



*Liberté • Égalité • Fraternité*

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**CONSEIL SUPÉRIEUR**

*Fonction • Publique • Territoriale*

# **Rapport sur la Commission départementale de réforme**

**Séance Plénière du 2 juillet 2008**

**Rapporteur : M. Daniel LEROY**

Conseil supérieur de la fonction publique territoriale – Ministère de l'Intérieur

Place Beauvau – 75800 PARIS Cedex 08

Tél. : 01.53.43.84.10 – Fax : 01.53.43.84.11 – Site internet : [www.csfpt.org](http://www.csfpt.org)

## SOMMAIRE

<b>Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>I. Les principaux problèmes de fonctionnement .....</b>	<b>4</b>
A. Missions et fonctionnement .....	4
1. Des missions essentielles pour le respect des droits médicaux sociaux de l'agent .....	4
2. Une composition complexe et des membres difficiles à réunir .....	5
3. Des conséquences dommageables pour le traitement des dossiers .....	5
4. Des acteurs pluriels .....	6
B. Les préconisations de la Cour des comptes .....	6
<b>II. Les enquêtes.....</b>	<b>8</b>
A. L'enquête quantitative auprès des DDASS, préfectures et centres de gestion. ....	8
1. Champ de l'enquête.....	8
2. Résultats .....	8
B. Les centres de gestion : l'enquête diligentée par l'association des directeurs de centres départementaux de gestion.....	13
1. Les résultats positifs : opinions des CDG ayant choisi de prendre la mission .....	13
2. Les réticences : opinions des CDG qui ne veulent pas prendre la mission. ....	14
<b>III. Les propositions du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale .....</b>	<b>15</b>
1. Alléger la procédure tout en préservant les intérêts de l'agent .....	15
2. Harmoniser les réglementations entre fonctions publiques .....	16
3. Simplifier la représentation des employeurs et des agents au sein des CDR.....	17
4. Donner aux agents de la fonction publique territoriale les mêmes droits que dans les deux autres fonctions publiques.....	17
5. Améliorer les conditions d'exercice des médecins agréés et valoriser la fonction.....	18
6. Améliorer les conditions d'exercice des médecins de prévention .....	18
7. Informer et former les membres des CDR.....	18
8. Insister sur la professionnalisation des directions des ressources humaines .....	19
9. Harmoniser les procédures de gestion .....	19
10. Optimiser les conditions d'exercice des centres départementaux de gestion .....	19
11. Obtenir des données de sinistralité du travail dans les fonctions publiques au niveau national.....	20
<b>Conclusion .....</b>	<b>22</b>
Personnalités auditionnées .....	23
Liste des sigles utilisés.....	24
Textes législatifs et règlementaires .....	25

## Introduction

Propre au régime spécial de protection sociale des fonctionnaires, la Commission départementale de réforme a suscité beaucoup d'écrits, de critiques, et de propositions de réforme en raison de ses problèmes de fonctionnement. Le rapport de la Cour des comptes «les accidents de travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires», en septembre 2005 a fait date en soulignant les difficultés d'exercice de cette instance, la lenteur de la procédure due à un nombre excessif de dossiers, la complexité de la réglementation difficile à appréhender par les 55 000 employeurs locaux.

Les conséquences de ce mauvais fonctionnement sont parfois très dommageables pour les agents. Il existe un véritable coût humain, rapporté par le Médiateur de la République : certains agents sont privés de toutes ressources parce que, faute d'une réunion de la Commission de réforme dans les délais impartis, devant donner un avis favorable à une mise en retraite pour invalidité, ils se retrouvent en disponibilité d'office sans traitement.

Dans ce contexte, le Bureau du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale a demandé à la Formation Spécialisée n° 4 (FS n°4) en juillet 2006 de se pencher sur les problèmes rencontrés dans le fonctionnement des commissions de réforme.

Les membres de la FS n°4 ont invité de nombreux acteurs intervenants autour de la commission de réforme : responsable d'un secrétariat de commission de réforme de centre de gestion, experts de la caisse des dépôts et consignations, présidents et directeurs de centres de gestion, cadres de la caisse nationale d'assurance maladie, travailleurs salariés (CNAM TS), professeur de santé publique.

Ils ont pris connaissance des rapports de la Cour des comptes sur le sujet des accidents du travail et de la sinistralité du travail en général, de l'étude réalisée par l'association des directeurs de centres de gestion (ANCDG) en 2006 et ont organisé en 2007 une enquête auprès des DDASS et Préfectures.

En parallèle des travaux conduits par la FS n°4, le Ministère de la Santé a préparé un projet de décret, en concertation avec d'autres ministères, visant à simplifier le fonctionnement de cette instance. Ce texte, présenté à l'Assemblée Plénière du CSFPT du 30 avril 2008, a reçu un avis unanimement défavorable, car voulant alléger la charge de travail des commissions de réforme, il peut cependant créer des difficultés nouvelles pour les collectivités.

Le présent rapport, après une présentation de l'instance commission de réforme et des observations formulées par le rapport de la Cour des Comptes (I), fait état des résultats des enquêtes auprès des DDASS et Préfectures, et celle de l'ANCDG (II).

Enfin, la FS n°4 est à même de préconiser un certain nombre de propositions afin d'améliorer les conditions d'exercice de la Commission de réforme (III).

# I. Les principaux problèmes de fonctionnement

## A. Missions et fonctionnement

### 1. Des missions essentielles pour le respect des droits médicaux sociaux de l'agent

Le régime spécial des fonctionnaires dispose d'une commission de réforme, instance qui n'existe pas dans le régime général de sécurité sociale. Dans ce dernier régime, les caisses d'assurance maladie, indépendantes de l'employeur, paient les prestations en espèces et en nature, procèdent aux expertises médicales nécessaires, car elles sont dotées de médecins de contrôle. Il existe une présomption d'imputabilité au travail de l'accident, à savoir que le salarié n'a pas à faire la preuve du lien de causalité entre le travail et sa pathologie, consécutive à un accident. La prise en charge est immédiate à moins que l'employeur privé ne conteste le lien de causalité. En revanche, la charge de la preuve pour les maladies professionnelles est conservée, ce sera au salarié de faire la preuve du lien de causalité entre la maladie et le travail. Pour le régime général, on parle donc de «**présomption d'imputabilité**», mais qui ne vaut que pour les accidents du travail.

En revanche, l'employeur public qui est tenu de verser en lieu et place d'un organisme d'assurance sociale lesdites prestations en espèces et en nature, s'adresse à la commission de réforme, instance tri-partite, composée de représentants des employeurs, représentants des agents, et médecins agréés. Les missions de cette instance sont de déterminer l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie et d'en dégager les conséquences. La charge de la preuve repose sur l'agent, et c'est la commission de réforme qui se prononce sur l'imputabilité. On parle donc de ce régime comme du «**régime de la preuve**».

La commission de réforme ne rend que des avis, la décision relevant exclusivement de l'employeur, mais elle doit être obligatoirement consultée. En effet, l'employeur public a besoin de compétences de nature médicale, dont il ne dispose pas.

La principale mission de la CDR consiste donc à déterminer si l'accident ou la maladie de l'agent est imputable au service et de donner un avis sur les suites à donner dans le cadre du droit statutaire, en termes de prise en charge des rémunérations et des frais médicaux qui incombent à l'employeur, et la mise en œuvre des droits statutaires médicaux –sociaux comme notamment l'appréciation du taux d'invalidité, l'allocation temporaire d'invalidité à la suite d'un accident de service, la mise en retraite pour invalidité.

L'absence légale de présomption d'imputabilité des accidents du travail et des maladies professionnelles au service, dans la fonction publique, à l'inverse du régime général pour les accidents du travail, oblige à l'examen de la plupart des dossiers, quelle qu'en soit la gravité ou l'évidence du lien avec les fonctions. La commission de réforme est nécessairement consultée pour les accidents entraînant un arrêt de travail de plus de 24 heures dans la fonction publique hospitalière et de 15 jours dans les deux autres fonctions publiques.

Cependant, chargée de la mission de donner un avis sur l'imputabilité au service de tout accident, c'est cette tâche qui a attiré l'attention de toutes les critiques. En effet, alors qu'il s'agit d'un avis purement formel, elle concernerait **les trois quart des dossiers** transmis à la CDR.

## 2. Une composition complexe et des membres difficiles à réunir

Instance tripartite composée de représentants des employeurs, de représentants des agents, et de médecins agréés, sa composition est complexe :

- **un** président désigné par le Préfet
- **un** fonctionnaire placé sous son autorité
- **une** personnalité qualifiée désignée en raison de ses compétences
- **un** membre élu d'une assemblée délibérante dont le personnel relève de la compétence de la CDR.
- Dans ce cas : un Président suppléant n'appartenant pas à la même collectivité est désigné.
- Le Président dirige les délibérations mais ne prend pas part aux votes.
- **deux** représentants de l'administration, pour les collectivités affiliées au CDG, désignés parmi les élus relevant des collectivités adhérentes au CDG par vote des représentants de ces collectivités au C.A. du CDG ; pour les collectivités non affiliées au CDG, désignés par l'autorité territoriale dont relève le fonctionnaire parmi les membres de l'organe délibérant titulaire d'un mandat électif.
- **deux** représentants du personnel, désignés par les 2 organisations syndicales disposant du plus grand nombre de sièges à la CAP compétente à l'égard de l'agent dont le cas est examiné soit au sein de la CAP, soit parmi les électeurs à cette CAP et avec leur consentement.
- **deux** médecins généralistes et un médecin spécialiste s'il y a lieu (qui participe aux débats mais ne prend pas part aux votes), désignés par le Préfet sur proposition du DDASS à partir de la liste départementale des médecins agréés.

Pour rendre ses avis, la CDR dispose des règles de quorum suivantes :

**Quatre** membres avec voix délibérative, dont **deux** médecins, ou suppléants qui doivent obligatoirement être présents.

La représentation différenciée des agents selon leurs cadres d'emplois génère une multiplication des convocations.

## 3. Des conséquences dommageables pour le traitement des dossiers

- La convocation à plusieurs réunions le même jour conduit à une faible participation des membres aux réunions, d'où un fréquent défaut de quorum et, par voie de conséquence, l'impossibilité de formuler les avis obligatoires, cet état de fait étant aggravé par notamment la présence obligatoire de deux médecins agréés.

- le report des dossiers de réunion en réunion entraîne un accroissement du nombre de dossiers à examiner en séance et des retards préjudiciables aux agents.
- la surcharge permanente des ordres du jour interdit l'instauration de vrais débats entre médecins et membres représentant les collectivités et les personnels, sur le droit des agents et leur protection sociale.
- les médecins de médecine professionnelle et préventive sont rarement consultés.
- les dispositions réglementaires relatives aux délais de formulation des avis et à l'information des agents sont peu respectées.

A titre d'exemple de victimes des ces dysfonctionnements, on peut citer les cas humains rapportés par Monsieur le Médiateur de la République. Certains agents, qui attendent une décision de mise à la retraite pour invalidité, sont victimes de la lenteur des procédures car, faute d'une réunion de la commission de réforme, ils sont placés par leur collectivité en disponibilité d'office et ne reçoivent plus de rémunération. Il existe cependant une disposition dans l'arrêté du 4 août 2004, visant à maintenir un demi-traitement à l'intéressé jusqu'à sa mise en retraite pour invalidité, mais cette disposition n'est pas toujours été appliquée par les collectivités.

Enfin l'appréhension par 55 000 employeurs d'une réglementation très complexe lors de la constitution des dossiers est difficile. Or, les experts de la Caisse des Dépôts et consignations ont souligné qu'un dossier devait être très soigneusement instruit, pour que l'agent bénéficie de l'intégralité de ses droits dans des délais raisonnables.

#### **4. Des acteurs pluriels**

L'organisation des secrétariats de la commission de réforme est une compétence d'Etat. Les DDASS ou parfois les Préfectures ont organisé cette mission pour les trois fonctions publiques.

Depuis 2004 (arrêté du 4 août 2004), le transfert du secrétariat de la Commission de réforme au centre de gestion est possible, mais aucun transfert de ressources n'est prévu. A ce jour, 27 centres de gestion ont pris la mission.

Face à ces problèmes de fonctionnement constatés pragmatiquement, la Cour des comptes avait préconisé dans son rapport de 2005 sur «les accidents de travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires», un certain nombre de pistes de réforme.

## **B. Les préconisations de la Cour des comptes**

Après avoir souligné la multiplicité d'acteurs, les problèmes de fonctionnement dus notamment à la pénurie de médecins, à la lourdeur de la représentation différenciée des agents, le rapport de la Cour des comptes de septembre 2005 préconise :

*«Par suite de l'identité objective de la situation des fonctionnaires et de celle des autres salariés au regard du risque AT-MP, il est souhaitable de pousser aussi loin que possible le rapprochement de la gestion de ce risque dans les fonctions publiques avec celle du régime général.»*

*Dès lors que la présomption d'imputabilité au service serait étendue aux fonctions publiques, l'instruction des dossiers de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles pourrait être confiée aux organismes gestionnaires de l'assurance maladie, la décision restant du ressort de l'administration.*

*Quant à la liquidation et le paiement en nature des prestations, il serait confié aux CPAM.»*

La Cour remarque ensuite l'absence de statistiques nationales sur la sinistralité du travail dans la Fonction Publique. La France n'est pas en mesure de transmettre des données statistiques sur les accidents du travail et les maladies professionnelles à Euro-stat sur sa population d'agents publics, qui constitue pourtant un quart de sa population active.

Aucun coût ne peut être avancé.

Par ailleurs, la connaissance partielle des risques professionnels dans la Fonction Publique ne permet aucune consolidation nationale et n'incite pas au développement d'une politique de prévention.

Seule source d'informations, la CNRACL a entrepris de constituer une banque nationale de données sur les risques AT-MP, mais dont le champ est partiel puisqu'il ne s'agit que des cas ayant donné lieu au versement d'une prestation d'invalidité.

La Cour des comptes conclue en préconisant des réformes dans les trois domaines suivants :

- les réglementations applicables aux trois fonctions publiques en matière d'imputabilité doivent être unifiées et rapprochées, dans toute la mesure du possible, de celles qui régissent le régime général.
- l'instruction de la reconnaissance des AT-MP dont sont victimes les fonctionnaires et la gestion des prestations en nature auxquelles ils ont droit doivent être transférées avec les financements correspondants aux organismes gestionnaires du régime général, le pouvoir de décision restant cependant à l'administration.
- un dispositif qui responsabilise et incite les employeurs publics à promouvoir la prévention, en créant un lien entre les dépenses et les ressources, doit être mis en place. Les directions doivent s'impliquer plus activement dans le plan santé au travail.

## II. Les enquêtes

Sur la base des préconisations de la Cour des Comptes, et parallèlement à l'audition d'acteurs, tels Présidents de centres de gestion, experts de la caisse des dépôts, le CSFPT a procédé à une enquête par voie de questionnaire envoyé à toutes les Directions départementales d'action sanitaire et sociale (DDASS) et les CDG assurant le secrétariat de la CDR. Le questionnaire, visait à dégager le volume des dossiers traités par la commission de réforme par nature de dossiers (A).

Par ailleurs, l'Association des Directeurs de Centres de Gestion (ANCDG) avait effectué une enquête en 2006, auprès des CDG, sur l'aspect faisabilité par les CDG du secrétariat de la commission de réforme, dont les résultats sont qualitatifs, mais viennent enrichir l'enquête (B).

### A. L'enquête quantitative auprès des DDASS, préfectures et centres de gestion

#### 1. Champ de l'enquête

L'enquête a porté sur toutes les Préfectures et DDASS et les CDG.

L'objectif était, dans la suite des propositions de la Cour des comptes, d'essayer :

- de mesurer l'importance des dossiers qui n'ont trait qu'à la formalité de statuer sur l'imputabilité au service de l'AS ou de la MP.
- de déterminer le nombre de dossiers plus «lourds» que nous appellerons «suites statutaires» qui entraînent l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité, d'une pension d'invalidité due au service, d'une pension d'invalidité de droit commun, un reclassement, un aménagement de poste.

Par ailleurs, les Préfectures, DDASS et CDG ont été interrogés sur la pertinence :

- de remplacer le régime de la preuve par celui de la présomption d'imputabilité,
- d'augmenter la durée d'incapacité temporaire totale de travail (ITT), nécessaire pour le passage en CDR, actuellement 24 h pour la FPH, et 15 jours pour la FPE et la FPT,
- de simplifier la représentation des agents,
- de simplifier la représentation des employeurs,
- de proposer d'autres aménagements à la réglementation.

#### 2. Résultats

41 Préfectures ou DDASS et 7 CDG ont répondu.

Il faut noter que parfois, la CDR des fonctionnaires territoriaux est gérée par la Préfecture, tandis que les deux autres fonctions publiques le sont par la DDASS. On constate aussi d'autres cas de répartition.

28 structures (DDASS et CDG) ont donné des chiffres globaux de répartition des dossiers entre les trois fonctions publiques.

35 structures (DDASS et CDG) ont donné des chiffres permettant de distinguer le volume des dossiers consacrés à l'imputabilité et celui des dossiers consacrés aux suites statutaires de l'AS ou de la MP : ATI, retraite, reclassement, aménagement de poste.

Quoique ces données ne constituent pas un échantillon représentatif, elles donnent néanmoins des indications utiles, notamment par les commentaires ou propositions des acteurs.

**Depuis cette enquête, le secrétariat de la CDR du département du Var a été confié au CDG.**

## 2.1. La répartition entre Fonctions Publiques

Sur 28 DDASS, on constate globalement et individuellement que l'activité de la CDR de la DDASS est consacrée principalement aux Fonctions Publiques Territoriales et Hospitalières.

Globalement :

FPE	18,99%
FPT	40,90%
FPH	40,11%

Parmi les CDR gérant le plus grand nombre de dossiers, entre 5700 et 1500, les Bouches du Rhône (13), le Rhône, (69), le Var (83), le Val d'Oise (95) voient la moitié, voire plus, de leur activité consacrée à la FPT.

	13	69	83	56	95	49	82
FPE	906	940	690	285	117	217	307
FPT	2621	1810	1627	835	1222	544	551
FPH	2237	931	724	1285	604	827	673
<b>TOTAL DOSSIERS</b>	<b>5764</b>	<b>3681</b>	<b>3041</b>	<b>2405</b>	<b>1943</b>	<b>1588</b>	<b>1531</b>
FPE	15,72%	25,54%	22,69%	11,85%	6,02%	13,66%	20,05%
<b>FPT</b>	<b>45,47%</b>	<b>49,17%</b>	<b>53,50%</b>	<b>34,72%</b>	<b>62,89%</b>	<b>34,26%</b>	<b>35,99%</b>
FPH	38,81%	25,29%	23,81%	53,43%	31,09%	52,08%	43,96%
<b>TOTAL</b>	<b>100,00%</b>						

Une DDASS s'interroge à cet effet sur la pertinence de faire gérer la CDR et le Comité Médical Départemental (CMD) des fonctions publiques autres que celle de l'Etat, par une administration d'Etat.

Une autre DDASS souligne la constante augmentation des dossiers.

Une Préfecture ne peut plus consacrer autant de personnel à cette activité, estime normal que la Préfecture gère les fonctionnaires d'Etat, mais souhaite très fermement que la gestion des fonctionnaires territoriaux relève du centre départemental de gestion. Or, celui-ci ne semble pas enclin à en prendre le secrétariat.

Deux des DDASS interrogées ont déjà fait une démarche auprès du Ministère dont elles relèvent, pour qu'il y ait une réforme.

Une autre souhaite que la CDR des fonctionnaires territoriaux relève du centre de gestion, et voudrait qu'on trouve une solution équivalente pour les fonctionnaires hospitaliers.

Une autre propose de confier respectivement la gestion des fonctionnaires territoriaux au centre de gestion et celle des fonctionnaires hospitaliers au centre hospitalier, mais la présidence de la CDR demeurerait de la compétence de la DDASS.

## **2.2. La répartition des dossiers selon l'imputabilité et les suites statutaires données**

Sur 35 réponses exploitables, en déduisant de l'ensemble des dossiers traités, ceux qui ont des suites statutaires, on constate la proportion infime des dossiers qui ont donné lieu à des suites. En global, il s'agit **de 14% des dossiers. Il y a donc 86% des dossiers pour lesquels la CDR statue uniquement sur l'imputabilité.**

La Cour des comptes parlait de 60% de dossiers n'ayant pour objet que de statuer sur l'imputabilité.

En reprenant les exemples donnés plus hauts des départements ayant le plus grand nombre de dossiers à traiter, le Val d'Oise (95) n'a que 0.41% de ses dossiers consacrés à des suites statutaires, Le Var (83), 2%, les Bouches du Rhône, 11,71%.

## **2.3. Les réponses qualitatives**

### **2.3.1. Durée d'ITT (incapacité temporaire totale de travail)**

La question de proposer d'augmenter la durée d'ITT était directement liée à celle de la multiplicité de dossiers n'entraînant pas de conséquences statutaires majeures et qui ne demandent qu'un examen formel.

25 DDASS sur 35 ne voient pas d'inconvénients à augmenter le temps d'arrêt de travail à un mois, voire deux, voire trois. Mais une demande forte apparaît qui va également se reposer sur d'autres questions, c'est **l'harmonisation des durées d'ITT dans les trois Fonctions Publiques**, notamment aligner la FPH sur les autres Fonctions Publiques.

Un CDG propose également de faire passer la durée d'ITT à un mois.

10 DDASS ne trouvent rien à changer.

Cependant, il est dit à plusieurs reprises que certaines collectivités envoient systématiquement les arrêts dès le premier jour.

Par ailleurs, les assureurs «risques statutaires» des collectivités demanderaient que même des arrêts inférieurs à 15 jours, passent en CDR.

### **2.3.2. Remplacer le régime de la preuve par la présomption d'imputabilité, comme dans le régime général**

14 DDASS sur 34 y sont favorables, ainsi que 5 CDG sur 7.

La CDR ne serait saisie que si la collectivité contestait l'imputabilité, et dès qu'il y aurait des suites donnant lieu à ATI, reclassement etc. La CDR deviendrait une **instance de recours**.

Une Préfecture la conçoit pour la FPT et la FPH, mais pas pour la FPE.

20 DDASS sont contre. Une DDASS souligne que la présomption d'imputabilité peut induire une augmentation des AT ou MP, d'arrêts de travail fréquents due à l'utilisation maintenant répandue de l'informatique.

Une DDASS propose une solution intermédiaire : dès qu'une MP ou un AT est reconnu, les prolongations de soins ne doivent plus être soumises à la CDR.

### **2.3.3. La simplification de la représentation des agents**

19 Ddass la souhaitent. En effet, on constate une multiplication des intervenants, en raison de la représentation catégorielle des CAP par cadre d'emploi et par grade, qui sont convoqués au cours de la même journée, et qui peuvent se sentir frustrés de s'être déplacés, alors que le quorum de la séance de la CDR qui les concerne n'est pas atteint.

5 CDG y sont également favorables.

Une DDASS l'estime nécessaire pour la FPT et la FPH, mais pas pour la FPE.

Plusieurs DDASS, et un CDG suggèrent que les **élus siégeant en CDR émanent plutôt des CTP-CHS** que des CAP, idée avancée par la Cour des Comptes. En effet, s'agissant de statuer sur une problématique de santé au travail, les élus des CTP-CHS semblent plus outillés méthodologiquement pour prendre position lorsqu'un aménagement de poste ou un reclassement est proposé.

Par ailleurs, il y aurait moins d'intervenants à convoquer.

20 DDASS se prononcent négativement.

Une DDASS, qui souhaitait le maintien du régime de la preuve, ne souhaite la présence des représentants de salariés que pour des dossiers de recours.

### **2.3.4. La simplification de la représentation des employeurs**

Les avis sont également partagés : 16 DDASS y seraient favorables. Une autre y est favorable sauf pour la FPE.

14 DDASS sont défavorables.

Une DDASS demande le statu quo, sauf pour la FPH.

Les CDG, quant à eux, sont unanimement favorables à une simplification et l'un d'entre eux suggère que ce soient les élus du centre de gestion qui représentent les employeurs.

### 2.3.5. Les médecins agréés

Le très grand souci pour le bon fonctionnement des CDR est la présence des médecins agréés, indispensables pour le quorum. A cet effet, une DDASS souligne que **l'absence d'harmonisation entre les Fonctions Publiques** est préjudiciable, alors qu'elle doit gérer les trois fonctions publiques : pour la FPE, un seul médecin est requis pour la détermination du quorum, alors que pour les deux autres FP, il en faut deux.

Plusieurs DDASS et un CDG soulignent le **faible montant des honoraires**, qu'il faudrait sérieusement revaloriser.

Une DDASS, constatant la faible disponibilité des médecins agréés, qui ont une activité libérale, **suggère de relever la limite d'âge des médecins** appelés à siéger en CDR, de 65 à 70 ans. Elle estime que des médecins retraités démontreront tout autant de savoir, mais seraient plus disponibles.

Une DDASS souligne le besoin d'une **formation spécifique des médecins agréés**, ainsi que des médecins experts.

### 2.3.6. La présence des agents en CDR

Plusieurs DDASS s'interrogent sur la pertinence de convoquer les agents, qui sont susceptibles de venir des quatre coins du département, à qui il faut payer des frais de déplacement et qui, si le quorum n'est pas atteint, sont déçus d'être venus pour rien.

Deux CDG signalent en revanche que la convocation engendre des coûts de gestion, mais qu'il est très rare que les agents viennent.

D'autres CDG disent l'inverse, les agents sont présents.

### 2.3.7. Le logiciel de gestion à améliorer

Deux DDASS font état du logiciel de gestion mis à leur disposition **«trop rigide»** : qui ne permet pas de repérer les suppléants, dont les champs disposent de trop peu de caractères de saisie, qui ne permet pas la vision globale de la situation de l'agent.

### 2.3.8 Les dossiers incomplets

Du fait de la multiplicité des employeurs et de la complexité du sujet, les dossiers sont souvent incomplets. Dans la majorité des cas, les DDASS demandent des compléments. Quelques uns seulement renvoient le dossier à la collectivité.

En reprenant les éléments déjà énoncés plus hauts, les DDASS chargées de gérer la CDR des trois fonctions publiques, souhaiteraient une harmonisation de la réglementation :

Sont dits expressément :

- **Harmoniser le nombre de médecins indispensables pour le quorum** : à l'heure actuelle un pour la FPE, deux pour la FPT et la FPH.

- **Harmoniser la durée d'ITT** entre les fonctions publiques : 15 jours pour la FPE et la FPT, 24 h pour la FPH. Une DDASS en effet se plaint du nombre de dossiers écrasant de la FPH, qu'elle juge « inintéressants », car il n'y aura aucune suite statutaire.
- Avoir une doctrine stable et une définition pérenne de l'accident de service et de l'accident de trajet.
- Disposer d'une **circulaire commune** aux trois fonctions publiques.

## **B. Les centres de gestion : l'enquête diligentée par l'association des directeurs de centres départementaux de gestion**

### **1. Les résultats positifs : opinions des CDG ayant choisi de prendre la mission**

27 CDG assurent la mission (avril 2008):

#### **Le coût**

A travers l'enquête diligentée par l'association des directeurs de centres départementaux de gestion, on s'aperçoit que les centres de gestion n'accordent pas tous la même importance à la question du financement.

8 CDG assurent «gratuitement» la mission (ou facturent seulement les honoraires des médecins et les frais de déplacement).

2 CDG assurent «gratuitement» la mission, mais ne gèrent la CDR que pour les agents des collectivités affiliées.

4 CDG l'assurent à titre payant, par exemple 18 € par dossier.

Un CDG n'a pas encore déterminé les modalités financières.

#### **Pour certains, la «gratuité» ne semble pas être un problème.**

Pour les CDG ayant pris la mission et notamment ceux qui ont été auditionnés par le CSFPT, la gestion du secrétariat de la CDR s'inscrit pleinement dans une politique de prévention des risques professionnels. Le centre de gestion gère l'intégralité de la chaîne qui peut conduire à l'accident de service ou à la maladie professionnelle et peut agir et rétroagir dans le cadre de la santé au travail.

Lorsque les CDG font bénéficier les collectivités non affiliées du secrétariat de la CDR, ils s'en rapprochent et, en offrant une prestation de qualité, ils se font connaître des élus.

C'est aussi parce qu'il existe des conventionnements payants pour l'hygiène et la sécurité, la médecine professionnelle et parfois un contrat groupe risques statutaires, que les CDG réussissent à équilibrer les comptes et à «offrir» les prestations de la CDR aux collectivités.

Le recueil devenu possible des données relatives aux accidents de service et maladies professionnelles permet de détecter les collectivités particulièrement fragiles et de déterminer des priorités d'action préventive des risques professionnels.

Le CDG peut devenir ainsi «le guichet unique», l'interlocuteur unique des collectivités en matière de santé au travail et plus globalement en matière de ressources humaines.

Un centre de gestion, en accord avec la Préfecture, assure même le secrétariat du **comité médical départemental à la satisfaction de tous.**

Un CDG estime n'avoir aucune difficulté et évoque également la possibilité et l'utilité d'assurer le secrétariat du comité médical départemental. Les CDG participeraient ainsi à la totalité de la gestion des agents du recrutement à la retraite.

Enfin, l'agent est au cœur des préoccupations et ne s'occupe de rien. Le CDG gère la procédure pour lui.

Les problèmes rencontrés tiennent :

- à la connaissance imparfaite de la réglementation par les collectivités
- aux dossiers incomplets
- aux difficultés évoquées plus haut du quorum
- à la présence des agents
- à la pénurie de médecins et à leur très faible rémunération.

Il est clair qu'un CDG, qui gère la CDR de toutes les collectivités de son département, fort de son expertise statutaire, est plus à même de «normer» et de former les directions des ressources humaines des collectivités.

Les représentants de deux des CDG auditionnés par le CSFPT ont donné une image très positive de leur action et n'ont pas semblé avoir besoin qu'on remette en cause la réglementation.

## **2. Les réticences : opinions des CDG qui ne veulent pas prendre la mission**

Sur 44 CDG qui ont répondu et qui n'ont pas organisé la mission, 26 estiment qu'il faut une compensation financière.

Un CDG explique par ailleurs qu'il n'est pas doté d'un service de prévention.

Un CDG ajoute que la CDR de la DDASS est très bien gérée.

### III. Les propositions du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale

#### 1. Alléger la procédure tout en préservant les intérêts de l'agent

Un projet de décret, préparé par le Ministère de la Santé, présenté à l'Assemblée Plénière du CSFPT du 30 avril 2008, entend supprimer l'obligation de transmission des dossiers à la CDR, lorsque l'employeur reconnaît l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie.

**"La commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration. Lorsqu'elle est amenée à se prononcer sur l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident, l'administration peut, en tant que de besoin, consulter un médecin expert agréé."**

D'après le Ministère de la Santé, ce texte est le fruit d'une longue concertation entre Ministères en 2006 et 2007.

Ce projet de décret a reçu un avis unanimement défavorable de l'Assemblée Plénière du CSFPT.

Le projet qui vise à décharger les DDASS et leur permettre de redéployer les effectifs, en réduisant mécaniquement le nombre de dossiers à examiner, est muet sur les conséquences.

On peut noter déjà formellement, que le décret évoque l'«**administration**» et non l'«**autorité territoriale**».

On peut dégager de ce projet de décret trois problèmes à résoudre : la violation du secret professionnel, l'archivage des dossiers médicaux, l'absence de tiers indépendant de l'employeur.

- La violation du secret professionnel

Puisque le projet de décret prévoit que l'administration peut consulter un médecin agréé, ce qui veut bien dire que l'administration ne peut seule juger d'un problème d'ordre médical, il génère un problème source de contentieux futurs : qui va traiter le dossier et analyser les données médicales ?

L'article 95 du code de déontologie médicale (R4127-95 du code de la santé publique) précise que *«le fait, pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel»*. Le médecin agréé, au terme de l'article 104 du code de déontologie (article R4127-104 du code de la santé publique), ne peut communiquer à l'administration les raisons d'ordre médical : *«le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut ou ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent. Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à un autre organisme»*.

La violation du secret professionnel est réprimée pénalement.

La collectivité doit elle créer un service médical en son sein, ce qui dans une politique de réduction des dépenses publiques serait un non-sens ?

- L'archivage des dossiers

Qui va conserver le dossier médical ? Le médecin agréé, ce qui pose le problème de la continuité, si, par la suite, il n'assure plus cette fonction ? Il n'existe pas d'instance médicale supérieure dans la Fonction Publique.

Par ailleurs, en cas de rechute d'un accident de service plusieurs années après, de quelles garanties dispose l'agent d'avoir bénéficié un dossier instruit dans de bonnes conditions ? De même, après une mobilité ?

C'était la raison d'être de l'existence de la Commission de réforme, d'avoir, parmi ses membres à voix délibérative, des médecins qui statuent sur le dossier tout en préservant le secret de la personne.

- Un tiers indépendant de l'employeur

Les organisations syndicales n'ont pas manqué également de souligner l'absence d'un tiers neutre dans ce dispositif. L'agent est seul face à son employeur, il n'est plus représenté dans une instance composée de représentants du personnel, soucieuse du respect de ses droits.

**Même s'il est patent que les commissions de réforme sont encombrées de dossiers qui n'ont pas grand intérêt et qu'il s'agit parfois d'un examen formel, il faudrait imaginer un système garantissant à l'agent l'instruction de son dossier dans de bonnes conditions ainsi que son archivage.**

**Le Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale propose que, lorsque l'employeur a un doute et serait amené à faire appel à un médecin agréé, le dossier soit alors transmis à la Commission de réforme.**

**Par ailleurs, la Commission de Réforme doit conserver son rôle d'archivage des dossiers et être confirmée explicitement dans sa mission d'instance de recours, lorsque l'agent voit ses droits à réparation lésés.**

## **2. Harmoniser les réglementations entre fonctions publiques**

Soulignées par la Cour des Comptes, les différences de réglementation gênent le bon fonctionnement des CDR, gérées par les DDASS, par exemple le nombre de médecins agréés requis pour le quorum, ou les durées d'ITT différentes pour le passage en CDR.

Les DASS demandaient une **circulaire commune** aux trois FP, avec une définition commune de l'accident de service et de la maladie professionnelle.

**Qu'elles que soient les raisons qui ont présidé à l'instauration de réglementations différentes entre les fonctions publiques, il serait temps de les harmoniser.**

### **3. Simplifier la représentation des employeurs et des agents au sein des CDR**

Peut-on revoir la composition des CDR représentants des employeurs et des agents, notamment pour diminuer le coût des frais de déplacement et les problèmes de présence ?

**Pour la représentation des employeurs, un président de centre de gestion auditionné propose que les élus du centre de gestion représentent les employeurs, dans le cas, bien sur, où le CDG a pris la mission.**

**Pour la représentation des agents, il conviendrait d'ouvrir la possibilité pour les représentants des personnels d'être désignés par les organisations syndicales parmi les membres ou les électeurs des CAP, sans tenir compte des catégories ou groupes hiérarchiques et de permettre que les titulaires aient plus d'un suppléant.**

### **4. Donner aux agents de la fonction publique territoriale les mêmes droits que dans les deux autres fonctions publiques**

Dès 2004, le Médiateur a été saisi de recours d'agents placés en disponibilité d'office, qui attendent une mise en retraite pour invalidité, soit après un congé de maladie ordinaire, soit après un congé de longue maladie ou de longue durée, et qui se retrouvent sans traitement. Cette situation est due à la longueur des procédures et notamment celles relatives aux réunions de la Commission de réforme.

Or une disposition existe dans l'arrêté du 4 août 2004 à l'article 13 :

«Le traitement auquel l'agent avait droit, avant épuisement des délais en cours, à la date de saisie de la commission de réforme, lui est maintenu durant les délais mentionnés et en tout état de cause jusqu'à l'issue de la procédure justifiant la saisie de la commission de réforme».

Le Médiateur souligne que de nombreuses collectivités méconnaissent ces dispositions et qu'en tout état de cause la formulation de cette disposition n'est ni simple ni facilement interprétable.

Cependant, une disposition, qui maintient explicitement un «demi-traitement» en faveur des agents qui attendent une décision de mise en retraite pour invalidité, existe :

- depuis 2000, dans la Fonction Publique d'Etat (articles 27 et 47 du 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).
- depuis 2006, dans la Fonction Publique Hospitalière (articles 17 et 35 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière).

Pour plus de clarté et de lisibilité, il conviendrait de modifier le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 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.

## **5. Améliorer les conditions d'exercice des médecins agréés et valoriser la fonction**

De nombreux intervenants soulignent la faiblesse des honoraires dus aux médecins agréés, qu'il faudrait **revaloriser substantiellement**.

**Par ailleurs, face à la pénurie de médecins dans certaines régions, qui ne va que s'aggraver, on pourrait relever l'âge limite fixé à l'heure actuelle à 65 ans, ce qui permettrait à des médecins de plus de 65 ans de siéger, sachant, par ailleurs, que certains continuent à exercer une activité libérale.**

**On pourrait envisager aussi d'aligner les conditions du quorum sur celles de la Fonction Publique d'Etat, à savoir la présence d'un médecin et non deux.**

Une formation spécifique des médecins agréés est en cours d'élaboration et serait de trois jours, dans le cadre de l'Université.

## **6. Améliorer les conditions d'exercice des médecins de prévention**

Le rapport du médecin de prévention est nécessaire lorsque la CDR statue sur une conséquence statutaire : aménagement de poste, reclassement, invalidité. Dans les faits, est il toujours produit ?

On constate une inégalité de répartition de médecins sur le territoire et une pénurie de médecins dotés de la spécialité médecin du travail.

**Face à la pénurie de médecins du travail, les dispositifs de reconversion de médecins généralistes pratiqués les années précédentes vers la fonction de médecins de prévention présentent un intérêt considérable.**

## **7. Informer et former les membres des CDR**

La réglementation est dense, éparpillée dans de nombreux textes (cf. annexe p. 25).

Un membre de CDR, représentant du personnel, a expliqué que peu de membres connaissent l'existence de l'allocation d'invalidité temporaire (AIT), qui peut être attribuée, lorsque les indemnités de coordination prévues par le code de la sécurité sociale, dues à un fonctionnaire à l'issue de congé de maladie ordinaire, ne peuvent plus être versées (lesdites indemnités de coordination sont en effet versées pendant 3 ans maximum à compter de la date du premier arrêt).

La CNRACL et la CDC organisent des formations de qualité, mais peut être en nombre insuffisant.

**Il conviendrait de donner un caractère obligatoire à la formation des membres représentants du personnel de la CDR qui pourrait être prise en charge par le CNFPT et organisée conjointement avec la CNRACL et la CDC.**

**Un guide à l'intention des membres de la CDR pourrait également être rédigé.**

## **8. Insister sur la professionnalisation des directions des ressources humaines**

Il serait important d'insister sur le respect du secret professionnel, qui n'a pour seul but que de préserver le droit au respect de sa vie privée de l'agent, au «**secret de la personne**». On déplore des faits regrettables comme des rapports médicaux qui sont transmis sous pli ordinaire, voire envoyés par télécopie.

Les DRH devraient être constituées de deux entités bien séparées :

- la gestion de la carrière,
- la gestion des droits médicaux sociaux.

Les personnels devraient être formés au respect du secret de la personne.

**Il faudrait insister sur la formation de l'encadrement intermédiaire et supérieur, à l'occasion notamment des formations d'intégration et de professionnalisation (FIP).**

## **9. Harmoniser les procédures de gestion**

On a parfois l'impression que chaque collectivité réinvente des procédures, réinvente des imprimés, et ce, malgré les modèles-types que la CDC a mis en ligne, par exemple les modèles de Procès verbaux des réunions des CDR.

Or, la moindre erreur de procédure est susceptible de recours.

Par ailleurs, il existerait un **projet du Ministère de la Santé** de mettre en ligne une **base de données**, donnant tout type d'information sur le sujet.

Quand le Centre de gestion est chargé de la CDR, il est en mesure de normer les procédures et de former les gestionnaires de collectivités.

## **10. Optimiser les conditions d'exercice des centres départementaux de gestion**

La Fédération Nationale des Centres de Gestion a réaffirmé sa volonté d'encourager les évolutions vers l'émergence de pôles santé et sécurité au sein des CDG.

Elle a également proposé d'inscrire le secrétariat des commissions de réforme dans un socle commun de prestations des centres de gestion à l'égard de toutes les collectivités, socle adossé à une cotisation spécifique destinée à équilibrer financièrement les services rendus. Cependant, il conviendrait de prévoir un financement pérenne de cette nouvelle mission obligatoire.

Quant à l'ANCDG, elle préconise de prévoir règlementairement que le remboursement des frais que tout centre de gestion peut demander aux collectivités ou un établissement affilié par voie de convention pour leurs agents concernés par le passage en commission de réforme soit étendu dans les mêmes conditions auprès des collectivités territoriales non affiliées à un centre de gestion dans son département.

Le dernier alinéa de l'article 11 de l'arrêté du 4 août 2004 pourrait être remplacé par l'alinéa suivant :

«Lorsque le secrétariat de la commission de réforme est assuré par le centre de gestion dans les conditions prévues à l'article 12, le paiement des frais relatifs au secrétariat est assuré par ce centre qui se fait ensuite rembourser par la collectivité ou l'établissement auquel appartient l'agent selon des modalités définies par convention. Dans ce cas, les collectivités territoriales non affiliées participent au paiement des frais susvisés au prorata des dépenses engagées pour leur compte par le centre de gestion dans le cadre du secrétariat de la commission de réforme».

Dans l'attente d'une modification législative, cette dernière proposition semble plus aisée à mettre en place, à titre transitoire.

## **11. Obtenir des données de sinistralité du travail dans les fonctions publiques au niveau national**

La Cour des Comptes dans son rapport de 2005 constatait l'absence de données nationales permettant de conduire une politique de prévention.

La Cour suggérait que les secrétariats des commissions de réforme établissent systématiquement un rapport statistique d'activité annuel donnant lieu à une synthèse nationale destinée aux conseils supérieurs des fonctions publiques.

Maintenant, cette suggestion est définitivement obsolète si les CDR ne sont plus destinataires de l'intégralité des dossiers d'accidents ou de maladies.

La Cour observait également que les rapports de médecine professionnelle devaient être transmis au CSFPT, mais qu'il n'y avait pas trace d'un débat au sein du CSFPT. Cependant, malgré la mesure règlementaire qui fait du CSFPT le destinataire de ces rapports, il faut se poser la question de qui serait susceptible d'analyser des données à caractère médical puisqu'il n'y a pas dans la Fonction Publique d'équivalent de l'Inspection médicale du travail. Cette disposition ne peut en l'état actuel de la réglementation trouver d'application.

La Cour des comptes a souligné que la Fonction Publique en général ne dispose pas de données significatives sur la sinistralité du travail et ne pouvait fournir des données significatives à Euro stat.

Une piste cependant s'est ouverte grâce au logiciel «**Prorisqu**», développé par la Caisse des Dépôts et Consignations, qui est disponible sur le site de cette institution, à titre gratuit, et qui permettra aux collectivités de saisir de façon uniforme leurs accidents de service et maladies professionnelles.

Le problème à résoudre sera d'adapter «Prorisqu» aux systèmes de gestion informatique des ressources humaines des collectivités, commercialisés par des entreprises qui entendent faire payer cette adaptation.

**Le Fonds de Prévention des Risques Professionnels géré par la CDC ne pourrait-il pas financer l'adaptation ?**

Enfin, la Direction Générale de l'administration de la Fonction Publique (DGAFP) aurait l'intention de collationner des données sur la sinistralité du travail et il faudrait s'assurer que le recueil des données qu'elle prévoit sera compatible avec celui de «Prorisqu».

La FS n°4 a pris l'initiative d'inviter la DGAFP en septembre 2007, afin d'assister à la démonstration du logiciel «Prorisqu».

## Conclusion

Un des participants aux auditions avait bien exprimé le sens de l'étude menée par la FS n°4 sur la commission de réforme : l'agent doit être au cœur du dispositif. C'est l'agent qui ne doit pas être victime de retard dans l'examen de sa situation, c'est son intérêt qui doit guider toute proposition de modification du dispositif législatif et réglementaire et non pas des préoccupations financières, à savoir réduire les dépenses de personnel de l'Etat.

C'est pourquoi, les intervenants émanant des centres de gestion ont démontré que, même à réglementation constante, le service offert à l'agent et aux collectivités est de qualité. Les CDG, qui assurent la mission de secrétariat de la commission de réforme, ont un rôle moteur dans la gestion des ressources humaines dans leur département. De plus, le constat de la sinistralité du travail leur permet d'exercer en retour des actions ciblées de prévention.

Il reste cependant à résoudre le problème des ressources. Est-il juste de transférer une mission sans les financements correspondants ?

Ces considérations financières aussi légitimes soient-elles sont elles un obstacle insurmontable alors que tous les acteurs reconnaissent l'urgence qui s'attache à améliorer le fonctionnement des commissions de réforme ?

Telles sont les questions qui se posent et au sujet desquelles la Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale peut prendre position et faire des propositions d'aménagement du dispositif réglementaire :

- Alléger la procédure tout en préservant les intérêts de l'agent
- Harmoniser les réglementations entre fonctions publiques
- Simplifier la représentation des employeurs et des agents au sein des CDR
- Donner aux agents de la fonction publique territoriale les mêmes droits que dans les deux autres fonctions publiques
- Améliorer les conditions d'exercice des médecins agréés et rendre la fonction attractive
- Améliorer les conditions d'exercice des médecins de prévention
- Informer et former les membres des CDR
- Insister sur la professionnalisation des directions des ressources humaines
- Harmoniser les procédures de gestion
- Optimiser les conditions d'exercice des centres départementaux de gestion
- Obtenir des données de sinistralité du travail dans les fonctions publiques au niveau national

## Annexes

### Personnalités auditionnées

- Madame Sylvie Le Saux, responsable du service des risques professionnels au sein de la DSR, Caisse des dépôts et consignations
- Madame Catherine BUI, chef de projet «Prorisqu» (Caisse des dépôts et consignations).
- M. Jean-Yves Morel, expert, Caisse des dépôts et consignations.
- Professeur Alain Domont, professeur de santé publique.
- M. Michel Hiriart, président du centre de gestion des Pyrénées Atlantiques.
- M. Daniel Videlo, responsable du secrétariat de la CDR, CIG petite Couronne.
- M. Philippe Bielec, CNAM TS.
- Madame Christine Levasseur, CNAM TS.
- M. Dominique Durand, historien.
- Madame Pascale Cornu, directrice du centre de gestion du Bas-Rhin.
- Monsieur Philippe Boinet, directeur du service santé travail au Centre départemental de gestion des Côtes d'Armor.
- Madame Catherine Le Put, Centre de Gestion du Rhône, Directrice des missions optionnelles.
- Monsieur Victor Fornito, préventeur, Centre de Gestion du Rhône.
- M. Philippe Renauld, directeur de Dexia Sofcap.

## Liste des sigles utilisés

ANCDG	association des directeurs de centres de gestion
ATI	allocation temporaire d'invalidité
CDC	caisse des dépôts et consignations
CDG	centre départemental de gestion
CDR	commission départementale de réforme
CNRACL	caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CSFPT	conseil supérieur de la fonction publique territoriale
DGAFP	direction générale de l'administration de la Fonction Publique
FS n°4	Formation spécialisée n°4 du conseil supérieur de la Fonction Publique territoriale, traitant des affaires sociales
FNCDG	fédération nationale des centres de gestion
FPE	fonction publique de l'Etat
FPT	fonction publique territoriale
FPH	fonction publique hospitalière
ITT	incapacité temporaire totale de travail

## Textes législatifs et réglementaires

### Cas de consultation de la commission de réforme au titre des indisponibilités physiques (source CIG Grande Couronne)

Références		Cas de consultation	Initiative de la saisine	Caractère de la saisine	Objet de la saisine
Textes	Articles				
Loi 84-53 du 26 janvier 1984	57-2° alinéa 2	<b>Accident de service ou acte de dévouement</b>			
Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987	Art 16 dernier alinéa	Arrêt supérieur à 15 jours	Agent	Obligatoire	Reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident et demande de congé
		Sans arrêt ou arrêt égal ou inférieur à 15 jours	Autorité territoriale	Obligatoire	Reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident si refus de reconnaissance par l'autorité territoriale
Décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 et Arrêté du 4 août 2004	31  21 et 22	Prise en charge des frais	Autorité territoriale	Facultatif	Contrôle sur l'utilité et le montant des frais
		Nouvel arrêt après consolidation (rechute)	Agent	Obligatoire	Imputabilité à l'accident du nouvel arrêt
		A l'issue du congé	Autorité territoriale ou agent	Obligatoire	Aptitude ou inaptitude et séquelles
<b>Code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR)</b>	L 27	Au terme d'un an consécutif d'arrêt	Autorité territoriale	Facultatif	Aptitude ou inaptitude Si inaptitude définitive, faire un dossier de mise à la retraite d'office pour invalidité résultant du service
Loi 84-53 du 26 janvier 1984	57-2° alinéa 2	<b>Maladies contractées en service</b>			

Références Textes		Cas de consultation Articles	Initiative de la saisine	Caractère de la saisine	Objet de la saisine
Arrêté du 4 août 2004	21	Réalité et imputabilité au service de la maladie	Agent	Obligatoire	Reconnaissance de l'imputabilité au service de la maladie
Décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 et Arrêté du 4 août 2004	31 21 et 22	Prise en charge des frais	Autorité territoriale	Facultatif	Contrôle sur l'utilité et le montant des frais
		Nouvel arrêt après consolidation (rechute)	Agent	Obligatoire	Imputabilité à la maladie du nouvel arrêt
		A l'issue du congé	Autorité territoriale ou agent	Obligatoire	Aptitude ou inaptitude et séquelles
CPCMR	L 27	Au terme d'un an consécutif d'arrêt	Autorité territoriale	Facultatif	Aptitude ou inaptitude. Si inaptitude définitive, faire un dossier de mise à la retraite d'office pour invalidité résultant du service
Décret 2005-442 du 2 mai 2005	3	<b>Dispositions communes</b>			
		Date de consolidation si arrêt	Autorité territoriale	Obligatoire	Fixer la date de consolidation officielle. Apprécier les séquelles
Code des communes	L 417-8 et L 417-9	Allocation temporaire d'invalidité (ATI)			

Références		Cas de consultation	Initiative de la saisine	Caractère de la saisine	Objet de la saisine
Textes	Articles				
Décret 2005-442 du 2 mai 2005	6	Suite à demande de l'agent : - taux inférieur à 10 % si contestation de l'agent - taux supérieur à 10 % - pour maladie contractée en service quel que soit le pourcentage du taux d'invalidité	Autorité territoriale	Obligatoire	- Réalité des infirmités invoquées. - Imputabilité au service des infirmités. - Taux d'invalidité
	9 alinéa 1	Révision quinquennale obligatoire : - si contestation du taux par l'agent - si aggravation ou réduction de la gravité des séquelles	Autorité territoriale	Obligatoire	Fixer le nouveau taux d'invalidité
	9 alinéas 2 et 3	Révision quinquennale sur demande	Agent	Obligatoire	Fixer le nouveau taux d'invalidité
	10	Révision en cas de nouvel accident	Autorité territoriale	Obligatoire	- Réalité des infirmités invoquées. - Imputabilité au service des infirmités. - Taux d'invalidité
Décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 et Arrêté du 4 août 2004	31 21 et 25	Aménagement du poste de travail	Agent ou autorité territoriale	Obligatoire	Appréciation de l'aptitude à occuper un poste adapté à l'état de santé de l'agent

Références		Cas de consultation	Initiative de la saisine	Caractère de la saisine	Objet de la saisine
Textes	Articles				
Décret 85-1054 du 30 septembre 1985 et Arrêté du 4 août 2004	1er 21	Changement d'affectation	Agent ou autorité territoriale	Obligatoire	Avis sur le changement d'affectation sur un poste conforme à l'état de santé du fonctionnaire
Loi 84-53 du 26 janvier 1984	57-4° bis alinéa 2	Mi-temps thérapeutique temps partiel thérapeutique	Agent	Obligatoire	- Octroi - Renouvellement
Arrêté du 4 août 2004	21	Reclassement pour inaptitude physique	Agent ou autorité territoriale	Obligatoire	Appréciation de l'inaptitude après un congé pour accident de service, un congé pour maladie professionnelle ou pour congé de longue durée prolongée
Décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 et Arrêté du 4 août 2004	31 et 36  18	Retraite pour invalidité après congé pour accident de service ou pour maladie contractée en service	Agent ou autorité territoriale	Obligatoire	Avis sur le caractère définitif de l'inaptitude et fixation du taux d'invalidité pour mise à la retraite pour invalidité
Décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 et Arrêté du 4 août 2004	31 et 39  18	Retraite pour invalidité ne résultant pas du service	Agent	Obligatoire si moins de 25 ans de services valables pour la retraite	Avis sur le caractère définitif de l'inaptitude et fixation du taux d'invalidité pour mise à la retraite pour invalidité
			ou autorité territoriale	Obligatoire	
Décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003	35	Réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité	Autorité territoriale	Obligatoire	Avis sur l'aptitude à reprendre l'exercice des fonctions

Références		Cas de consultation	Initiative de la saisine	Caractère de la saisine	Objet de la saisine
Textes	Articles				
<b>Loi 84-53 du 26 janvier 1984</b>	57-4°alinéa 2	Affectations contractées en service ouvrant droit à congé de longue durée prolongée	Agent ou autorité territoriale	Obligatoire	Reconnaissance de l'inaptitude au service de l'affection puis envoi au comité médical supérieur : - octroi du CLD prolongé - renouvellement du CLD - aptitude ou inaptitude à l'issue
<b>Loi 84-53 du 26 janvier 1984</b>	57-9°	Affections ouvrant droit à congé pour infirmités de guerre	Agent	Obligatoire	Inaptitude ou non de l'indisponibilité à des infirmités de guerre : - octroi - renouvellement
<b>Décret 60-58 du 11 janvier 1960</b>	6	Allocation d'invalidité temporaire (AIT)	Agent	Obligatoire	Appréciation de l'état d'invalidité et classement dans un groupe - Attribution des prestations en nature- Attribution de l'AIT - Maintien de l'AIT- Majoration pour tierce personne

## LISTE DES RAPPORTS DU CSFPT

1. **"LES DIPLOMES DE LA VIE (REP et VAE)"**  
Rapporteur : Henri JACOT - FS1 - Séance plénière du 22/10/2003
2. **"REUSSIR LA MUTATION DE LA FPT – 20 ans après sa création"**  
Rapporteur : Henri JACOT - FS1 - Séance plénière du 14/04/2004
3. **"RAPPORT D'ORIENTATION SUR LE DROIT SYNDICAL"**  
Rapporteur : Daniel LEROY - FS4 - Séance Plénière du 07/07/2004
4. **"SEUILS ET QUOTAS"**  
Rapporteur : Jean-Claude LENAY - FS3 - Séance plénière du 07/07/2004
5. **"ENJEUX ET DEFIS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE dans la FPT"**  
Rapporteur : Serge BECUWE - FS2 - Séance plénière du 07/07/2004
6. **"POUR UNE OBSERVATION PARITAIRE DE L'EMPLOI PUBLIC TERRITORIAL"**  
Rapporteur : Henri JACOT – FS1 – Séance plénière du 27/10/2004
7. **"VERS UNE MODERNISATION DES EXAMENS PROFESSIONNELS DE LA FPT"**  
Rapporteur : Serge BECUWE – FS2 – Séance plénière du 06/07/2005
8. **"LES FILIERES SOCIALES, MEDICO-SOCIALE, MEDICO-TECHNIQUE"**  
Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 19/10/2005
9. **"LIBERTE INEGALITE FRATERNITE "**  
Rapporteur : Evelyne BOSCHERON – FS5 – Séance plénière du 21/12/2005
10. **"ASSISTANTS MATERNELS ASSISTANTS FAMILIAUX : EVOLUER POUR PREPARER L'AVENIR"**  
Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 25/10/2006
11. **"L'ACTION SOCIALE DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE"**  
Rapporteur : Daniel LEROY - FS4 - Séance Plénière du 25/10/2006
12. **"LA RECONNAISSANCE DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE"**  
Rapporteur : Serge BECUWE – FS2 - Séance Plénière du 11/04/2007
13. **"ETUDE SUR LE DIALOGUE SOCIAL DANS LA FPT"**  
Réalisée par les élèves administrateurs de l'INET (promotion MONOD) - Séance Plénière du 04/07/2007
14. **"POUR UNE VISION COORDONNEE DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE"**  
Rapporteur : Henri JACOT - FS1 - Séance plénière du 28/11/2007
15. **"LA FILIERE CULTURELLE"**  
Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 20/02/2008

**Rapports téléchargeables sur le site internet du CSFPT :**

[www.csfpt.org](http://www.csfpt.org)