs du CM »; les experts qui envoient des comptes rendus non normalisés ; etc.

De même, trop de dérives sont connues. Des dossiers sont renvoyés aux IM alors qu'ils relèvent de défauts managériaux ou d'une mauvaise gestion de l'employabilité au sein de la structure d'emploi de l'agent. Que dire encore des mises en retraite pour invalidité, alors qu'une réflexion approfondie et concertée aurait pu amener à d'autres décisions ?

L'employabilité doit rester au cœur du dispositif.

Il nous semble indispensable d'intégrer le dispositif global dans une démarche de bonne gestion des RH, et notamment avec les problématiques de prévention, d'aménagement et de compensation des postes de travail, de reclassement et, plus largement, avec les questions d'employabilité afin d'éviter la désinsertion professionnelle et lutter contre la rupture professionnelle / d'emploi.

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

En conclusion, il est attendu de trouver des solutions aux agents ayant des problèmes de santé et de faciliter leur maintien dans l'emploi, y compris pour les agents en situation de handicap, sous réserve des avis médicaux et des restrictions éventuelles d'aptitude, partielle ou définitive, temporaire ou durable.

En aucun cas, les « services de gestion RH de proximité » de l'employeur de l'agent ne peuvent se suffire d'une approche de gestion administrative. Les attendus doivent être précisés.

Il nous paraît fondamental de prendre en compte l'esprit de la loi du 11 février 2005 et les actions du FIPHFP pour tous les agents en situation de handicap, afin d'éviter les ruptures de carrière ou les inaptitudes prononcées, faute d'une méconnaissance des dispositifs de compensation et d'aménagement des postes de travail des personnes en situation de handicap et exerçant dans la Fonction Publique.

## **Propositions des SP CFE CGC**

**=) Nous souhaitons que soit ajouté et inscrit, par la DGAFP, dans les modalités de fonctionnement du CM, un minimum de précisions sur les rôles respectifs attendus de chacun. Les « QUI FAIT QUOI et QUI est RESPONSABLE DE QUOI » doivent être mentionnés :**

- **ce que font les « services de gestion RH de proximité » de l'employeur dont relève l'agent concerné ... ;**
- **ce que font les « services médico-administratifs du CM »... ;**

- ce que fait le service RH relatif à la prévention, la gestion des compétences, et au réemploi des agents...

=> Doivent également être précisés :

- des limitations obligatoires de délais de transmission des « services de gestion RH de proximité » aux « services médico-administratifs du CM » ;
- un minimum de précisions sur « le circuit des dossiers » afin tant d'assurer une efficacité que de garantir le respect du secret médical ;
- la mise en place d'une traçabilité sur le transfert des documents, afin de garantir une fiabilité du process. Nombre de possibilités existent : = numérique ou Grcode, logiciel spécifique de suivi. On doit savoir où se trouve le dossier. Et l'agent est aussi en droit de savoir où on en est ;
- l'obligation de réaliser une fiche de poste adaptée à l'agent.

À titre d'exemples, il est reconnu que les « services médico-administratifs des IM » peuvent garantir une information équitable en cas de conflit entre l'agent et sa hiérarchie, voire dispenser un conseil juridique minimal aux agents concernés.

En l'absence de dispositif sécurisé de transfert numérisé des pièces médicales, cette proximité peut également faciliter la consultation de leur dossier par les intéressés. 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.

Les « services médico-administratifs du CM » peuvent être considérés comme un référent essentiel pour conseiller les « services de gestion RH de proximité ».

De même, la mutualisation de la préparation des dossiers avant transmission aux « services médico-administratifs du CM » serait une garantie de qualité pour les agents. Pour cela, elle devrait être professionnalisée.

Différentes mutualisations existent déjà en FPE au niveau de certaines directions régionales.

Pour la FPH, cette mutualisation pourrait être positionnée au sein de l'établissement de santé support du groupement hospitalier de territoire, avec un financement de la charge induite à mettre en place entre établissements.

Pour la FPT, les centres de gestion remplissent déjà pour partie cette fonction.

## **Proposition des SP CFE CGC**

**=) Nous souhaitons que la possibilité de mutualisation de la préparation des dossiers avant transmission aux « services médico-administratifs du CM » soit inscrite et encouragée.**

Enfin, dans le cadre de l'étude du dossier, l'avis des IM se fonde sur des avis d'experts. Les agents ne peuvent qu'être incités à faire appel à eux, alors même qu'il y en a de moins en moins. Un équilibre est à trouver.

## **Proposition des SP CFE CGC**

**=) Nous souhaitons que soit précisées les conditions dans lesquelles l'agent pourra bénéficier d'une expertise médicale dans l'analyse de son dossier.**

### **4- La fédération des Service Publics CFE-CGC souhaite garantir le secret médical.**

Il est indispensable de garantir le respect du secret médical pour les personnels médicaux, paramédicaux et « services médico-administratifs du CM ». De même que le secret professionnel doit être garanti par les « services de gestion RH de proximité » des agents, y compris en cas d'informatisation des processus.

Nous ne pouvons que rappeler que le secret professionnel constitue une exigence incontournable.

L'article L. 1110-4 du code de la santé publique dispose que toute personne « *a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. (...) ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes* ».

En outre, « *les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le code pénal* » (article 26 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983).

Les informations personnelles de santé ne peuvent être recueillies et détenues que par des services placés sous l'autorité d'un médecin qui en est responsable. Les rares exceptions à ce principe résultent pour ces instances de l'article L.31 du code des pensions civiles et militaires de retraite dans le cadre de la procédure de mise à la retraite pour invalidité soumise à l'avis de la commission de réforme<sup>38</sup>.

À ce titre, et ne travaillant pas aux côtés d'un médecin, les « services de gestion RH de proximité » ne peuvent en aucun cas avoir accès aux données médicales personnelles.

Pour protéger le secret médical, les règles suivantes devraient être respectées :

- le nom et la spécialité des médecins experts commis par les « services médico-administratifs du CM » ne devraient pas être connus des « services de gestion RH de proximité » ;
- dans les structures où les « services médico-administratifs du CM » sont intégrés (administration centrale, collectivité n'ayant pas conventionné avec le centre de gestion...), le « service médico-administratif du CM » doit être consacré exclusivement à cette fonction et séparé du reste des services des RH.

Une charte d'obligations, plus encore même que de bonnes pratiques, devrait être instaurée.

Nous sommes aussi dubitatifs sur la notion de secret médical lorsque le représentant RH au plus proche de l'agent est présent dans la salle de conseil en qualité de représentant de l'administration.

### **Propositions des SP CFE CGC**

=) Nous demandons l'ajout de précisions :

- **Les « services de gestion RH de proximité » ne doivent pas, en aucune façon, avoir accès au dossier médical de l'agent. Ils doivent ne même pas connaître le nom des experts.**
- **De même, ils ne peuvent pas non plus être présents durant le CM. L'impact est en effet direct sur la situation de l'agent et ne pourrait qu'être mentionné en cas de recours.**

=) **Les règles de transmission des pièces relevant du secret médical doivent être précisées, sachant que plusieurs modalités sont possibles (hors régimes dérogatoires) :**

- **une saisie directe entre l'agent et le secrétariat du CM ;**
- **ou par son médecin traitant en charge du suivi. Il existe aujourd'hui, par le biais de la carte vitale, la possibilité technique / numérique de rendre accessible seulement une partie du dossier de l'agent en accordant des droits spécifiques d'accès.**

**Tout ceci doit être explicitement mentionné et expérimenté sur des sites pilotes.**

=) **Enfin, l'agent concerné, en revanche, doit avoir accès aux pièces médicales de son dossier. La Commission d'accès aux documents administratifs a donné à celles-ci une acception large (qui inclut notamment les expertises) rappelée dans le livret 2 du guide du contrôle médical des fonctionnaires établi par le ministère de la FP.**

**Nous précisons également que toutes les pièces médicales doivent être accessibles pour tous, y compris pour les personnes en situation de handicap.**

Pour ce qui concerne l'utilisation de l'outil numérique.

En règle générale, les SP CFE CGC sont très favorables à l'outil numérique.

Néanmoins, en l'état actuel de la technologie ; au regard des incapacités concrètes à garantir une réelle confidentialité en cas de réunion dématérialisée ; au regard des insuffisances notoires de permettre pleinement l'accès aux moyens d'accessibilité numériques, pour les personnes en situation de handicap ; sans même évoquer la capacité d'un agent en zone rurale à disposer de façon équitable vis-à-vis de ses collègues des grandes métropoles de la couverture internet et des moyens numériques suffisants pour pouvoir se défendre correctement, suivant sa localisation territoriale durant un comité médical dématérialisé... nous considérons, pour les IM, comme pour le futur CM, que seule la réunion physique est adaptée pour garantir la confidentialité.

### **Proposition des SP CFE CGC**

**=> Pour le cas très spécifique des IM, comme pour le futur CM, nous souhaitons sans ambiguïté le maintien de l'instance en présentiel intégral.**

**Dans le cas où l'agent ne pourrait pas se déplacer, il peut se faire remplacer par un médecin de son choix.**

## **5- La fédération des Services Publics CFE-CGC souhaite que soient formés tous les participants du CM.**

Si chaque participant a un rôle spécifique à tenir, la connaissance minimum des contraintes des uns et des autres et des conséquences des avis est nécessaire.

Les médecins du CM, agréés ou non, 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. Connaître les règles statutaires portant notamment sur la notion d'aptitude et les distinctions entre différents types de congé-maladie semble un minimum.

Au regard des enjeux et des conséquences sur les agents, tous les acteurs doivent être professionnalisés et formés : les « services de gestion RH de proximité », les « services médico-administratifs du CM », mais également les représentants du personnel ont besoin de mises à jour régulières de leurs connaissances.

À titre d'exemple, beaucoup ont du mal à comprendre, par exemple, la logique et les règles qui président au fonctionnement des instances, en particulier les conséquences de la consolidation en cas d'invalidité partielle comme les conclusions divergentes des instances et des caisses de retraite.

Toutes ces méconnaissances entraînent, outre des dysfonctionnements, des défauts de procédure, propices à la multiplication d'approches contentieuses.

### **Proposition des SP CFE CGC**

**=) Nous souhaitons que l'obligation de se former pour l'ensemble des acteurs soit inscrite dans les règles de fonctionnement du CM.**

## **6- La fédération des Services Publics CFE-CGC souhaite que les agents soient informés précisément de leurs droits et des conséquences des avis et décisions.**

Il est attendu et normal de garantir à l'agent un traitement équitable, une information complète et la préservation du secret médical.

Les exemples d'agents ignorant les dates de passage de leurs dossiers devant les IM, méconnaissant ou découvrant trop tard les conséquences des décisions sur leurs évolutions de salaires... sont pléthores.

Les représentants du personnel, eux-mêmes, rencontrent des difficultés à disposer de convocations suffisamment à l'avance pour leur proposer leur aide. Quelle que soit la FP, cela peut avoir pour conséquence qu'un représentant du personnel se déplace à des dizaines voire des centaines de kms en pour un passage de quelques minutes en IM.

La proposition des SP CFE CGC d'élaborer des listes de représentants élus ou mandatés pour chaque organisation syndicale devrait améliorer les choses. Pour autant, le respect strict de délais de prévenance doit absolument être amélioré et respecté.

### **Propositions des SP CFE CGC**

**=) Nous demandons que soient inscrits dans le marbre :**

- le principe d'une information pleine et entière de l'agent sur sa situation et ce, dans un délai raisonnable ;**
- qu'il soit également informé sur sa situation statutaire, sa rémunération, ses éventuels droits à la retraite en cas d'inaptitude définitive, tant en amont de la réunion du CM, qu'en aval, à l'issue du CM ;**

- l'obligation par les « services de gestion RH de proximité » ou des « services médico-administratifs du CM » de faire connaître à l'agent le process relatif aux modalités de communication des pièces médicales (à définir qui entre les 2);
- l'obligation d'envoi des convocations pour l'agent ainsi que pour les membres du CM dans les temps impartis ;
- des modalités de facilitation et la proposition d'un accompagnement à toutes les démarches pour toutes les personnes en situation de handicap, quel que soit le type de handicap.
  - À ce propos une attention particulière doit être portée à l'accessibilité aux pièces médicales. Qu'est-il proposé pour les mal-voyants, par exemple ?
- La communication explicite des voies de recours par les « services de gestion RH de proximité » ou des « services médico-administratifs du CM » (à définir).

## 7- **Réflexions sur les cas de saisine de l'IM**

### **Proposition des SP CFE CGC**

=) **Fondamentalement, nous souhaitons le maintien du droit constant de l'ensemble des motifs de saisine du comité de réforme dans le futur CM dans sa formation plénière.**

À titre d'exemples :

- Concernant la dernière page relative aux cas de saisines sur le tableau, il est indispensable et nécessaire que le droit à ATI et RVI + la détermination du taux d'invalidité pour l'ATI et RVI soient proposées et étudiées lors de la formation plénière.
- De même, nous souhaitons que l'item suivant soit également étudié lors de la formation plénière.
  - Le dernier item fait référence à l'Article L712-3 modifié par la Loi no 2012-1404 du 17 décembre 2012 – art.94. « Les indemnités, allocations et pensions attribuées aux fonctionnaires en cas d'arrêt de travail résultant de maladie, maternité, paternité et accueil de l'enfant et invalidité et les allocations attribuées aux ayants droit de fonctionnaires décédés, sont déterminées sans préjudice de l'application de la législation générale sur les pensions. Elles sont liquidées et payées par les administrations ou établissements auxquels appartiennent les intéressés. »

À titre d'autre exemple, cité explicitement, par les DRH des grandes collectivités, nous souhaitons attirer l'attention sur l'importance du rôle des IM dans la gestion du risque maladie du fonctionnaire.

En FPT, compte-tenu du régime spécial de prise en charge de la maladie en fonction publique, les employeurs locaux doivent recueillir l'avis des IM très régulièrement. Un avis est notamment systématiquement donné par le CM pour l'octroi des congés longue maladie (3 ans) et des congés longue durée (5ans), avis que l'employeur peut suivre ou non.

L'avis du CM s'impose en revanche en ce qui concerne la reprise du fonctionnaire à l'issue de ces congés.

C'est la commission de réforme qui est saisie en cas de maladie professionnelle. Là encore, son avis lie la collectivité. Les employeurs saisissent également la commission de réforme lorsqu'au titre d'un accident de service, il existerait des éléments de nature à détacher l'accident d'une imputabilité au service.

Enfin, la retraite pour invalidité et l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité sont également du ressort de cette commission. Les éléments concernant l'invalidité sont ensuite transmis et traités par la CNRACL et également, à titre transitoire, par la CPAM (dont le process est peu clair aujourd'hui tout comme la répartition des rôles, ce qui nuit à la garantie des droits des agents et conduit à des situations de détresse sociale).

Cette réforme des IM emporte donc des conséquences majeures pour le régime de protection sociale du fonctionnaire, et particulièrement pour la gestion du risque maladie, en forte hausse, par les employeurs locaux. Une très grande vigilance s'impose.

## **Proposition des SP CFE CGC**

**=) Nous insistons également sur la présence en plus de la Disponibilité d'Office pour Raison de Santé (DORS) de la possibilité pour l'agent de bénéficier de la Période de Préparation au Reclassement (PPR). Nous restons dans la logique d'une possibilité de reprise d'activité dans le nouveau poste.**

**Nous souhaitons que cela « soit inscrit dans le marbre » dans le cadre du CM. Que cela soit en formation restreinte ou plénière reste à déterminer...**

## **Pour conclure**

Nous souhaitons simplement que nos observations soient prises en compte dans les pistes de réflexion et qu'elles puissent inspirer le projet de texte actuellement en cours de rédaction.

Nous souhaitons rappeler enfin que cette contribution fédérale s'inspire des principes fondamentaux et identitaires à notre esprit syndical : des principes d'égalité, d'équité et de solidarité envers tous les agents travaillant pour les services publics.

Sur les trois versants, les Conseils Médicaux doivent permettre une garantie des droits des agents, une prévention médicale efficace et un accompagnement digne de ce nom dans le cadre du



parcours professionnel, lorsque ce dernier est ponctué d'incidents médicaux ayant une incidence sur l'emploi.

Ils doivent être les acteurs innovants d'une politique de maintien en emploi et des instances de veille efficaces de lutte contre la désinsertion professionnelle.

Les Conseils Médicaux proposés doivent permettre aussi une adaptabilité simplifiée en transparence des Instances médicales actuelles, et garantir une prise en compte spécifique de certains métiers dans le respect de la pluralité des missions.

Persuadé de l'intérêt que vous porterez, Madame La Ministre, à cette contribution, je vous prie de recevoir, mes très respectueuses salutations.

Nathalie MAKARSKI

Présidente de la fédération  
des Services Publics CFE-CGC

Madame Amélie de MONTCHALIN,

Ministre de la Transformation et de la Fonction Publiques