Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSEIL SUPÉRIEUR
Fonction • Publique • Territoriale

Les nouveaux conseils médicaux et leurs effets sur les agents dans la Fonction Publique Territoriale

Séance Plénière du 18 novembre 2026

Rapporteure : Madame Roselyne BIENVENU, Présidente de la FS4

Conseil supérieur de la fonction publique territoriale – Direction Générale des Collectivités Locales

Place Beauvau – 75800 PARIS Cedex 08

Tél. : 01.53.43.84.10 – Site internet : www.csfpt.org

Table des matières

INTRODUCTION....4

I. CADRE JURIDIQUE, REGLEMENTAIRE ET FONCTIONNEMENT TEL QUE PRECISE PAR LE DECRET N°2022-350 DU 11 MARS 2022 7

A. **Présentation des instances médicales** 7

1. **Règles communes aux deux formations**....7

2. **Rôle des médecins agréés.**....8

2.a- Contrôle médical 8

2.b- Expertises médicales....8

2.c- Participation aux instances médicales 8

3. **Le secrétariat du conseil médical : un acteur incontournable** 9

B. **Le conseil médical en formation restreinte** 9

1. **Composition** 9

2. **Fonctionnement** 9

3. **Attributions**....9

C. **Le conseil médical en formation plénière** 10

1. **Composition** 10

2. **Fonctionnement** 10

3. **Attributions**....11

D. **Le conseil médical supérieur**....11

E. **Missions dévolues aux services gestionnaires des collectivités, motifs hors saisine du conseil médical**....13

II. IMPACTS DE LA NOUVELLE REGLEMENTATION 14

A. **Effets souhaités par la réforme/philosophie du texte** 14

B. **Perception par les acteurs**....14

1. Les représentants du personnel et les agents 14

1.a- La formation et l'information des représentants du personnel, leurs niveaux de compétences pour siéger et accompagner l'agent....15

1.b- La connaissance des agents des instances, des procédures et de l'accompagnement syndical..16

1.c- La réalisation des expertises médicales et le vécu des agents. 16

1.d- Les difficultés dans la constitution du dossier 17

1.e- L'article 4 du décret 2022-350 est-il appliqué en conseil médical en formation plénière? 17

2. Les centres de gestion et les secrétariats des conseils médicaux 23

2.a- L'enquête de la FNCDG 23

2.b- Le CIG Petite Couronne a rendu compte de son expérience 25

2.c- Le service médical du SDIS 83 a livré un témoignage de terrain. 26
2.d- Evolution du rôle des secrétariats des conseils médicaux 26
3. Les employeurs 28
4. La Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales 29
5. Le conseil médical supérieur 31
6. Les médecins 31
6.a- Témoignage d'un médecin du travail/SDIS 83 32
6.b- Témoignage du Docteur Faivre 33
6.c- Témoignage du Docteur Le Seac'h 34
6.d- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins 34
III. PRECONISATIONS 35
1. Egalité de traitement, rappel réglementaire, harmonisation des pratiques 35
2. Accès aux pièces, transmission des informations préalables 35
3. Formation de tous les acteurs (Elus, représentants du personnel, médecins, agents services support, administration) 35
4. Accompagnement des agents 36
5. Evolution vers de nouveaux droits et de nouvelles procédures 36
6. Rôle et valorisation des professionnels de santé 36
RECAPITULATIF DES 17 PRECONISATIONS 37
CONCLUSION 38
ANNEXES 42
Annexe 1 : liste des établissements et structures institutionnelles auditionnes au cours de la préparation du présent rapport 42
Annexe 2 : Enquête de la FNCDG sur les conseils médicaux/juillet 2024 43
Annexe 3 : Eléments de réponse du groupe Relyens 56
CONTRIBUTIONS 70
LISTE DES RAPPORTS ET NOTES DU CSFPT 92

INTRODUCTION

L'ensemble des instances médicales et de la procédure médicale est encadré par le décret n°87-602 du 30 juillet 1987[1] 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 conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux.

Le Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale s'est penché à deux reprises sur la question des instances et acteurs de la procédure médicale dans la Fonction Publique Territoriale :

- Un rapport sur la Commission de Réforme Départementale en 2008 ;
- Un rapport, dans le cadre d'un groupe de travail, sur les médecins territoriaux en 2013.

Le rapport sur la Commission Départementale de Réforme faisait suite à un rapport de la Cour des Comptes en 2005 qui soulignait les difficultés d'exercice de cette instance, la lenteur de la procédure due à un nombre important de dossiers et à la complexité de la réglementation.

En 2008, le CSFPT formulait déjà de nombreuses préconisations pour améliorer le fonctionnement de cette commission. Nous pouvons citer, entre autres, l'allégement de la procédure, l'harmonisation des réglementations entre les trois fonctions publiques, l'amélioration des conditions d'exercice des médecins agréés et des médecins de prévention, l'information et la formation des membres de la Commission de Réforme ou encore l'optimisation des conditions d'exercice des centres de gestion.

Certaines mesures ont été mises en application, comme l'harmonisation des réglementations entre les trois fonctions publiques et surtout la centralisation des secrétariats des conseils médicaux auprès des centres de gestion, grâce à la loi n°2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique modifiant l'article 23 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

Le rapport relatif aux médecins territoriaux, mettait également en exergue dès 2013 des modalités de recrutement à réviser pour faire face à la pénurie de médecins et une formation à renforcer.

Enfin, dans un rapport de diagnostic publié en mars 2017 consacré à l'*« Evaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique »,* l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)[2] avait constaté que l'organisation générale des comités médicaux et des commissions de réforme était complexe, générateur de lourdeurs et de délais accrus. Les instances apparaissaient nombreuses, fragmentées, sans réelle mesure de l'activité, caractérisées par des procédures au formalisme excessif.
Des difficultés dans le fonctionnement de ces instances entraînaient des conséquences sur la situation des agents.
L'IGAS avait ainsi préconisé 4 scénarios pour faire évoluer le dispositif. :

- *Le premier scénario procédait à l'allègement significatif des cas de saisines et des procédures. Il assouplissait et simplifiait l'organisation des instances et sécurisait le financement du dispositif.*
- *Le second scénario recentrait les instances sur une approche purement médicale par la création d'une commission médicale unique et proposait de confier à une instance différente le dialogue avec les organisations syndicales, notamment sur les situations d'invalidité et de reclassement professionnel. Il envisageait par ailleurs la fusion des congés de longue maladie et longue durée dans un but de simplification et s'interrogeait sur l'opportunité de la création d'une invalidité de type I.*
- *Le troisième scénario proposait ainsi le passage à un contrôle a posteriori propre à la fonction publique. Le cadre juridique et statutaire des congés maladie restait distinct du régime du privé avec*

[1] Décret n°87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux - Légifrance
[2] « Evaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique/Rapport de diagnostic » RAPPORT TOMES 1 et 2/IGAS N°2016-128R/IGA N°16088-RI/IGF N°2016-M-084/IGAENR N°2017-011

le maintien d'une instance spécifique. Il impliquait la création d'une médecine de contrôle de la fonction publique et fait de la commission médicale du scénario deux une instance de recours ou d'examen des maladies professionnelles hors tableau.

- *Le quatrième scénario envisageait la mutation du système, en convergence avec le régime général. Il impliquait un transfert à l'assurance maladie et à son service médical de contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires et l'instauration d'une cotisation des employeurs publics reliée à la sinistralité au travail.*

Les questions soulevées en 2008 par le CSFPT lors de son étude sur la Commission Départementale de Réforme puis en 2017 dans le rapport de l'IGAS restent d'actualité. Les délais de prise en charge (traitement des dossiers, rendez-vous médicaux), la pénurie de médecins, le vieillissement de la population ont encore été régulièrement mis en avant par les différents intervenants.

La création des conseils médicaux issue de l'ordonnance n°2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique[3] et du décret n°2022-350 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la fonction publique territoriale[4] était donc très attendue.

Lors de la réunion de la FS4 du CSFPT le 22 mai 2024, un thème d'auto-saisine a été déterminé puis validé en Bureau le 29 mai 2024 : « l'évaluation du fonctionnement des nouveaux conseils médicaux et les effets produits sur les agents ». En effet, 2 ans après l'application du décret, il est apparu judicieux d'évaluer l'impact de la réforme des instances médicales sur les différents acteurs : employeurs, services gestionnaires, agents, professionnels de santé et représentants du personnel.

L'autosaisine a pour objectif principal d'apporter une appréciation sur le fonctionnement, sur l'organisation, les procédures et le champ de compétences des conseils médicaux afin de proposer les modifications réglementaires nécessaires.

Entre mai 2024 et octobre 2026, la FS4 du CSFPT s'est réunie à 20 reprises. Outre les membres de la FS, des experts ont été conviés à participer aux travaux.

De plus, la Fédération Nationale des Centres de Gestion a lancé une enquête au cours de l'été 2024 sur l'activité et le fonctionnement des conseils médicaux dans les centres de gestion[5]. Les conclusions de cette enquête tant quantitatives que qualitatives ont été présentées aux membres de la FS4 lors des réunions des 18 septembre et 9 octobre 2024.
Par la suite, plusieurs auditions ont été réalisées et de nombreuses contributions écrites ont alimenté ce rapport.
Enfin, un conséquent travail d'enquête sur la base de questionnaires a été mené par les membres des organisations syndicales de la FS4 auprès des agents et des représentants du personnel pour recueillir leur évaluation sur le fonctionnement de ces nouvelles instances médicales.

En termes de méthodologie, il convient de préciser que toutes les demandes d'auditions et de contributions ont été travaillées sur la base de grilles d'entretien et de questions élaborées par l'ensemble des membres de la FS4.

Tant les échanges que la récolte des données ont conduit au présent document structuré comme suit :

La première partie présente le cadre juridique et réglementaire des conseils médicaux et leur fonctionnement.

[3] Ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique - Légifrance
[4] Décret n° 2022-350 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la fonction publique territoriale - Légifrance
[5] Enquête de la FNCDG sur l'activité et le fonctionnement des conseils médicaux dans les centres de gestion/juillet 2024

La deuxième partie expose les effets induits par la nouvelle réglementation sur la situation des agents et des différents acteurs intervenant dans la procédure, médecins, représentants du personnel ou agents en charge de la gestion des dossiers dans les secrétariats des conseils médicaux.

La troisième partie formalise les propositions d'améliorations réglementaires via des préconisations.

Avant de développer notre propos, il convient de souligner que malgré les différentes études menées et la réforme diligentée en 2022, l'appréhension du fonctionnement des instances médicales dans la Fonction Publique reste difficile pour la totalité des acteurs, tant pour les employeurs, que pour les services gestionnaires, les agents, les professionnels de santé et les représentants du personnel.

Le nombre croissant de mises à la retraite des agents pour invalidité constaté par la Caisse des Dépôts et Consignations dans l'Etude n°43 des Questions Politiques et Sociales parue en février 2025[6] corrobore cette analyse. Le nombre de fonctionnaires territoriaux et hospitaliers liquidant une pension au titre de l'invalidité a augmenté de plus de 50% entre 2010 et 2019 passant de 5 400 à 8 300 dossiers avant de se stabiliser autour de 7 000 par an entre 2020 et 2023.

[6] CDC/QPS/Les études « Retraite, grand âge, carrière/emploi/risques professionnels/n°43-Février 2025/Les études n°43 - Février 2025

I.CADRE JURIDIQUE, REGLEMENTAIRE ET FONCTIONNEMENT TEL QUE PRECISE PAR LE DECRET N°2022-350 DU 11 MARS 2022

A. Présentation des instances médicales

Les conseils médicaux sont des instances consultatives composées de médecins agréés (formation restreinte) ou de médecins agréés, représentants de l'administration et du personnel (formation plénière). Ils interviennent sur les maladies non professionnelles (formation restreinte) et les accidents/maladies professionnelles ou invalidité (formation plénière).

Les conseils médicaux sont consultés pour diverses situations médicales des agents, notamment :

- L'octroi et le renouvellement des congés de longue maladie ou de longue durée.
- La mise en disponibilité d'office pour raison de santé.
- Le reclassement dans un autre emploi en cas d'altération de l'état de santé.

Un conseil médical est institué dans chaque département. Il peut se réunir en formation restreinte et en formation plénière.

1. Règles communes aux deux formations

Le président du conseil médical est un médecin désigné par le préfet parmi les médecins titulaires, chargé de présider et d'instruire les dossiers médicaux soumis au conseil.

Le président du conseil médical assure la présidence de l'instance consultative qui émet des avis sur la situation administrative des agents en cas de maladie ou d'incapacité. Il est responsable de l'instruction des dossiers médicaux et peut confier cette tâche à un autre médecin membre du conseil. Il supervise également le secrétariat du conseil, qui est placé sous son autorité.

Le président dirige les réunions, instruit les dossiers et peut solliciter l'avis de médecins agréés pour expertise.

En résumé, le président du conseil médical joue un rôle central dans la gestion des avis médicaux pour la fonction publique, censé garantir la rigueur, l'impartialité et le respect des droits des agents lors de l'examen de leur situation administrative.

Les médecins membres du conseil médical doivent être agréés par l'Agence Régionale de Santé, c'est à dire figurer sur une liste valable trois ans. Auparavant, les qualités des médecins spécialistes ou généralistes étaient expressément prévues par les textes. Cette précision a disparu avec le décret n°2022-350.

Le conseil médical dispose d'un secrétariat placé sous l'autorité de son président, qui est assuré par le centre de gestion pour toutes les collectivités affiliées, de manière obligatoire ou volontaire, ou adhérentes au socle, et dans les autres cas, par chaque collectivité ou établissement en relevant.

Le conseil médical est saisi pour avis par l'autorité territoriale ou à la demande du fonctionnaire.

Lorsque l'agent sollicite une saisine, l'autorité territoriale dispose d'un délai de trois semaines pour la transmettre au secrétariat de cette instance. A l'expiration de ce délai, le fonctionnaire peut faire parvenir un double de sa demande directement au secrétariat.

Le conseil médical peut prescrire des visites de contrôle pour les agents placés en congé longue maladie, congé longue durée ou congé pour invalidité temporaire imputable au service. L'agent doit s'y soumettre sous peine d'interruption de sa rémunération et, en cas de refus répétés, de perdre le bénéfice du congé (article 34 du décret n°87-602).
Les examens prescrits sont à la charge de la collectivité.

Le fonctionnaire peut présenter des observations écrites et fournir des certificats médicaux. Il peut être accompagné ou représenté par une personne de son choix.
Le fonctionnaire intéressé peut être entendu si les membres le jugent utile.

Les avis sont émis à la majorité des membres présents et représentés. En cas d'égalité des votes, le président a voix prépondérante.

Le conseil médical est une instance consultative. Il donne un avis à l'autorité territoriale qui a toujours compétence pour prendre la décision sauf en cas de condition d'aptitude à la reprise des fonctions.

L'avis du conseil médical est notifié à l'autorité territoriale et à l'agent par le secrétariat du conseil médical.
En retour, l'autorité territoriale doit informer le conseil médical des décisions qui sont rendues sur son avis, et les motiver en droit et en fait, en particulier lorsque cet avis n'est pas suivi.

2. Rôle des médecins agréés.

Les médecins agréés sont des praticiens désignés par le préfet, sur proposition du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), et après avis du Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Leur agrément est valable trois ans, renouvelable. Ils figurent sur une liste départementale accessible via les sites des ARS, préfectures ou centres de gestion.

Les missions principales sont les suivantes :

2.a- Contrôle médical

Les médecins agréés vérifient le bien-fondé des arrêts maladie (maladie ordinaire, longue maladie, longue durée, congé pour invalidité temporaire imputable au service). Ils réalisent des visites de contrôle à la demande de l'employeur. Un contrôle est obligatoire après six mois consécutifs de congé maladie ordinaire ou annuellement pour les congés de longue maladie ou de longue durée.

2.b- Expertises médicales

Ils évaluent l'aptitude physique à l'entrée dans la fonction publique, ils prononcent un avis sur demande sur les prolongations de temps partiel thérapeutique, les demandes de reclassement, de retraite pour invalidité ou de consolidation après accident ou maladie professionnelle.

2.c- Participation aux instances médicales

Les médecins agréés désignés, dont le Président, siègent dans les conseils médicaux qui rendent des avis sur les droits à congés pour raison de santé, invalidité, etc. Ils ne peuvent siéger dans une instance s'ils ont réalisé l'expertise du cas concerné.

Les médecins agréés doivent respecter strictement le secret médical. Les informations médicales ne sont pas transmises à l'administration. Seules les conclusions administratives sont communiquées, sans mention des raisons médicales.

Limites de compétence : les médecins agréés ne sont pas compétents pour les agents sous contrat de droit privé (exemples : contrats aidés, apprentis). Ces derniers relèvent du médecin du travail.

3. Le secrétariat du conseil médical : un acteur incontournable

Depuis la loi n°2012-347 du 12 mars 2012, les secrétariats des conseils médicaux sont placés auprès des CDG pour toutes les collectivités affiliées de manière obligatoire ou volontaire ou adhérentes au socle, et dans les autres cas, auprès de chaque collectivité ou établissement en relevant[7].

Les missions des secrétariats des conseils médicaux sont les suivantes :

- Préparation des dossiers à soumettre au conseil ;
- Organisation des réunions (convocations, logistique) ;
- Suivi administratif des avis rendus ;
- Communication avec les services des ressources humaines des collectivités ;
- Archivage et gestion documentaire.

Ils sont les garants du respect des délais réglementaires pour l'instruction des dossiers, du secret médical et assurent une veille juridique sur les évolutions du droit statutaire et médical. Ce rôle a été renforcé par la réforme de 2022.

Les secrétariats des conseils médicaux vérifient systématiquement les pièces justificatives et consolident une communication fluide avec les médecins agréés et la traçabilité des échanges et décisions.

B. Le conseil médical en formation restreinte

1. Composition

Le conseil médical en formation restreinte est composé de trois médecins titulaires et de trois suppléants, désignés par le préfet.

2. Fonctionnement

En cas de saisine de la formation restreinte, le secrétariat du conseil médical, placé auprès du centre de gestion ou de la collectivité, informe l'agent de la date de passage de son dossier, de son droit à consultation du dossier et des voies de contestations devant le conseil médical supérieur.

Deux membres au moins doivent être présents pour que le conseil médical se réunisse en formation restreinte.

3. Attributions

Les attributions du conseil médical en formation restreinte (article 5 du décret n°87-602) :

- L'octroi d'une première période de congé de longue maladie ou de longue durée ;
- La réintégration à expiration des droits à congés pour raison de santé (congé maladie ordinaire (1 an), congé de longue maladie (3 ans) ou de longue durée (5 ans) ;
- La réintégration à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée lorsque le bénéficiaire de ce congé exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières ou lorsqu'il fait l'objet de la procédure prévue à l'article 24 du décret n°87-602, à savoir l'attribution d'un congé de longue maladie ou de longue durée « d'office » après saisine du conseil médical par l'autorité territoriale, au vu d'une attestation médicale ou sur le rapport des supérieurs du fonctionnaire concerné ;
- La mise en disponibilité d'office pour raison de santé, son renouvellement et la réintégration à l'issue d'une période de disponibilité pour raison de santé ;
- Le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une altération de l'état de santé du fonctionnaire (article L. 826-3 du CGFP) ;

[7] Art 113 LOI n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique - Légifrance

- L'octroi des congés pour infirmité de guerre ;
- Tous les autres cas prévus par les textes réglementaires (réintégration sur un autre emploi du grade, congé de grave maladie, etc…).

Le décret n°2026-705 du 29 juillet 2026[8] est venu abroger le 2° de l'article 5.1. A compter du 1er septembre 2026, la saisine du conseil médical en formation restreinte est supprimée en cas de renouvellement d'un congé de longue maladie ou d'un congé de longue durée après expiration de la période rémunérée à plein traitement.

En cas de recours :

- Admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières ;
- Octroi, renouvellement d'un congé pour raisons de santé, réintégration et bénéfice d'un temps partiel thérapeutique ;
- Examen médical prévu en cas de contre-expertise (congé de maladie ordinaire, de longue maladie, de longue durée, invalidité temporaire imputable au service) ;
- Contestation des conclusions du médecin agréé en cas de temps partiel thérapeutique par l'administration ou le fonctionnaire (art 3 du décret n°2026-705/ application à compter du 1er août 2026).

C. Le conseil médical en formation plénière

1. Composition

Le conseil médical en formation plénière est composé de :

- Trois médecins titulaires et autant de suppléants ;
- Deux représentants du personnel et autant de suppléants ;
- Deux représentants des collectivités et établissements et autant de suppléants.

2. Fonctionnement

Le secrétariat du conseil médical, placé auprès du centre de gestion ou de la collectivité, doit se voir communiquer toutes les pièces nécessaires pour se prononcer, notamment en cas de saisine sur l'octroi d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS).

En cas de saisine de la formation plénière, le secrétariat du conseil médical informe l'agent de la date de passage de son dossier, de son droit à consultation du dossier et de son droit à être entendu par le conseil médical.

Lorsqu'il siège en formation plénière, le conseil médical dispose de tout témoignage, rapport et constatation propre à éclairer son avis. Il peut demander à l'autorité territoriale de procéder à toute mesure d'instruction, enquête et expertise qu'il estime nécessaire.

Quatre membres au moins doivent être présents, dont deux médecins ainsi qu'un représentant du personnel, pour que le conseil médical se réunisse en formation plénière.

Lorsqu'il siège en formation plénière, le président peut demander des enquêtes ou des expertises supplémentaires et veille à ce que les procédures respectent les droits des agents, notamment le droit de consulter leur dossier, de présenter des observations écrites et de se faire accompagner par une personne de leur choix.

[8] Décret n° 2026-705 du 29 juillet 2026 relatif aux congés pour raisons de santé des agents publics civils et militaires - Légifrance

3. Attributions

Les attributions du conseil médical en formation plénière (article 5-1 du décret n°87-602). Il émet des avis sur :

- L'octroi d'une allocation temporaire d'invalidité ;
- L'octroi du congé de maladie ordinaire en cas de circonstances exceptionnelles (acte de bravoure, etc…) ;
- Le licenciement pour inaptitude physique d'un fonctionnaire stagiaire en raison d'une pathologie imputable au service (rente d'invalidité) ;
- La situation du fonctionnaire à l'expiration d'un congé de longue maladie ou de longue durée en cas de présomption d'inaptitude définitive reconnue par le conseil médical en formation restreinte ;
- L'octroi ou le renouvellement d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (y compris en cas de rechute) :
    - En cas d'accident de service : lorsqu'une faute personnelle de l'agent ou toute circonstance particulière est susceptible de détacher l'accident du service ;
    - En cas d'accident de trajet : lorsqu'un fait personnel de l'agent ou toute circonstance particulière étrangère est susceptible de détacher du service l'accident de trajet ;
    - En cas de maladie professionnelle hors tableaux ou si la maladie est inscrite aux tableaux mais que les conditions ne sont pas remplies ;
- La mise à la retraite pour invalidité ;
- La détermination des taux d'incapacité permanente partielle ;
- La reconnaissance d'une maladie professionnelle, d'un accident de service/trajet, ou de l'invalidité des sapeurs-pompiers volontaires ;
- L'appréciation de la réalité des infirmités invoquées, la preuve de leur imputabilité au service, les conséquences et le taux d'invalidité qu'elles entraînent ainsi que l'incapacité permanente à l'exercice des fonctions.

La consultation est obligatoire mais l'avis n'est pas contraignant pour l'employeur.

D. Le conseil médical supérieur

Le conseil médical supérieur est institué auprès du ministre de la Santé et doit donner son avis à la demande de l'employeur et de l'agent sur les cas litigieux qui devront nécessairement avoir préalablement été examinés par les formations restreintes des conseils médicaux.

Il dispose d'un délai de deux mois après réception de l'avis rendu.

Ce conseil se prononce sur la base des seules pièces figurant aux dossiers qui lui sont soumis. Il peut faire procéder à une expertise médicale complémentaire.

Le conseil médical supérieur est composé de deux sections comprenant chacune cinq membres ou plus :

- Une section compétente pour les maladies mentales ;
- Une section compétente pour les autres maladies.

Les membres du conseil médical supérieur sont nommés par le ministre chargé de la santé pour une durée de trois ans.
Chaque section élit son président.
Le secrétariat est assuré par un médecin placé sous l'autorité du directeur général de la santé.

Dans sa contribution écrite, le conseil médical supérieur détaille son organisation :

L'équipe médico-administrative en charge du fonctionnement du conseil médical supérieur est composée de :

- un médecin responsable du service (temps partiel 70%) assurant le secrétariat médico-administratif du conseil médical supérieur, son fonctionnement, le management, la coordination et les relations avec les interlocuteurs internes ou externes ;
- trois médecins collaborateurs (1 temps partiel 40% et 2 temps partiels 20%) en charge de l'étude de premier niveau des dossiers de recours reçus par le conseil médical supérieur et de leur orientation vers les médecins experts des sections médicales ;
- deux secrétaires administratives (temps plein) assurant la préparation des réunions et les activités de secrétariat technico-administratif et de logistique ;
- une chargée de mission pour appui médico-administratif (temps plein) assurant un soutien au secrétariat administratif et aux secrétariats de séances des commissions et contribuant aux activités d'évaluation et d'amélioration de la qualité ;
- un collaborateur administratif (temps partiel 30%) intervenant principalement sur les questions médico-administratives et réglementaires.

Le traitement des dossiers de recours est assuré grâce à un logiciel spécifique (VADIM - Vision Automatisée Des Instances Médicales) qui permet aux conseils médicaux locaux de transmettre les dossiers de façon dématérialisée et sécurisée. Seules les demandes transmises via VADIM sont examinées par le conseil médical supérieur, à l'exclusion de tout autre mode de transmission (courrier ou mail).

Le conseil médical supérieur assure l'animation du réseau des conseils médicaux et veille à la coordination de leurs avis. Il présente les données relatives à leur activité aux ministères chargés d'élaborer et de mettre en œuvre les règles relatives à la protection sociale des fonctionnaires (article 18 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié par l'article 2 du décret n°2022-353 du 11 mars 2022)[9]

Le conseil médical supérieur se réunit environ 40 fois par an. Si l'augmentation du nombre de séances parait souhaitable au regard de l'augmentation des dossiers reçus, le conseil médical supérieur se heurte au manque de disponibilité des médecins membres et à la difficulté d'en recruter de nouveaux.

Le conseil médical supérieur observe un accroissement important de dossiers de recours depuis la réforme de 2022. Ainsi, sur la période 2022/2024, il a été constaté une augmentation de 59% du nombre de dossiers (1450 dossiers en 2022 et 2310 en 2024).

Les décrets de mars 2022 ayant introduit une notion de délai limite de 2 mois pour contester un avis émis par un conseil médical local, ce délai a probablement stimulé les démarches de recours de la part des agents. Les agents semblent, par ailleurs, mieux informés sur la possibilité d'introduire un recours au conseil médical supérieur. La concomitance de ces deux éléments conduit à la croissance exponentielle constatée.

À ce stade, il convient de préciser que le nombre de dossiers reçus ne correspond pas au nombre de dossiers examinés en séance du conseil médical supérieur. En effet, outre le délai de contestation de 2 mois mentionné précédemment, les décrets de 2022 ont aussi introduit un délai d'instruction des demandes de recours de 4 mois à compter de la réception du dossier complet par le conseil médical supérieur. Compte tenu du volume de dossiers reçus, l'instauration de ce délai ne permet pas au conseil médical supérieur de rendre un avis, en temps et en heure, pour la totalité des demandes. Il en résulte que dans un certain nombre de cas, l'avis rendu en première instance par le conseil médical local est réputé définitif, faute d'avoir pu être présenté en commission du conseil médical supérieur dans le délai prescrit de 4 mois.

Enfin, pour conclure sur le sujet du volume de dossiers traités, il faut noter que les dossiers de recours pour des agents relevant de la fonction publique territoriale sont les plus nombreux et représentent près de la moitié des demandes (47 à 49% en moyenne).

---

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

E. Missions dévolues aux services gestionnaires des collectivités, motifs hors saisine du conseil médical

De grands changements induits par le décret n°2022-350 concernent les collectivités. En effet, les motifs suivants ne nécessitent plus la saisine du conseil médical mais doivent être traités par les services gestionnaires des collectivités.

Les motifs qui ne nécessitent plus de saisine des conseils médicaux sont les suivants :

- Prolongation du congé maladie ordinaire au-delà de 6 mois ;
- Renouvellement du congé de longue maladie et congé de longue durée intervenant au-delà de 6 mois consécutifs ;
- Réintégration à l'issue de la période octroyée de congé de longue maladie et de congé de longue durée ;
- Renouvellement intervenant pendant la période de plein traitement du congé de longue maladie et du congé de longue durée d'office ;
- Instruction si avis divergents du médecin traitant et du médecin agréé pour un temps partiel thérapeutique ;
- Octroi d'une allocation d'invalidité temporaire ;
- Aménagements des conditions de travail après congé ou disponibilité d'office pour raison de santé.

Exemple d'une situation vécue par une collectivité employeur.
Une commune de 350 agents affiliés à la CNRACL, adhérente au socle commun du Centre de Gestion.

Dans le cadre de la réforme relative au conseil médical, la procédure en matière de gestion des dossiers médicaux a évolué au sein de la commune. Elle est devenue plus complexe, pour les agents qui gèrent les dossiers médicaux, puisque l'ensemble des démarches administratives sont désormais effectuées par la collectivité.

Il a donc été nécessaire lors de cette mise en place de retravailler la procédure interne, de créer de nouveaux formulaires de courriers pour les agents et les médecins. La commune a également dû gérer l'acheminement des retours des experts sous plis confidentiels. Ces nouvelles tâches génèrent de nombreux courriers envoyés par la collectivité et des frais d'affranchissement supplémentaires. La charge de travail qui repose sur les agents en charge du suivi de la maladie a augmenté et un suivi rigoureux des dossiers maladie est nécessaire afin de respecter les délais réglementaires imposés.

Ces dernières années, certains experts médicaux, spécialistes sur certaines pathologies ne sont plus présents sur le territoire. Les spécialistes, agréés sont très éloignés géographiquement, ce qui pose également des difficultés pour les agents, notamment pour se rendre aux rendez-vous.

Les médecins susceptibles de réaliser certaines expertises étant de moins en moins nombreux, ils se trouvent parfois submergés par les demandes ce qui induit un accroissement des délais de réception des comptes rendus, nécessaires à l'instruction des dossiers. A titre d'exemple, un compte rendu d'expertise a été envoyé plus de 6 mois après la visite de l'agent.

En ce qui concerne les avis rendus par le comité, ceux-ci sont rapides, une fois le dossier complet déposé. Il est constaté que peu d'agents contestent les avis rendus auprès du conseil médical supérieur.

II.IMPACTS DE LA NOUVELLE REGLEMENTATION

A. Effets souhaités par la réforme/philosophie du texte

Le rapport de diagnostic publié en mars 2017 consacré à l'*« Evaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique »,* de l'IGAS, déjà cité dans la première partie pointait les dysfonctionnements des instances médicales de l'époque et une évolution était donc très attendue par l'ensemble des acteurs.

La loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique prévoyait dans son article 40 la possibilité pour le Gouvernement de prendre par ordonnances toute mesure relevant du domaine de la loi visant à faciliter, modifier, rationaliser la prise en charge médicale et le fonctionnement des instances médicales.

Sur cette base, l'ordonnance santé n°2020-1447 du 25 novembre 2020 a eu, en effet, pour but de simplifier et de rationaliser l'organisation et le fonctionnement des instances médicales dans la fonction publique territoriale en instituant une instance médicale unique, décrite dans la première partie du rapport.

Les objectifs principaux de cette ordonnance pourraient être résumés ainsi :

- Faciliter la prise en charge des agents de la fonction publique en simplifiant l'organisation et le fonctionnement des instances médicales, de la médecine agréée ainsi que des services de médecine de prévention.
- Simplifier les règles applicables aux agents publics relatives à l'aptitude physique à l'entrée dans la fonction publique, aux différents congés et aux positions statutaires pour maladies d'origine non professionnelle ou professionnelle ainsi qu'aux prérogatives et obligations professionnelles des agents publics intervenant dans les dossiers d'accidents du travail et de maladies professionnelles.
  La réforme entendait simplifier les procédures administratives en fusionnant les comités médicaux et les commissions de réforme en une seule instance : le conseil médical. Cela devait permettre de réduire les délais de traitement des dossiers.
- Etendre les possibilités de recours au temps partiel pour raison thérapeutique et au reclassement par suite d'une altération de l'état de santé pour favoriser le maintien dans l'emploi des agents publics ou leur retour à l'emploi.
- Réintégration et reclassement : La réintégration des agents après des congés pour raisons de santé est conditionnée à un avis médical favorable. En cas d'inaptitude, des dispositifs de reclassement sont prévus pour permettre aux agents de continuer à exercer une activité professionnelle adaptée à leur état de santé.
- Clarifier, harmoniser et compléter, en transposant et en adaptant les évolutions intervenues en faveur des salariés relevant du code du travail et du régime général de sécurité sociale, les dispositions applicables aux agents publics relatives au congé de maternité, au congé pour adoption, au congé supplémentaire à l'occasion de chaque naissance survenue au foyer de l'agent, au congé de paternité et d'accueil de l'enfant et au congé de proche aidant.

B. Perception par les acteurs

1. Les représentants du personnel et les agents

Les organisations syndicales ont utilisé plusieurs moyens pour collecter les données sur le fonctionnement des conseils médicaux : questionnaires, retours d'expériences des représentants du personnel siégeant aux conseils médicaux et accompagnant les agents, témoignages des agents.

Les constats ont été réalisés dans chaque étape du processus de fonctionnement des conseils médicaux en formation restreinte et en formation plénière avant le passage en conseil médical, pendant la réunion et après la réunion en se concentrant sur le positionnement, les moyens dont disposent chaque acteur (secrétariat du conseil médical, employeur, organisation syndicale, agent, médecin) et sur les effets produits sur les agents.

Les appréciations des délais de traitement par les agents et les représentants du personnel sont très variables : raisonnables pour certains, trop longs pour d'autres.

Ces délais de durée contrastée ont des impacts importants sur la situation administrative et financière : des retards pour la reprise de poste, une mise en disponibilité d'office dans l'attente du traitement du dossier de l'agent, le passage à demi-traitement.

La fragilité financière à court terme ajoute ainsi à la fragilité psychologique et physique de l'agent mais aussi pour sa carrière (passage ou non en congé de longue durée, en congé de longue maladie en conseil médical formation restreinte) sans que l'agent n'ait de prise sur la décision de mise en disponibilité d'office pour maladie, de mise à la retraite anticipée pour invalidité, de reconnaissance de l'imputabilité au service d'accident ou de maladie professionnelle malgré l'usure de l'agent sur son poste.

AVANT LE CONSEIL MEDICAL, quels accès aux droits pour les agents, de formation des représentants du personnel pour accompagner l'agent et pour la préparation du dossier, l'information de l'agent.

1.a- La formation et l'information des représentants du personnel, leurs niveaux de compétences pour siéger et accompagner l'agent

La plupart des représentants du personnel n'ont pas reçu de formation avant de siéger en conseil médical. Des formations peuvent être dispensées par les syndicats. Celle, dispensée par la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL) pour les organisations syndicales qui y sont représentées a été fortement appréciée.

Les représentants du personnel ne sont pas assez informés et formés sur les compétences et le fonctionnement des conseils médicaux, sur le cadre règlementaire de la santé des agents publics et sur les procédures et les enjeux afin d'assurer un bon accompagnement des agents.

Les représentants du personnel n'ont pas de connaissances médicales qui leur permettraient de décrypter les barèmes et les termes médicaux quand ils ont accès aux dossiers de l'agent avant l'instance et lors des débats en conseil médical formation plénière.

D'une manière générale, très peu de représentants du personnel estiment être suffisamment informés avant l'instance sur la situation de l'agent, cela s'améliore pendant le conseil médical mais reste perfectible.

Les représentants du personnel indiquent un manque d'informations : des dossiers trop succincts, l'absence, parfois, de coordonnées des agents et des difficultés à les contacter. Les convocations sont tardives, il y a donc peu de temps pour préparer et échanger avec l'agent en amont.

Les représentants du personnel ne disposent pas des avis des conseils médicaux en formation restreinte.

Dans le tiers des cas seulement, les représentants du personnel entrent en relation avec l'agent préalablement à la réunion du conseil médical pour l'accompagner dans la préparation de son dossier et/ou son passage en réunion pour le défendre. Avec l'accord de l'agent, le représentant du personnel a accès à son dossier médical.

1.b- La connaissance des agents des instances, des procédures et de l'accompagnement syndical.

La majorité des agents déclare ne pas connaître les instances médicales avant d'être concerné.
Aucun agent n'a de connaissance des instances car les employeurs ne diffusent pas d'informations sur celles-ci.

Quand l'agent est concerné, il ne reçoit qu'une information partielle de la part de la Direction des Ressources Humaines (convocation médecin expert, passage en conseil médical formation plénière) sans explication de ses droits et de l'impact de ces instances, de la manière dont est prise la décision et de sa portée pour sa situation, de ses droits, en particulier sur le fait que les conseils médicaux émettent un avis consultatif, et que la décision appartient à l'employeur territorial qui suit ou ne suit pas (avec motifs) l'avis des conseils médicaux.

L'information préalable à l'agent reste donc très inégale : par le représentant du personnel, par le centre de gestion ou par le service des ressources humaines de la collectivité.

Les représentants du personnel soulignent le manque de clarté dans les informations données par les services des ressources humaines de la collectivité et leur manque de formation.

Dans la majorité des cas, c'est le secrétariat du conseil médical du centre de gestion qui transmet aux agents la liste des représentants des organisations syndicales siégeant au conseil médical en formation plénière et, ainsi, les agents sont informés de leurs droits à être accompagnés par un représentant du personnel lors de cette instance et dans toutes les démarches pour la constitution de leurs dossiers et le traitement de leur situation. Dans le cadre de l'accompagnement syndical, les représentants du personnel estiment que les relations avec les secrétariats des conseils médicaux des centres de gestion sont disparates : aidantes, cordiales à purement fonctionnelles, limitées, parfois même avec un manque de transparence.

Les représentants du personnel ont des informations minimalistes sur la situation des agents (nom- prénom - objet de la saisine). Peut-on considérer qu'il est conforme, tant sur le plan réglementaire que dans l'esprit du dispositif, que les acteurs concernés soient finalement préparés de manière aussi limitée pour apprécier pleinement la réalité du terrain et les intérêts des agents ?

La question de la neutralité se pose car les secrétariats des conseils médicaux des centres de gestion rappellent toujours qu'ils ne doivent répondre qu'aux employeurs des collectivités affiliées, pas aux agents et à leurs représentants, les relations sont donc très variables d'un centre de gestion à l'autre. Une majorité des centres de gestion est cependant facilitante.

1.c- La réalisation des expertises médicales et le vécu des agents.

Les agents témoignent que le médecin était souvent un spécialiste de la pathologie mais pas toujours.

Très souvent, le médecin expert dispose de peu de temps pour la visite, rarement au-delà de 30 minutes. Il consulte peu les documents fournis (examens médicaux, certificats médicaux du médecin traitant, des spécialistes, avis des précédents conseils médicaux) et il ne dispose pas toujours de la fiche de poste de l'agent, ou il met de côté cette pièce du dossier car il interroge peu sur la réalisation des tâches, la nature de son travail pouvant faire le lien ou pas avec sa pathologie.

L'agent vit souvent mal la visite d'expertise, car il ne peut exprimer vraiment son état pathologique à la fois physique et mental. C'est une contrainte de devoir se déplacer loin de son domicile, quand son état de santé parfois ne lui permet pas. Ces visites accentuent la fragilité psychologique de l'agent en maladie.

Les difficultés de traitement du dossier et de la situation de l'agent proviennent aussi d'une pénurie de médecins agréés spécialisés dans certaines pathologies. Cela entraîne des avis peu pertinents, contradictoires entre médecins agréés lors du conseil médical en formation plénière souvent liés à une méconnaissance des métiers et du cadre juridique de la fonction publique territoriale.

1.d- Les difficultés dans la constitution du dossier

La quasi-totalité des agents affirment avoir rencontré des difficultés dans la constitution du dossier.
Les difficultés les plus fréquentes sont l'obtention de pièces médicales, les délais de réponse à leurs demandes, le manque d'accompagnement.

Les représentants syndicaux doivent assister les agents pour constituer le dossier. Les services des ressources humaines se révèlent être peu aidants, très peu à l'écoute des agents, voire sans échange avec ceux-ci car ils apparaissent peu formés et avec un manque de moyens pour traiter les demandes des agents avant le passage en conseil médical.

Le traitement de la situation des agents avant leur passage en instances médicales est très inégal et donc inéquitable.

PENDANT LE PASSAGE EN CONSEIL MEDICAL : **Les difficultés et les délais de traitement qui impactent l'agent, les relations entre acteurs et l'élaboration de l'avis du conseil médical.**
Les appréciations concernant la qualité des informations et le positionnement de chaque acteur pour élaborer l'avis du conseil médical.

Les relations en instances entre les représentants du personnel et le secrétariat du conseil médical du centre de gestion sont globalement cordiales, mais plus mitigées avec les médecins et l'employeur, confirmant une tension autour des avis médicaux et de l'imputabilité au service de la maladie de l'agent.

Le pilotage des débats lors du conseil médical en formation plénière est perçu comme très médical. La place prépondérante de l'avis médical et la difficulté, très souvent, de le faire évoluer est souligné par les représentants du personnel.

Les représentants des employeurs et le secrétariat du conseil médical du centre de gestion ont, dans la majorité des cas, une logique institutionnelle et administrative forte, un alignement parfois systématique sur la position des médecins.

Les représentants du personnel ressentent un manque d'empathie et d'écoute, une absence de vulgarisation des termes médicaux.

De plus, peu d'agents savent qu'ils peuvent présenter leur situation au sein de cette instance, avec l'accompagnement d'un représentant du personnel. Le texte parait imprécis et nécessiterait un éclairage car beaucoup de médecins dans ces instances n'écoutent pas l'agent au motif qu'il n'apporte rien de nouveau à son dossier.

Par conséquent, la prise en compte des interventions, des agents et des représentants du personnel les accompagnant est très contrastée : les médecins n'ont aucune écoute ou ils intègrent ces interventions comme contributions à l'avis rendu finalement par le conseil médical en formation plénière.

1.e- L'article 4 du décret 2022-350 est-il appliqué en conseil médical en formation plénière?

Pour rappel : « Lorsque l'intervention d'un médecin agréé est requise en vertu des dispositions du présent décret, l'autorité territoriale peut se dispenser d'y avoir recours si le fonctionnaire intéressé produit sur la même question un certificat médical émanant d'un médecin qui appartient au personnel enseignant et

hospitalier d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire ou d'un médecin exerçant dans un établissement public de santé ».

Très peu de représentants du personnel interrogés connaissent ou voient l'application de ce décret. Certains expriment des doutes sur la pertinence des expertises médicales et le respect accordé à ce type d'expertise quand elles sont fournies.

APRES LE PASSAGE EN CONSEIL MEDICAL : Les modes d'information des avis du conseil médical à l'agent, aux représentants du personnel, le suivi ou non de l'avis par l'autorité territoriale dans sa décision et sa formalisation, la mise en œuvre des recours sur les décisions de l'autorité territoriale.

Les agents ont la plupart du temps été informés de la date de passage de leur dossier auprès du conseil médical puis de l'avis rendu, le plus souvent par le secrétariat du centre de gestion adressé la semaine suivante. Les délais plus longs quand le secrétariat du conseil médical est assuré par le service des ressources humaines de la collectivité.

La décision de l'employeur territorial de suivre ou de ne pas suivre l'avis consultatif du conseil médical n'est pas transmise spontanément au secrétariat du conseil médical du centre de gestion. Le représentant syndical doit assister l'agent pour qu'il demande au service des ressources humaines la décision (avant de recevoir l'arrêté avec un délai très long de 1 à 6 mois, voire 1 an). Si la décision de l'employeur ne suit pas l'avis du conseil médical, elle est très rarement motivée malgré les demandes du secrétariat du conseil médical du centre de gestion car, selon les textes, cette décision doit être motivée « en droit et en fait ».

Cela se constate essentiellement pour les demandes de reconnaissance d'imputabilité au service : accident de service, congé pour invalidité temporaire imputable au service, maladie professionnelle pour une maladie non inscrite aux tableaux de la Sécurité Sociale, mise à la retraite pour invalidité (dont les risques psycho-sociaux).

L'information des agents sur les voies de recours des avis du conseil médical et des décisions de l'autorité territoriale se fait essentiellement dans le cadre de l'accompagnement par les organisations syndicales : au conseil médical supérieur pour les avis du conseil médical en formation restreinte et au Tribunal Administratif pour les décisions de l'employeur territorial. Les représentants du personnel, en moyenne, dans le tiers des cas, mettent en place un recours de la décision de l'employeur auprès du Tribunal Administratif, cela dépend du souhait des agents et, surtout, de leurs moyens financiers pour supporter les coûts d'une procédure judiciaire (perte de salaire, frais de justice).

L'APPRECIATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT DES CONSEILS MEDICAUX PAR LES REPRESENTANTS DU PERSONNEL ET LES EFFETS INDUITS SUR LES AGENTS

Pour les représentants du personnel, le fonctionnement des conseils médicaux en formation plénière ne permet pas de disposer de moyens suffisants pour accompagner et défendre les agents. De plus, il entraîne une augmentation des situations de fragilité financière de l'agent dont le dossier passe en conseil médical et qui tombe à demi-traitement sans couverture Prévoyance.
Les délais de traitement sont majoritairement jugés trop longs par les représentants du personnel. Ces délais entraînent des conséquences directes sur la situation administrative, financière et médicale des agents. Les inégalités de traitement et d'accès aux droits, le respect effectif de ces droits pour les agents sont importants selon l'organisation du secrétariat du conseil médical des conseils médicaux des collectivités et des centres de gestion.

Lors de l'instance comité médical en formation plénière, les représentants du personnel constatent, sans avoir eu l'information ou avoir pu anticiper avant avec l'agent, que les autres moyens dont disposent l'employeur, autres que la mise à la retraite pour invalidité ou mise en disponibilité d'office, tels que le reclassement ou l'aménagement de poste ne sont pas utilisés.

Pour finir, les représentants du personnel témoignent : « on a souvent l'impression en siégeant que le jeu est perdu d'avance, d'autant plus que la collectivité n'est même pas obligée de suivre l'avis du conseil médical ». Les agents subissent une situation de manque d'information et de transparence, « un sentiment d'opacité et de défiance ».

Une profonde réforme des conseils médicaux est indispensable pour assurer une prise en charge juste, humaine et équitable des situations individuelles.

APPRECIATION QUALITATIVE DU FONCTIONNEMENT DES CONSEILS MEDICAUX PAR LES AGENTS

Avant d'y être confronté, le conseil médical reste une instance méconnue, découverte souvent dans l'urgence et sous contrainte.

L'expertise médicale préalable est souvent mal vécue par les agents dans la qualité relationnelle avec le médecin : un manque d'écoute, le sentiment d'expertise « à charge » et son incompréhension du vécu médical réel de l'agent et de sa situation de travail.

Les agents témoignent de difficultés à constituer le dossier : complexité des pièces demandées, manque d'accompagnement, informations contradictoires.

Le suivi de l'avis du conseil médical par la collectivité, selon les agents, n'est pas toujours respecté. Les décisions de l'employeur sont parfois tardives, insuffisamment formalisées et vécues comme arbitraires.

Les délais entre l'avis du conseil médical et la décision administrative sont majoritairement jugés trop longs, avec des impacts financiers et administratifs significatifs.

L'information concernant les voies de recours et leurs droits, notamment devant la juridiction administrative, est estimée insuffisante.

La mise en œuvre du dispositif Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service (CITIS) institué par le décret n° 2019-301 du 10 avril 2019[10] dans le cadre des Conseils Médicaux et mise en perspective dans le cadre du fonctionnement des conseils médicaux.
L'article 10 de l'ordonnance du 19 janvier 2017[11]avait pour but de simplifier le fonctionnement en supprimant la saisine systématique du conseil médical en formation plénière (anciennement commission de réforme) dans le cadre d'une reconnaissance d'accident de service ou d'accident de trajet sauf si une faute personnelle de l'agent ou toute circonstance particulière est susceptible de détacher l'accident du service.

Désormais, avec le dispositif du CITIS, une collectivité peut reconnaitre un accident de service. En effet, l'esprit de la création du CITIS en 2018 était de rapprocher la fonction publique des dispositions de la sécurité sociale pour les salariés du privé, en instaurant une présomption d'imputabilité des accidents de service et en inversant la charge de la preuve, incombant désormais à l'employeur.

Face aux difficultés récurrentes que les représentants du personnel ont constatées pour la mise en œuvre du CITIS, et qui entraînent des conséquences majeures pour les agents, les organisations syndicales présentent une analyse partagée de cette situation sur la base de leurs expériences et d'auditions d'acteurs résumées dans

[10] Décret n° 2019-301 du 10 avril 2019 relatif au congé pour invalidité temporaire imputable au service dans la fonction publique territoriale - Légifrance
[11] Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique - Légifrance

le rapport ici proposé. Les observations se basent également sur les conclusions développées par le rapport IGAS de 2017.

Tout d'abord, le dispositif du CITIS, dans l'esprit du décret, visait à simplifier les modalités d'octroi et de reconnaissance de la maladie, de l'accident de service et de trajet imputable au service par le principe de la présomption d'imputabilité. L'autorité territoriale n'a pas besoin de saisir la commission de réforme, après 2022, les conseils médicaux et de procéder à une expertise médicale que « **lorsque des circonstances particulières paraissent de nature à détacher l'accident du service ou lorsque l'affection résulte d'une maladie contractée en service** ». Dans le cas de reconnaissance de maladie professionnelle dont la pathologie est inscrite dans les tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale, le médecin de prévention (du travail) établit un diagnostic et transmet son avis à l'employeur qui, dans ce cas, n'a pas à saisir le conseil médical et à diligenter une expertise par un médecin agréé.

Or, les représentants du personnel constatent que les employeurs saisissent presque systématiquement le conseil médical, avec une expertise médicale, pour que l'instance émette un avis qui n'est que consultatif. L'employeur peut ne pas suivre l'avis, même s'il est favorable à l'agent alors que le conseil médical permet la confrontation avec d'autres médecins. Cela surcharge donc le travail de l'instance et des médecins agréés alors que l'employeur n'en a pas besoin pour prendre sa décision.

Dès lors, il nous semble important d'identifier quelles sont les causes de ces dysfonctionnements constatés par rapport à l'application du décret CITIS.

Dans sa contribution, le CIG Petite Couronne note une baisse des dossiers pour imputabilité de service en conseil médical formation plénière de 2019 à 2023. Ces dossiers représentent la majorité des dossiers traités dans cette instance. Le CIG Petite Couronne fait remarquer la complexité du dispositif « CITIS qui peut être géré par les deux formations en fonction du motif ».

Dans les conclusions de son enquête menée en juin 2024, la FNCDG a conclu qu'après la réforme de 2022, « des difficultés persistent souvent liées à la complexité règlementaire, le manque de temps, les effectifs et les compétences statutaires dans les collectivités », « le fonctionnement des instances médicales reste cloisonné », « les pratiques restent encore variables d'un territoire à l'autre » et il reste encore « des questions et zones d'incertitude sur l'interprétation des textes ».

La FNCDG s'interroge aussi sur l'évolution des conseils médicaux qui sont présidés par un médecin, cela « induit des débats centrés sur le diagnostic médical et moins sur le lien causal avec le métier exercé par l'agent ». Les représentants du personnel font le même constat.

Dans sa contribution, l'Association des Maires de France (AMF) constate, notamment, « une rupture d'égalité avec les assurances » entre collectivités. L'employeur territorial contracte une assurance pour couvrir le risque statutaire.

Le *Rapport IGAS 2017, Tome 1 p.25 1.2.2 L'intervention des acteurs privés dans le système* identifie la place de ces acteurs comme source importante de dysfonctionnements pour la mise en œuvre du dispositif CITIS. En effet, « les acteurs privés interviennent dans le système par l'intermédiaire des collectivités locales et des hôpitaux qui se sont tournés vers les assurances pour couvrir leurs risques en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles mais aussi en paiement de frais divers comme le salaire de remplaçants. Ceci peut entraîner des répercussions sur les instances comme sur les agents. Ainsi, les acteurs publics qui n'ont pas eu la vigilance de le prévoir dans les contrats se retrouvent parfois face à des situations embarrassantes : alors qu'ils sont disposés à accepter leur responsabilité, l'assurance les oblige de toute manière à passer en

Commission de Réforme (CR) pour avis. Dans certains cas, l'assureur a contesté l'avis du comité, diligentant lui-même une contre-expertise, voire a pu refuser de payer des frais d'hospitalisation ou certains soins : de telles situations sont inextricables et choquantes pour les agents obligés de se prêter à des redondances d'expertise ».

L'AMF pointe « un manque de dialogue entre l'employeur et le conseil médical avec des avis favorables sur l'imputabilité et des risques de recours ». Cela signifie que l'employeur recherche la sécurisation de sa décision d'imputabilité de la maladie au service mais qu'entre l'intervention des assurances avec lesquelles il contracte des garanties pour couvrir financièrement, « le risque statutaire » et ses insatisfactions quant au fonctionnement des conseils Médicaux, liés notamment aux incertitudes et aux différences d'interprétation des textes, il rencontre des difficultés à appliquer le principe de présomption d'imputabilité du dispositif CITIS.

L'ADRH-CGT, dans sa contribution écrite, souligne aussi, dans le fonctionnement du conseil médical en formation plénière qui « examine des situations relevant de la sphère professionnelle » que, « parfois », « il n'y a pas de dialogue installé par le médecin au sein de l'instance et peu de place accordée que ce soit aux représentants du personnel ou des employeurs ». Il peut y avoir « des désaccords de fond hors diagnostic médical au regard du contexte professionnel, au moment des demandes de maladie professionnelle ou d'imputabilité d'un accident de service. Malgré les éléments de contexte apportées par les collectivités démontrant l'absence d'imputabilité et la responsabilité des agents, les avis favorables du conseil médical peuvent mettre en porte-à-faux la collectivité par rapport à de futurs recours contentieux ».

Or, les représentants du personnel constatent plutôt l'inverse : dans la majorité des cas, les médecins et les représentants des employeurs ne tiennent pas compte de la situation professionnelle de l'agent et font en sorte d'éviter le lien de la pathologie avec le travail pour formaliser leur avis.

Les différences de points de vue entre acteurs, employeurs et représentants du personnel et un dialogue parfois décevant selon les conseils médicaux aboutissent à une insatisfaction globale par rapport au système pour mettre en œuvre le dispositif CITIS.

Ces dysfonctionnements produisent des effets qui sont essentiellement au détriment des agents.

Les autres acteurs, médecins du travail et médecins agréés Présidents de conseil médical, témoignent aussi, dans leurs contributions écrites, d'importantes et récurrentes difficultés dans la mise en œuvre du dispositif CITIS.

Le médecin du travail du SDIS 83 participe au conseil médical dans le cadre spécifique de la santé au travail des sapeurs-pompiers, contrairement aux autres cadres d'emplois de la fonction publique territoriale. Il estime manquer de temps et de visibilité pour maîtriser les dossiers des agents du SDIS et permettre « une gestion juste de leur problématique santé résultant d'accident de service ». Il considère également « qu'avant l'entrée en vigueur du décret, un dialogue entre le médecin de la médecine professionnelle et les médecins agrées sur certains dossiers complexes était plus facile ».

Le Docteur Faivre, Président du conseil médical de la Gironde, dans sa contribution écrite, remarque que « certaines saisines sont malheureusement incomplètes et amènent à des incohérences pour l'imputabilité d'un accident ». Il considère que « pour les consolidations, octrois de maladie professionnelle la saisine devrait être obligatoire pour éviter des aberrations au détriment des agents selon le médecin choisi, selon sa formation ou selon l'avis du médecin du travail ».

Le Docteur Le Seac'h, Président du conseil médical de Loire Atlantique « déplore une étude de poste insuffisante, du parcours professionnel de l'agent peu renseigné et des tableaux des maladies professionnelles obsolètes nécessitant une refonte ». Il considère que « la mise en œuvre des nouveaux conseils médicaux a augmenté l'inégalité de traitement des dossiers des agents car le conseil médical a un rôle d'ajustement des décisions. L'absence de saisie automatique du conseil médical a entraîné une gestion des dossiers par les services de ressources humaines, les médecins du travail, les médecins agréés sans instance de contrôle ».

CONCLUSIONS DIAGNOSTIC PARTAGE DES ORGANISATIONS SYNDICALES

Les principaux constats partagés révèlent que le système des conseils médicaux dans la fonction publique territoriale, tel qu'il est mis en œuvre depuis le décret 2022, continue à dysfonctionner et qu'il ne satisfait aucun acteur, que ce soient les employeurs (centre de gestion, Collectivités, SDIS), les agents et leurs représentants ou les médecins.

En premier lieu, on observe une inégalité d'accès aux droits pour les agents selon les territoires, et selon le choix de l'organisation des secrétariats des conseils médicaux (centre de gestion, Collectivités, SDIS) qui se traduit par des disparités :

- Dans les compétences, les ressources dédiées des secrétariats des conseils médicaux, avec des services associés, et la mobilisation de la ressource médicale ;
- Dans le traitement des dossiers des agents dans un processus complexe : délais, coordination entre intervenants, information et accompagnement de l'agent sur les procédures, les effets sur sa situation professionnelle et financière ;
- Dans l'analyse de la situation de l'agent et pour la sécurisation juridique de la décision de l'employeur car les compétences et l'interprétation des textes sont variables d'un secrétariat du conseil médical à l'autre, ne pouvant pas s'appuyer sur une doctrine juridique nationale, de même que les ressources médicales sur le territoire qui ne disposent pas, non plus, de formation commune et de doctrine médicale nationale, le conseil médical supérieur n'ayant pas les moyens d'exercer cette fonction ;
- Dans les voies de recours des décisions des conseils médicaux en formation restreinte et en formation plénière pour les agents, ces derniers disposent de très peu de moyens, peu ou pas d'informations par le secrétariat du conseil médical, d'accompagnement par une organisation syndicale et auprès du conseil médical supérieur.
- Dans les modes de décisions et de formalisation par la collectivité employeur qui décide ou non de suivre l'avis consultatif des conseils médicaux, d'indiquer le motif « en droit et en fait » et d'informer le secrétariat du conseil médical du centre de gestion. L'agent se retrouve ainsi démuni pour exercer un recours ou envisager une autre mesure par rapport à son état de santé et à sa situation au travail.

En deuxième lieu, le fonctionnement actuel des conseils médicaux ne permet pas un espace de dialogue pour analyser la situation de l'agent et élaborer un avis sur le lien de la maladie (imputabilité au service, accident, maladie professionnelle) avec son travail (métier, conditions, risques professionnels, …) entre représentant du personnel, employeurs, médecins experts siégeant aux conseils médicaux, médecins du travail.

De plus, l'employeur contracte une assurance pour les « risques statutaires » (la maladie imputable au service) dont le taux varie selon l'évolution de sa sinistralité. L'assurance statutaire comprend dans ses prestations un service juridique et des médecins experts qui ne confrontent pas leurs analyses et leurs avis avec les autres membres des conseils médicaux et avec le médecin du travail. Dès lors, la prise en compte du lien avec le travail de la maladie est très difficile à établir lors du conseil médical en formation plénière, pour la reconnaissance de l'imputabilité au service de l'état de santé de l'agent.

En troisième lieu, le fonctionnement actuel des conseils médicaux continue de se complexifier, générant des incohérences et des redondances dans la mise en œuvre des procédures, ce qui engendre des coûts humains, administratifs et financiers pour l'ensemble des acteurs concernés. Finalement, chacun perd le sens de son action parcellaire, des fonctions que doivent assurer les conseils médicaux pour l'agent et pour l'employeur.

Ce fonctionnement est ainsi déconnecté du cadre règlementaire des ressources humaines, de la prévention et de la santé au travail et de la protection sociale de la fonction publique territoriale. Les effets produits sur les agents, les dysfonctionnements observés sont révélateurs des carences de la politique de gestion des ressources humaines en matière de prévention et de santé au travail, de qualité de vie au travail et d'usure professionnelle.

On observe, en effet, une dégradation de la situation des agents dans les cas qui sont traités en conseil médical sur les situations d'inaptitude, de reclassement et d'invalidité dans la synthèse nationale du RSU 2023 et de l'étude de la Caisse des Dépôts Questions Politiques Sociales n°43 Février 2025 « Evolution des départs en invalidité des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers ».

Dans la synthèse nationale du RSU 2023, les résultats concernant le thème « Action et protection sociale : prévention et risques professionnels » révèlent que seulement 40 % des collectivités ont mis en place un DUERP et 10 % une démarche de prévention des Risques Psycho-Sociaux, cependant plus de la moitié des régions, départements, communes d'au moins 150 000 habitants, communautés urbaines et métropoles, soit 10 % des collectivités se sont dotées d'une démarche de prévention des troubles musculosquelettiques.

Concernant le thème « La santé au travail : inaptitude, reclassement et invalidité », le volume des décisions d'inaptitude définitive concerne 4 800 fonctionnaires, soit 18 % de plus qu'en 2022. Il est à noter que la filière technique représente à elle seule 60 % de ces décisions, alors qu'elle représente 47 % de l'ensemble des fonctionnaires. Comme en 2022, il y a eu 2 500 demandes de reclassement pour donner suite à une inaptitude en 2023 mais il y a eu une baisse régulière de ces demandes de 5 800 en 2015 à 4 000 en 2019, à partir de 2021, 2 000 à 2 500 demandes.

Les décisions de mise en disponibilité d'office progressent de + 17 % par rapport à 2022, pour 5300 agents.

Les décisions d'accord de temps partiel thérapeutique augmentent de 23 800 à 31 300, un effet de l'allègement de la procédure en conseil médical.

Les mises à la retraite pour invalidité progressent aussi régulièrement depuis 2013 de 3300 à 3900 fonctionnaires concernés, avec une augmentation significative de + 13 % par rapport à 2022.

2. Les centres de gestion et les secrétariats des conseils médicaux

Au mois de juin 2024, la FNCDG a mené une enquête auprès des secrétariats des conseils médicaux placés auprès des centres de gestion. 68 secrétariats ont répondu.

2.a- L'enquête de la FNCDG

L'enquête de la FNCDG met en évidence le rôle central joué par les secrétariats des conseils médicaux dans les Centres de Gestion. Ces instances sont sollicitées par un grand nombre de collectivités et gèrent un volume important de situations individuelles liées à la santé et à la carrière des agents territoriaux. Les secrétariats reposent sur des équipes dédiées, qui assurent un suivi administratif soutenu et continu au fil des années.

Les conseils médicaux en formation plénière et en formation restreinte, sont très actifs. Le rythme des réunions est régulier, souvent mensuel, avec parfois des fréquences plus soutenues selon les centres de gestion. Les séances rassemblent systématiquement un volume conséquent de dossiers à examiner.

L'enquête montre également que la modernisation progresse : la majorité des CDG ont recours à des outils numériques pour la gestion des dossiers, et la dématérialisation concerne de plus en plus la saisine, l'instruction et le suivi des demandes. Cette évolution contribue à structurer et à professionnaliser le fonctionnement des conseils médicaux, même si les pratiques restent encore variables d'un territoire à l'autre.

Les délais de traitement demeurent un enjeu important. Ils dépendent notamment de la nature des dossiers et des étapes nécessitant une expertise médicale, qui peuvent rallonger le temps nécessaire avant l'examen en instance. Malgré cela, les avis rendus par les conseils médicaux sont généralement respectés par les employeurs territoriaux, ce qui confirme leur rôle de référence et leur légitimité.

En somme, l'enquête dépeint des conseils médicaux fortement sollicités, en transformation progressive, et occupant une place essentielle dans l'accompagnement des collectivités et des agents sur les questions de santé au travail.

La mise en œuvre et la compréhension de la réforme (2022) se sont traduites par certaines actions entreprises tels que des schémas, des formations, des webinaires à destination des services des ressources humaines, des médecins et des élus.

Néanmoins, des difficultés persistent souvent liées à la complexité réglementaire, le manque de temps, les effectifs et les compétences statutaires dans les collectivités.

Il est noté une évolution du nombre de dossiers :

- Forte baisse des dossiers en formation restreinte.
- Peu de changement, voire une hausse des retraites pour invalidité en formation plénière (échec des reclassements, suppression de la procédure simplifiée CNRACL).

La réforme a induit moins de dossiers mais plus complexes.

La charge de travail a été maintenue pour les secrétariats des conseils médicaux, dont les causes sont un accompagnement accru des collectivités, un suivi fastidieux et un manque de vision globale.

De nouvelles missions sont apparues telles que le conseil aux collectivités, la mise en place régulière de réunions d'information et la mise à disposition de ressources.

Les situations rencontrées sont plus complexes : dossiers techniques, discussions en séance et suivi de la gestion des expertises par les collectivités (confidentialité, qualité des lettres de mission).

L'organisation et le fonctionnement des instances peuvent présenter des améliorations même si la présidence exercée par un médecin induit des débats centrés sur le diagnostic médical et moins sur le lien causal avec le métier exercé par l'agent.

Il est noté un point positif ; la disparition de la notion de spécialité pour siéger, ce qui facilite la présence de médecins en séance.

En revanche, des difficultés persistent tels que les problèmes de quorum, le cloisonnement des formations restreinte et plénière, les retards du conseil médical supérieur qui doit se prononcer dans un délai de 4 mois et le risque de contentieux.

Les formalismes ont été renforcés car les courriers doivent être envoyés avec accusé de réception et les avis motivés. Si cela entraîne plus de lisibilité pour les services et les agents, les coûts financiers ont été accrus.

Il subsiste encore des questions et des zones d'incertitude, comme l'interprétation des textes, des précisions. Si l'intention de la réforme était une meilleure porosité entre les instances médicales, le fonctionnement reste cloisonné.

En somme, l'enquête dépeint des conseils médicaux fortement sollicités, en transformation progressive, et occupant une place essentielle dans l'accompagnement des collectivités et des agents sur les questions de santé au travail.

2.b- Le CIG Petite Couronne a rendu compte de son expérience

Le service « secrétariat du conseil médical interdépartemental » est composé de 29 agents répartis sur les 2 formations, 14 pour la formation restreinte, 13 pour la formation plénière, 1 médecin secrétaire et 1 responsable de service.

L'effectif du service est resté stable entre 2019 et 2023.

En moyenne, le nombre de dossiers étudiés a baissé :

- Formation plénière (ancienne commission de réforme), 2 625 en 2019, 1 827 en 2023.
- Formation restreinte (ancien comité médical), 5 598 en 2019, 3 168 en 2023.

Les délais de traitement de dossiers ont peu varié entre 2019 et 2023 (7 mois et 8 mois).

En 2024, 67% des saisines reçues à la formation restreinte ont été traitées dans un délai inférieur ou égal à 3 mois.

Les dossiers d'imputabilité au service d'un accident de service et de maladie professionnelle (inscrite aux tableaux) restent les plus traités en formation plénière, même si leur nombre a baissé de près de 40% (respectivement 570 en 2019 contre 302 en 2023, et 776 en 2019 contre 399 en 2023).

Le nombre de dossiers relatifs au placement en retraite pour invalidité reste stable (507 en 2019 contre 453 en 2023). Il est néanmoins à noter un pic de 627 placements en 2022.

Pour la formation restreinte, le nombre de dossiers de reclassement pour inaptitude physique a baissé de 30% entre 2019 et 2023 (527 en 2019 contre 377 en 2023).

Le nombre de dossiers d'octroi d'un CLM a baissé de 18% (1 706 en 2019 contre 1 429 en 2023).

Le nombre de dossiers d'octroi d'un CLD a légèrement baissé de 14% (558 en 2019 contre 476 en 2023).

Sans surprise les dossiers d'octroi ou de renouvellement d'un temps partiel thérapeutique ne sont quasiment plus traités par les conseils médicaux car accordés sur certificat médical depuis le décret n°2021-1462.

Globalement, il apparait une baisse du nombre de dossiers traités mais cette baisse est à mettre en parallèle avec un accroissement de la fonction de conseil auprès des collectivités. En effet, la réforme induite par le décret n°2022-350 du 11 mars 2022 a créé une cohorte de situations ne nécessitant plus l'avis du conseil médical (exemple : prolongation du CMO au-delà de 6 mois).

Même si le CIG procède au renvoi des saisines qui ne relèvent plus de la compétence du conseil médical, la compréhension de la réforme et de la réglementation en matière d'inaptitude physique, couplée à une publication du décret avec un effet rétroactif ont rendu compliqué le traitement des situations, nécessitant une importante gestion pour le service par l'étude et le renvoi des dossiers.
Ce rôle de conseil du service « secrétariat du conseil médical » du CIG n'a cessé de se renforcer depuis.

De plus, beaucoup de dossiers ne sont pas complets, ce qui implique une forte présence de la part du service pour accompagner les collectivités. Le CIG Petite Couronne a mobilisé la direction du conseil et de l'expertise statutaire pour informer et former les collectivités sur la réforme et les problématiques d'inaptitude physique, en lien avec le service du secrétariat du conseil médical.

Ce point est l'un des axes forts du Plan conseil médical, adopté par le conseil d'administration du CIG Petite Couronne en juin 2023 dont l'objectif est de réduire les délais de traitement en valorisant le renforcement de l'accompagnement des collectivités, la mise en place de la dématérialisation et des actions en faveur d'un recours efficace à la médecine agréée pour la réalisation d'expertises.

Les retours du service « secrétariats des conseils médicaux » du CIG Petite Couronne :

Lors de l'audition, il a été mis en avant plusieurs points d'amélioration :

- 1- Une meilleure information des agents concernés par un examen de situation, notamment par la transmission systématique des avis rendus.
- 2- Un allègement des cas de saisine du conseil médical qui se traduit par une baisse du nombre de dossiers reçus, baisse qu'il sera nécessaire d'analyser.
- 3- Un renforcement de la sécurité juridique des décisions des collectivités territoriales avec la mise en place d'un délai maximal de 2 mois pour former un recours auprès du conseil médical supérieur.

Mais des désagréments demeurent :
Il existe une difficulté manifeste pour les collectivités de s'approprier les cas pour lesquels le conseil médical doit être saisi, notamment sur les questions d'aptitude/d'inaptitude. La réforme intervient dans un contexte où la réglementation concernant l'indisponibilité physique des agents publics est particulièrement complexe.

A noter, une complexité concernant le congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS), congé qui peut être géré par les deux formations en fonctions du motif.

2.c- Le service médical du SDIS 83 a livré un témoignage de terrain.

Le service rapporte que les délais de traitement se sont accrus pour différentes raisons, il est difficile de trouver des médecins spécialistes, les délais de transmission des expertises sont longs et les agents gestionnaires doivent souvent relancer les agents concernés pour transmission des pièces réglementaires.

Il est également signalé qu'il aurait été opportun que le CDG du département informe le service des nouvelles modalités du décret n°2022-350 du 11 mars 2022 et des conséquences, notamment, sur la prise en charge des renouvellements de CLM/CLD à plein traitement ou à demi-traitement.

De même pour les retraites pour invalidité, le passage auprès des deux formations est désormais nécessaire, à savoir passage au conseil médical en formation restreinte pour la réintégration puis, devant le conseil médical en formation plénière pour se prononcer sur une retraite pour invalidité. Il est estimé qu'il s'agit d'une perte de temps d'autant plus que les délais d'instruction auprès de la CNRACL sont en moyenne de 9 mois.

2.d- Evolution du rôle des secrétariats des conseils médicaux

Un certain nombre de dispositions décrites pèse sur l'administration tant en termes de respect des délais et des procédures que de charges financières.

L'autorité territoriale dispose d'un délai de trois semaines pour transmettre le dossier de l'agent au secrétariat du conseil médical en vue d'une saisine de l'instance. A l'expiration de ce délai, le fonctionnaire peut faire

parvenir directement au secrétariat du conseil médical un double de sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette transmission vaut saisine.

L'agent dispose de droits supplémentaires dont il doit être informé par l'administration.
Il est informé au moins 10 jours ouvrés à l'avance de la date de la réunion du conseil médical. Il a le droit de consulter son dossier médical, de présenter des observations écrites et de fournir des certificats médicaux. Il peut aussi être accompagné ou représenté par une personne de son choix à toutes les étapes de la procédure. Un médecin de son choix peut être entendu par le conseil médical. L'administration peut aussi faire entendre le médecin de son choix. S'il le juge utile, le conseil médical peut aussi demander à auditionner l'agent.

Lorsqu'un dossier est examiné par le conseil en formation restreinte, le secrétariat du conseil avertit l'agent des moyens de contestation possibles de l'avis rendu devant le conseil médical supérieur.

Lorsqu'un dossier est examiné par le conseil en formation plénière, le secrétariat du conseil informe l'agent de son droit à être entendu par le conseil médical.

L'avis du conseil médical est motivé dans le respect du secret médical. Il est adressé au fonctionnaire ainsi qu'à l'administration.

L'administration n'est pas liée par l'avis du conseil médical mais doit transmettre sa décision à l'instance.
L'administration informe le conseil médical de sa décision. En cas d'avis contraire, la décision doit être motivée par l'autorité territoriale.

Les motifs de saisine de la formation plénière restent en grande partie identiques à ceux de l'ancienne commission de réforme. Quelques changements sont néanmoins à prendre en compte dans le traitement des dossiers :

- Il appartient à l'administration de mandater toutes les expertises médicales et compléments demandés en formation plénière.
- Le secrétariat du conseil médical sous l'autorité du médecin président accuse réception des saisines complètes à l'administration et à l'agent.
- Le décret prévoit un traitement dans le délai d'un mois. Ce délai peut être porté à deux mois si la formation plénière demande la réalisation d'une expertise ou des documents complémentaires. Ces délais semblent aujourd'hui peu réalistes au vu de plusieurs facteurs (les délais d'expertises médicales, la difficulté d'organiser des séances avec un quorum en juillet et en août).
- Le conseil médical – formation plénière doit motiver tous les avis rendus, favorables et défavorables.
- Le Conseil médical – formation plénière, à l'issue de chaque séance a l'obligation de transmettre dans le même temps les avis rendus à l'administration et à l'agent.
- Il est rappelé que l'avis du conseil médical – formation plénière ne lie pas l'administration qui a l'obligation de prendre une décision, de la motiver et de la notifier à l'agent concerné.

Les courriers sont envoyés à l'agent par lettre recommandée avec accusé de réception.

Enfin, il convient de mettre en avant le rôle d'accompagnement et de conseil endossé par les secrétariats des conseils médicaux des CDG. Certaines situations médicales ne sont plus examinées par les conseils médicaux et doivent être gérées par les collectivités, ce qui a induit un nombre moindre de saisines des conseils médicaux et moins de dossiers à traiter pour les secrétariats des conseils médicaux mais parallèlement, ces secrétariats ont dû accentuer un rôle de conseil auprès des services des ressources humaines et/ou médicaux des collectivités. Ainsi, certains CDG ont mis en place des sessions de formations, d'informations, des webinaires pour soutenir les collectivités dans l'instruction des dossiers.

Comme déjà signifié, le nombre de médecins agréés apparaît insuffisant au regard du nombre de dossiers à traiter et cela se traduit par un accroissement des délais pour prévoir des expertises médicales. Les délais sont

donc plus longs pour fixer des rendez-vous mais aussi pour les retours des rapports et avis. Cet état de fait engendre des répercussions sur le traitement des dossiers et impacte directement les agents, les collectivités et les instances médicales. Pour ces dernières en particulier, cela engendre des appels ou courriels auprès des agents et des collectivités pour comprendre les motifs de retard dans le traitement des dossiers. En séance, les médecins sont amenés à émettre des avis sur des dossiers avec un décalage assez important dans les dates.

Les secrétariats des conseils médicaux ayant participé à l'enquête de la FNCDG, ont été nombreux à réagir sur les difficultés d'interprétation des textes selon les collectivités.
L'exemple du CITIS (Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service) est souvent cité par les différents acteurs.
Le CITIS est un droit accordé aux fonctionnaires victimes d'accidents de service, d'accidents de trajet ou de maladies professionnelles. Pour bénéficier du CITIS, le fonctionnaire doit être dans l'incapacité d'exercer ses fonctions. Il est accordé pendant la durée de l'arrêt de travail consécutif à l'accident ou à la maladie et les fonctionnaires en CITIS peuvent bénéficier d'une rémunération spécifique pendant leur congé.

A ce propos, le CIG Petite Couronne relevait dans son audition une complexité concernant le CITIS en fonctions du motif de saisine entre la formation plénière et la formation restreinte ; l'imputabilité et l'allocation temporaire d'invalidité relèvent de la formation plénière tandis que le maintien dans la position dépend de la formation restreinte. Le CIG Petite Couronne estime que « *les collectivités et les agents connaissent des difficultés de compréhension et ne comprennent ainsi pas pourquoi une même situation est examinée par deux formations différentes pour le même événement initial ».*

Il a également été constaté lors des auditions et dans les différentes contributions, que si certaines fonctions sont soumises à des conditions de santé particulières (article 16 du décret n°2022-350 du 11 mars 2022), ces fonctions spécifiques n'ont jamais fait l'objet d'une quelconque définition, ce qui oblige les employeurs à déterminer leur propre hiérarchisation et entraîne une possible inégalité en fonction des territoires et des interprétations.

3. Les employeurs

Les réactions des employeurs territoriaux via l'Association des Maires de France et l'Association des Directeurs des Ressources Humaines des Grandes Collectivités Territoriales

Les membres de la Commission Fonction Publique Territoriale et Ressources Humaines de l'AMF travaillent régulièrement sur ces questions en lien avec la maladie et l'incapacité. Ils ont constaté :

- Une pénurie de médecins de prévention.
- Des difficultés à obtenir les expertises des médecins agréés (allongement des délais).
- Une rupture d'égalité avec les assurances : les collectivités et EPCI ne sont pas assurés dans les mêmes conditions.
- Une réforme des instances médicales limitant la place et la parole de l'élu au sein des conseils médicaux.

Dans sa contribution, l'Association des DRH des Grandes Collectivités Territoriales (ADRH-GCT) met en avant trois points :

- Une accélération des délais, objectif de la réforme mais qui ne se vérifie pas.
- Un dialogue parfois difficile entre les collectivités locales et le conseil médical
- Des changements pour les services RH instructeurs.

S'il est noté comme point positif la possibilité pour l'agent de reprendre une activité sans passage devant le conseil médical, les délais de traitement des autres motifs semblent plus importants qu'auparavant.

L'Association pointe notamment les différences d'interprétation des textes en fonction des CDG et questionne sur l'intérêt de se prononcer sur la révision des taux d'invalidité en cas de renouvellement de l'ATI et sur la consultation de l'instance en matière de retraite pour invalidité en cas d'accord du corps médical (médecin traitant et médecin expert).

Une critique formulée par l'Association est le manque de fluidité dans la transmission des informations entre les différents professionnels médicaux et un manque de dialogue entre l'employeur et le conseil médical avec des avis favorables sur l'imputabilité et des risques de recours.

4. La Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

Des représentants de la CNRACL ont été auditionnés dans le cadre de cette étude**.**

Il a été porté à la connaissance des membres de la FS4 que la réforme des instances médicales n'a eu que peu d'incidences sur le travail de la Caisse. Le passage de la commission de réforme aux conseils médicaux n'a pas eu d'impact significatif puisque la CNRACL intervient en fin de processus, après constitution du dossier par l'employeur et passage devant les instances médicales. La qualité des dossiers est la même. De ce fait, il leur a été difficile d'apprécier les changements induits par la réforme.

Les représentants de la CNRACL s'interrogent sur la compensation des mesures de simplification qui accompagnent la mise en place d'une instance médicale unique, le conseil Médical au vu du gain de temps consécutif à l'utilisation révolue de la procédure simplifiée (mise à la retraite pour invalidité non imputable au service prononcée au terme d'une procédure simplifiée, sur simple avis du comité médical et sans consultation de la commission de réforme, sous certaines réserves).

Ils soulignent également la pénurie de médecins agréés qui entraine un allongement des délais de traitement des dossiers.
Il est mis en avant le volume des dossiers d'invalidité qui a augmenté au fil des ans. Les simplifications réglementaires ne semblent pas suffisantes pour absorber cette hausse même si la simplification des règles de quorum est la bienvenue.

La qualité des dossiers apparait identique entre commissions de réforme et conseils médicaux.

Les réformes des retraites ont eu un impact non négligeable sur le suivi et la gestion des dossiers médicaux et se sont traduites par plus de sollicitations auprès de la CNRACL, notamment pour la fixation des taux d'invalidité, des mouvements de balanciers entre les instances et un alourdissement de la procédure due au processus de révisions quinquennales de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL) désormais traité en formation plénière.

Les différentes réformes des retraites ont induit davantage de sollicitations de la CNRACL concernant les taux d'invalidité et plus particulièrement, sur ceux qui préexistaient avant l'affiliation de l'agent. Les médecins agréés ne se prononcent pas toujours pour fixer le taux et les médecins du conseil médical ne disposent alors pas d'éléments suffisants pour se prononcer, faute d'avis des médecins experts. Cela implique des aller/retour entre la CNRACL et les instances médicales.

Toutes les révisions quinquennales de l'ATIACL, y compris en cas de maintien de taux, doivent être présentées en formation plénière. Auparavant, les dossiers avec maintien de taux étaient gérés directement entre la collectivité et la caisse des dépôts. Ce passage en formation plénière alourdit la procédure même lorsque le suivi du dossier est relativement simple.

Questions Politiques Sociales n°43 CDC Février 2025
Évolution des départs en invalidité des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers

Rappel de la procédure

Pour bénéficier d'une retraite anticipée pour invalidité, il est impératif de remplir les conditions suivantes :

- *Le fonctionnaire doit être reconnu définitivement inapte à ses fonctions, sans possibilité de reclassement. Un médecin agréé doit évaluer si l'agent est ou non en mesure de reprendre ses fonctions. Ce diagnostic est transmis au conseil médical*
- *La demande peut être faite d'office (après épuisement des congés de maladie) ou à la demande de l'agent pendant un congé de maladie.*
- *L'invalidité peut être d'origine professionnelle (imputable au service) ou non professionnelle. Les droits et le montant de la pension peuvent varier en fonction de cette distinction.*
- *Si le conseil médical conclut à l'inaptitude absolue et définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions sans possibilité de bénéficier d'un reclassement dans un emploi compatible avec son état de santé, l'employeur constitue le dossier de liquidation et maintient dans l'attente la rémunération de l'agent (même si les droits à congés maladie sont épuisés).*

Résumé de l'étude CDC sur les départs en invalidité dans la FPT

Il est constaté une forte augmentation des départs en invalidité dans la fonction publique territoriale (FPT), soit plus de 25 % depuis 2010. Entre 2010 et 2019, hausse de plus de 50 %, puis stabilisation autour de 7 200 départs/an (contre 5 400 en 2010).

Les causes principales sont le vieillissement des agents car l'âge moyen est passé de 43 à 46 ans pour les femmes et de 44 à 48 ans pour les hommes ; puis les diverses réformes des retraites (avec passage de l'âge d'ouverture des droits (AOD) de 60 à 62 ans, introduction de la décote, âge d'annulation à 67 ans, soit des agents exposés plus longtemps au risque d'invalidité.)

La catégorie C est la plus touchée avec un taux de départ pour invalidité d'environ 13 %, contre 3 % en catégorie A. Le taux d'invalidité des agents de catégorie B diminue de manière continue entre les générations 1946 et 1956. Les femmes de catégorie C sont surreprésentées (15,2 % pour la génération 1956, plus 3 points par rapport aux générations 1941-1951).

Des facteurs aggravants expliquent ce résultat. La pénibilité des métiers en catégorie C et de plus faibles rémunérations d'où des décalages de départ en retraite pour éviter la décote, concernant les femmes, la disparition du dispositif « parent de trois enfants » et enfin, des faibles possibilités de départ anticipé dans la FPT.

La situation est susceptible de s'aggraver avec la réforme des retraites de 2023 et engendrera vraisemblablement un effet négatif sur la santé des agents et sur les finances de la CNRACL qui finance l'invalidité.

Certaines solutions pourraient amoindrir ces effets, comme la transposition de l'accord prévoyance national signé le 11 juillet 2023 dans la loi n°2025-1251 du 22 décembre 2025[12] relative à la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux et la création d'un fonds professionnel d'usure pour une meilleure prise en compte de l'usure et de la pénibilité de certains métiers.

12

[12] LOI n° 2025-1251 du 22 décembre 2025 relative à la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux (1) - Légifrance

5. Le conseil médical supérieur

Dans sa contribution écrite le conseil médical supérieur, instance de recours et de conseil, met en avant certaines difficultés rencontrées avec la mise en œuvre de la réforme des instances médicales.

- La difficulté première est sans conteste l'augmentation du nombre de dossiers de recours qui ne permet pas l'étude de la totalité dans le délai réglementaire. Cette situation peut engendrer chez les agents un sentiment de « perte de chance » de voir leur demande aboutir. C'est pourquoi le conseil médical supérieur a jugé pertinent de mettre en place des critères de priorisation des dossiers à examiner (en particulier, le critère de non-concordance entre l'avis de l'expert et l'avis du conseil médical local).
- Une deuxième difficulté est le faible niveau d'information des agents sur la réglementation en matière de congés pour raison de santé et qui conduit à voir remonter au conseil médical supérieur des dossiers voués au refus car portant sur des demandes non réglementaires. A titre d'exemple, on peut citer les demandes de congé de longue durée pour des pathologies n'y ouvrant pas droit ou encore des contestations de taux d'incapacité permanente partielle qui n'entrent pas dans le champ de compétence du conseil médical supérieur. Par ailleurs, ce défaut d'information porte aussi sur la nature de l'avis rendu par le conseil médical supérieur. Ainsi, certains agents ignorent que le conseil médical supérieur produit un avis consultatif, donc non contraignant pour l'employeur, et que ce dernier est seul décisionnaire in fine.
- Enfin, il arrive de plus en plus souvent que des dossiers qui devraient être gérés administrativement ou en lien avec la médecine du travail soient « médicalisés » faute de solutions dans les services. Il en est ainsi des agents pour lesquels un avis d'aptitude avec aménagement de poste ou un avis de reclassement a été rendu par le conseil médical départemental et pour lesquels les employeurs font un recours devant le CMS dans l'objectif d'obtenir un avis d'inaptitude, la raison sous-jacente étant la difficulté voire l'impossibilité, de mettre en œuvre les préconisations du conseil médical départemental.

En 2024, le ratio de dossiers hors-délai par rapport au nombre global de dossiers reçus n'est pas évaluable de façon incontestable sur une année civile, les dossiers passant en hors-délai pendant le premier quadrimestre de l'année N ayant été reçus au dernier quadrimestre de l'année N-1, et ceux reçus au dernier quadrimestre de l'année N passant en hors-délai au cours du premier quadrimestre de l'année N+1.

Cependant, cet indicateur est régulièrement suivi, en particulier pour les dossiers présentant une non-concordance entre les avis locaux (avis conseil médical versus avis expert) et donc considérés par le conseil médical supérieur en niveau de priorité 1. Pour ces dossiers, l'objectif est de limiter autant que possible leur nombre afin de réduire l'éventuel sentiment de « perte de chance » pour les agents. En 2024, ces dossiers ont représenté environ 12% du nombre total de dossiers reçus.

Sur le sujet des dossiers hors-délai, il convient de préciser que les actions du conseil médical supérieur pour en réduire la proportion se heurtent aux éléments suivants :

- L'augmentation constante depuis 3 ans du nombre de dossiers reçus ;
- Une augmentation à associer à la stabilité du nombre de séances du conseil médical supérieur et à l'impossibilité d'accroitre davantage la charge d'expertise supportable et acceptable par les médecins experts.

6. Les médecins

La fonction publique territoriale connaît une pénurie croissante de médecins, notamment, de médecins du travail. Cette pénurie entraîne des difficultés pour les centres de gestion et affecte le fonctionnement normal des services.

Les causes sont, entre autres, la crise d'attractivité de la profession, les conditions de recrutement et de formation exigeantes, ainsi que la rémunération insuffisante.

Plus particulièrement, la pénurie de médecins agréés peut poser des défis pour le bon fonctionnement des conseils médicaux. Les délais de traitement des dossiers peuvent être allongés, et les agents rencontrer des difficultés pour obtenir des rendez-vous médicaux dans des délais raisonnables. Cette situation nécessite des ajustements dans l'organisation des visites médicales et la gestion des ressources humaines au sein des collectivités territoriales.

Les conséquences ne sont pas négligeables car il est constaté un impact sur la qualité des conseils médicaux et sur la santé des agents, avec des délais de consultation prolongés et une surcharge de travail pour les médecins en poste.

6.a- Témoignage d'un médecin du travail/SDIS 83

Ce médecin atteste d'une expérience de plus de 30 ans en qualité de médecin chez les sapeurs-pompiers.

Depuis la mise en œuvre de la réforme, il assiste au conseil médical en alternance avec sa supérieure hiérarchique en fonction des besoins du service et non plus systématiquement comme auparavant.

Il estime manquer de temps et de visibilité pour maîtriser les dossiers des agents du SDIS et permettre une gestion juste de leur problématique santé résultant d'accident en service.

Il considère également qu'avant l'entrée en vigueur du décret, un dialogue entre le médecin de médecine professionnelle et les médecins agréés sur certains dossiers complexes était plus facile.

Dans son enquête réalisée auprès des secrétariats des conseils médicaux des CDG, la FNCDG pointe les difficultés liées aux médecins

- Les listes des médecins agréés éditées par les Agences Régionales de Santé ne sont pas à jour et certains médecins inscrits sur cette liste ne font plus d'expertises. Les nouvelles vocations sont rares et les médecins échaudés par l'afflux de sollicitations. Par ailleurs, les médecins rencontrent parfois des difficultés et des délais très longs pour obtenir leur agrément auprès de l'ARS (jusqu'à 1 an).
- Les médecins agréés sont peu informés par l'ARS sur les missions qu'ils peuvent avoir à accomplir dans le cadre d'expertises des agents de la FPT. Il arrive fréquemment que les expertises mandatées ne contiennent pas les éléments nécessaires pour formuler un avis et donnent lieu à une seconde expertise, allongeant ainsi les délais de traitement des dossiers.

L'absence de formation (sur les spécificités de la FPT et sur les instances) de ces médecins est aussi préjudiciable au bon fonctionnement du contrôle médical des fonctionnaires.

Des spécialités font défaut dans nombre de départements (notamment en rhumatologie, neurologie). Les secrétariats des conseils médicaux relevant des centres de gestion constatent de plus en plus de difficultés à trouver des experts dans le département et même hors département.

Les rapports d'expertise sont souvent incomplets (une page équivalente à des conclusions, absence d'examens…) et sont envoyés après relances.

Les médecins du conseil médical sollicitent une rémunération en adéquation avec la perte de revenus d'activité du fait de cette mission. La rémunération des médecins agréés siégeant en conseil médical est toujours fixée par l'arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des membres des comités médicaux prévus par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986, non réévalué et qui prévoit *« Les médecins et leurs suppléants désignés pour faire partie des comités médicaux institués auprès de l'administration centrale ou des comités médicaux départementaux reçoivent, en cas de présence effective, une rémunération de 43,60 Euros par séance de deux*

heures, sans que plus de deux séances ne puissent avoir lieu dans la même journée ». Au regard de ce niveau de rémunération, les médecins même Présidents, ne s'investissent pas dans cette mission.

A la difficulté de trouver des médecins, s'ajoutent des charges annexes comme les frais de trajet, le versement d'honoraires des médecins agréés au-delà des montants fixés réglementairement…, voire parfois des avis rendus sans expertise du fait de l'impossibilité d'en diligenter, faute de médecins.
La pénurie des médecins induit et conforte les dépassements d'honoraires.

Les services de comptabilité des collectivités apportent une vigilance accrue en matière de règlement d'expertises, qui exigent de plus en plus d'éléments des médecins (N° de SIRET alors que les praticiens hospitaliers n'en possèdent pas, versement de leur lettre de mission en même temps que la dépose de leur facture sur Chorus…), formalisme complexe pour les médecins.

Les délais de traitement des dossiers sont plus longs également du fait de la méconnaissance du statut par les médecins.

Enfin, certains rapports d'expertise ne répondent pas aux attendus des caisses (CNRACL-ATIACL, méconnaissance des barèmes, défaut de complétude des formulaires AF3…).

6.b- Témoignage du Docteur Faivre

Il est Président du conseil médical de la FPT de la Gironde au CDG 33 et a constaté des améliorations :

- La possibilité pour le médecin Président d'instruire des dossiers qui peuvent ainsi être présentés directement, ce qui contribue à accélérer la procédure.
- La disparition de certaines saisines inutiles, notamment celles concernant l'allocation d'invalidité temporaire.

Mais des difficultés persistent :

- Certaines saisines sont malheureusement incomplètes et amènent à des incohérences.
  A titre d'exemple, le conseil médical peut être saisi pour l'imputabilité d'un accident sans se prononcer sur la date de consolidation ou sur l'imputabilité des lésions. Cela engendre une reconnaissance d'imputabilité administrative de l'accident induisant celle des lésions alors qu'elle ne devrait pas forcément être prise en compte. Plusieurs mois après, il peut être rapporté que l'agent est toujours en soin ou en arrêt en CITIS pour des éléments autres, non imputables.
- Les dossiers sont plus morcelés, plus complexes notamment en formation restreinte en cas de contestation des conclusions d'un médecin agréé.
- Il n'existe pas de suivi des saisines et des difficultés des conseils médicaux. De nombreuses discussions entre médecins ont lieu et devraient amener à des remises en cause régulières des décisions ou des difficultés sur les octrois de congés de longue maladie et de longue durée avec des échanges sur le niveau de gravité.
- Des difficultés sur les disparitions des saisines pour les consolidations, octrois de maladie professionnelle dont la saisine devrait être obligatoire, pour éviter des aberrations au détriment des agents selon le médecin choisi, selon sa formation ou selon l'avis du médecin du travail….

Enfin, il attire l'attention des membres sur les conditions de travail des médecins :

- La faible rémunération des médecins agréés reste un problème.
- La judiciarisation et les problématiques actuelles vont vers une nécessaire professionnalisation des médecins agréés.
- Le périmètre des missions des services des ressources humaines peut être mal défini et la formation insuffisante dans certaines collectivités.
- Le suivi des dossiers est parfois trop lent et ne permet pas une instruction suffisante.
- Les délais pour obtenir un rendez-vous d'expertise sont souvent longs mais liés à la rémunération des médecins.
- Les renseignements pour assurer la mission dévolue aux médecins agréés sont souvent insuffisants.

6.c- Témoignage du Docteur Le Seac'h

Il est Président du conseil médical en Loire Atlantique pour les 3 versants.
Il estime que le fonctionnement de la procédure médicale dans la FPT est satisfaisant compte tenu des moyens dédiés aux activités des secrétariats par les CDG (il se montre plus dubitatif concernant la FPE et la FPH étant donné le manque de moyens).

Le Docteur Le Seac'h n'a pas constaté d'améliorations du fonctionnement des instances médicales depuis la mise en œuvre de la réforme. En termes de difficultés, il souligne une augmentation importante des temps partiels thérapeutiques (maintenant sur prescriptions du médecin traitant) et sans contrôle efficace de la part des médecins agréés.

Comme son homologue, il insiste sur la faiblesse des rémunérations qui décourage tout investissement personnel, notamment pour de jeunes confrères et entraine une fuite des médecins spécialistes qui acceptaient encore de travailler avec la FPT.

Il déplore une étude de poste insuffisante, du parcours professionnel de l'agent peu renseigné et des tableaux des maladies professionnelles obsolètes nécessitant une refonte.

En conclusion, le Docteur Le Seac'h considère que la mise en œuvre des nouveaux conseils médicaux a augmenté l'inégalité de traitement des dossiers des agents, car le conseil médical a un rôle « d'ajustement » des décisions, permettant à tous les agents de voir leur dossier traité de la même façon. L'absence de saisie systématique du conseil médical a entrainé une gestion des dossiers par les services de ressources humaines, les médecins du travail, les médecins agréés sans instance de contrôle.

6.d- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins

Le Conseil national de l'Ordre des médecins est une institution de droit privé chargée d'une mission de service public, l'Ordre assure la régulation déontologique de la profession médicale. Présent sur tous les territoires, l'Ordre agit au plus près des médecins dans leur exercice. Il leur apporte un éclairage déontologique, des conseils juridiques, accompagne leur installation, les guide dans leurs démarches administratives, les soutient en cas de difficultés. L'Ordre veille également à préserver l'intérêt du patient et la relation médecin-patient est au cœur de ses préoccupations. Il dispose à cet égard d'instances disciplinaires.

La principale difficulté remontée concerne les difficultés d'utilisation du logiciel Chorus Pro pour la facturation.
Le Conseil souligne la nécessité de revoir les honoraires des médecins agréés.
Le CNOM a contribué à repousser la limite d'âge pour exercer ces fonctions, qui est aujourd'hui portée à 75 ans.

Sur le fonctionnement des conseils médicaux, le CNOM fait état de difficultés à trouver des médecins libéraux disponibles. De façon globale, et mis à part les difficultés mentionnées dans ses réponses, la faible remontée à l'Ordre de la part des médecins ou des agents pourrait être le signe d'un fonctionnement satisfaisant.

III.PRECONISATIONS

Les préconisations présentées dans ce rapport sont regroupées par thèmes.

1. Egalité de traitement, rappel réglementaire, harmonisation des pratiques

Préconisation 1 : Proposer la diffusion d'une circulaire rappelant les droits.

- Rappeler les droits d'autorisations d'absences des représentants du personnel (art R 214-36 à 214-44 du CGFP) ;
- Rappeler le décret sur la Présidence et les règles concernant la Présidence ne sont pas ou mal appliquées ;
- Rappeler la possibilité de faire appel à des spécialistes hospitaliers pour les expertises ;
- Permettre l'accès des représentants aux témoignages, rapports et constats prévus par l'article 6-2 ;
- Encourager les employeurs à reconnaitre l'imputabilité au service ;
- Encourager les employeurs à anticiper la saisine des situations afin d'éviter un allongement des délais de traitement des dossiers.

Préconisation 2 : Mettre en place une doctrine commune

- Renforcer les moyens du conseil médical supérieur pour mener à bien l'animation des conseils médicaux dans le sens de l'article 18 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 ;
- Définir de manière précise la notion de motivation des avis afin d'éviter les approximations ;
- Organiser un temps annuel d'échanges entre les membres de l'instance afin de faire un état des lieux des points positifs et négatifs, de proposer des actions correctives, de disposer de bilans concrets sur le nombre d'accidents de service ayant donné lieu à un avis favorable ou défavorable et le nombre de retraites pour invalidité.

2. Accès aux pièces, transmission des informations préalables

Préconisation 3 : Généraliser une plateforme informatisée, type VADIM à l'instar de la Fonction Publique de l'Etat et favoriser la télétransmission des pièces tout en réfléchissant au renforcement de la sécurité des outils afin de garantir le secret médical et le contrôle de la confidentialité des situations dans le cadre de l'utilisation de la visioconférence.

Préconisation 4 : Mentionner explicitement les conséquences d'un dossier incomplet dans les courriers et formulaires à destination des médecins agréés.

3. Formation de tous les acteurs (Elus, représentants du personnel, médecins, agents services support, administration)

Préconisation 5 : Créer et renforcer les actions de formation à destination de tous les acteurs.

Préconisation 6 : Proposer la création de guides.

Créer un guide spécifique sur la procédure médicale à destination des médecins agréés, à l'instar de celui réalisé par le CDG 62 en février 2024, « *Le guide du contrôle médical des agents publics*[13] ».
Créer un guide détaillé sur le statut de la fonction publique pour les médecins agréés.
Créer un guide pratique des instances avec fiches procédurales et conseils personnalisables.
Cette action pourrait être pilotée par les centres de gestion, les associations d'élus, la Direction Générale des Collectivités Locales et la Direction Générale de l'Administration de la Fonction Publique.

4. Accompagnement des agents

Préconisation 7 : Encourager et systématiser les actions de communication dispensées par les centres de gestion à destination des collectivités (webinaires, visites et conseils).

Préconisation 8 : Rendre systématique la transmission, avec la convocation au conseil médical, des coordonnées des représentants du personnel, en les distinguant par catégorie.

5. Evolution vers de nouveaux droits et de nouvelles procédures

Préconisation 9 : Clarifier et limiter les motifs de saisine.

Préconisation 10 : Proposer un délai de recours devant le conseil médical supérieur de 6 mois au lieu des 4 mois prévus.

Préconisation 11 : Exiger une meilleure justification et motivation des décisions et travailler sur un document formalisé et commun.
Clarifier l'articulation entre expertise médicale et expertise de l'assureur.

Préconisation 12 : Solliciter le Gouvernement pour promulguer une disposition transitoire autorisant la prolongation des mandats des élus après des élections et éviter une vacance.

Préconisation 13 : Renforcer l'obligation faite aux préfets de mettre à jour régulièrement et systématiquement les arrêtés de la Préfecture désignant les médecins agréés du conseil médical.

Préconisation 14 : Prévoir un délai de convocation pour les représentants du personnel et les agents.
Le renforcement du formalisme a rendu les décisions plus explicites pour les agents et les employeurs mais a entrainé des difficultés en termes de délais et un accroissement des frais.

Préconisation 15 : Alléger les procédures :

- Supprimer la formation restreinte du conseil médical ou fusionner les deux formations (restreinte et plénière)
- Revenir à la situation antérieure à 2022 qui dispensait l'employeur de saisir la formation plénière du conseil médical en cas de maintien du taux de l'ATIACL dans le cadre des révisions quinquennales.

6. Rôle et valorisation des professionnels de santé

Préconisation 16 : Revaloriser la rémunération des médecins

Préconisation 17 : Renforcer les obligations en matière de lettre de mission des médecins experts

[13] Microsoft Word - Guide-controle-medical-3003022.docx

RECAPITULATIF DES 17 PRECONISATIONS

1 - Proposer la diffusion d'une circulaire rappelant les droits.

2 - Mettre en place une doctrine commune.

3 - Généraliser une plateforme informatisée, type VADIM à l'instar de la Fonction Publique de l'Etat et favoriser la télétransmission des pièces tout en réfléchissant au renforcement de la sécurité des outils afin de garantir le secret médical et le contrôle de la confidentialité des situations dans le cadre de l'utilisation de la visioconférence.

4 - Mentionner explicitement les conséquences d'un dossier incomplet dans les courriers et formulaires à destination des médecins agréés.

5 - Créer et renforcer les actions de formation à destination de tous les acteurs.

6 - Proposer la création de guides.

7 - Encourager et systématiser les actions de communication dispensées par les centres de gestion à destination des collectivités (webinaires, visites et conseils).

8 - Rendre systématique la transmission, avec la convocation au conseil médical, des coordonnées des représentants du personnel, en les distinguant par catégorie.

9 - Clarifier et limiter les motifs de saisine.

10 - Proposer un délai de recours devant le conseil médical supérieur de 6 mois au lieu des 4 mois prévus.

11 - Exiger une meilleure justification- motivation des décisions et travailler sur un document formalisé et commun.

12 - Solliciter le Gouvernement pour promulguer une disposition transitoire autorisant la prolongation des mandats des élus après des élections et éviter une vacance.

13 - Renforcer l'obligation faite aux préfets de mettre à jour régulièrement et systématiquement les arrêtés de la Préfecture désignant les médecins agréés du conseil médical.

14 - Prévoir un délai de convocation pour les représentants du personnel et les agents.

15 - Alléger les procédures.

16 - Revaloriser la rémunération des médecins.

17 - Renforcer les obligations en matière de lettre de mission des médecins experts.

CONCLUSION

La réforme des conseils médicaux intervenue en 2022 a laissé subsister de nombreuses interrogations et n'a pas nécessairement permis de répondre aux difficultés déjà relevées par les inspections générales dans leurs travaux de 2017.

Si la nécessité d'une réforme plus globale du traitement des situations médicales dans la fonction publique peut aujourd'hui être légitimement posée, les préconisations formulées dans le présent rapport visent avant tout à améliorer le fonctionnement du dispositif existant. Elles poursuivent un double objectif : renforcer la transparence des procédures et faciliter les démarches des agents. Au-delà des aspects organisationnels et réglementaires, l'ambition est également de garantir un meilleur respect des agents confrontés à des situations souvent complexes sur le plan personnel et professionnel, en réintroduisant davantage d'humanité dans leur prise en charge. Dans cette perspective, la mise en place de référents clairement identifiés ainsi que la simplification de certaines formalités apparaissent comme des leviers essentiels pour assurer un accompagnement plus efficace et plus lisible.

L'administration centrale, consciente des limites et des fragilités du dispositif actuel, envisage d'ores et déjà plusieurs évolutions dans le cadre du projet de futur Plan Santé au Travail (PST) porté par la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP).

Le document de travail présenté aux représentants des principales organisations syndicales représentatives et aux représentants des employeurs des trois versants de la fonction publique, dans le cadre d'une réunion de la formation spécialisée n° 4 du Conseil commun de la fonction publique, fait ainsi écho à plusieurs constats et réflexions développés dans le présent rapport.

Son premier axe est consacré à la préservation de la santé des agents face aux risques professionnels auxquels ils sont exposés. Parmi les objectifs affichés figure notamment le maintien dans l'emploi par la prévention de l'usure professionnelle et l'accompagnement des parcours de reconversion. La création d'un Fonds d'usure professionnelle, susceptible d'apporter un soutien concret à ces démarches, n'est pourtant pas évoquée.

Cette demande reste forte et est régulièrement mise en avant par les employeurs territoriaux et les organisations syndicales représentatives. Le rapport sur la *Préfiguration du fonds en faveur de la prévention de l'usure professionnelle, du maintien dans l'emploi et de l'accompagnement des transitions professionnelles dans la fonction publique territoriale*[14] paru en octobre 2023, mission présidée par Michel HIRIART, Président de la FNCDG, peut constituer une base aux travaux à mener.

La création d'un fonds de prévention s'inscrit dans la réforme des retraites et vise à répondre à l'allongement des carrières dans la fonction publique territoriale.

En 2023, la fonction publique territoriale comptait 1,9 million d'agents, 75 % de catégorie C et 43 % de plus de 50 ans. Plus de 52 000 agents étaient concernés chaque année par des situations d'inaptitude, de reclassement ou d'invalidité.

La proposition d'instaurer un fonds de l'usure professionnelle poursuivait plusieurs objectifs, toujours d'actualité, soit développer la prévention de l'usure professionnelle, favoriser le maintien dans l'emploi et accompagner les transitions professionnelles.
Tous les agents territoriaux, fonctionnaires et contractuels, pouvaient en être bénéficiaires et une priorité était accordée aux métiers exposés et aux situations médicalement reconnues.

[14] Préfiguration du fonds en faveur de la prévention de l'usure professionnelle, du maintien dans l'emploi et de l'accompagnement des transitions professionnelles dans la fonction publique territoriale | Igas

Le rapport de 2023 présentait plusieurs actions à mettre en œuvre telles que des diagnostics de prévention des risques, une réflexion sur les aménagements de postes, la mise à disposition d'équipements ergonomiques, la possibilité de recourir à des mobilités préventives, des formations et la mise en œuvre de programme de reconversions.

Les principales recommandations formulées étaient ainsi de développer les entretiens de carrière, d'inscrire les politiques de prévention (primaire et secondaire) dans les lignes de gestion des ressources humaines, de s'appuyer sur les centres de gestion, de travailler avec le CNFPT, d'améliorer les données, d'ouvrir le fonds à tous les agents, de créer un établissement dédié et d'assurer un financement pérenne.

Le diagnostic posé par le rapport sur la Préfiguration du fonds en faveur de la prévention de l'usure professionnelle, du maintien dans l'emploi et de l'accompagnement des transitions professionnelles dans la fonction publique territoriale revêt une acuité d'autant plus importante en 2026 compte tenu des réformes des retraites intervenues depuis 2023 et du vieillissement accru des agents de la fonction publique territoriale.

De plus, plusieurs pistes d'amélioration apparaissent essentielles pour renforcer l'effectivité des dispositifs de maintien dans l'emploi.

En premier lieu, il conviendrait d'harmoniser la définition et le périmètre de l'aménagement de poste, dont les modalités d'application demeurent aujourd'hui très hétérogènes selon les collectivités et les territoires. Une telle harmonisation contribuerait à réduire les disparités territoriales et à garantir une meilleure égalité de traitement des agents confrontés à des problématiques de santé ou d'aptitude professionnelle.

En deuxième lieu, la création d'une cellule dédiée à l'emploi et au reclassement permettrait d'accompagner plus efficacement les agents dans leurs démarches de maintien dans l'emploi, y compris lorsqu'aucune solution ne peut être identifiée au sein de leur collectivité d'origine. Cette structure favoriserait une meilleure coordination des acteurs concernés, l'élargissement des opportunités de reclassement et un accompagnement personnalisé des agents et des employeurs.

Enfin, le développement des parcours de reclassement fondés sur la formation professionnelle constitue un levier majeur pour sécuriser les transitions professionnelles, faciliter l'accès à de nouveaux métiers compatibles avec l'état de santé des agents et prévenir les départs prématurés pour invalidité.

Ces évolutions contribueraient à renforcer l'efficacité des politiques de prévention de la désinsertion professionnelle et à garantir un maintien dans l'emploi plus équitable, durable et adapté aux besoins des agents comme des employeurs publics.

Le projet de PST prévoit également de garantir aux agents une reconnaissance et une réparation effectives des atteintes à la santé d'origine professionnelle. L'objectif affiché est d'harmoniser et de sécuriser davantage les procédures de reconnaissance des accidents de service et des maladies professionnelles. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) ainsi que les disparités persistantes dans les pratiques d'instruction des dossiers selon les employeurs publics sont clairement identifiées. Dans ce contexte, l'actualisation du Guide Pratique relatif aux accidents de service et aux maladies professionnelles[15] édité en 2019 ainsi que l'élaboration d'une doctrine commune applicable à l'ensemble des employeurs publics apparaissent comme des pistes particulièrement pertinentes.

[15] Guide pratique des procédures Accidents de service - Maladies professionnelles | Le portail de la fonction publique

Néanmoins, il n'est aucunement fait mention d'une actualisation des tableaux des maladies professionnelles et d'une éventuelle évolution afin d'y inscrire de nouvelles pathologies liées au travail, telles que les risques psychosociaux et la santé mentale. Ces modifications sont pourtant attendues par les professionnels de santé, les employeurs et les organisations syndicales.

Pour les agents territoriaux affiliés à la CNRACL, la reconnaissance d'une maladie professionnelle s'appuie généralement sur les tableaux du régime général de la Sécurité sociale, tout en tenant compte des règles propres à la fonction publique et de la procédure d'imputabilité au service. Les évolutions des tableaux ont donc un impact direct sur l'instruction des dossiers.
Les tableaux des maladies professionnelles constituent le principal dispositif de reconnaissance des pathologies liées à l'activité professionnelle. Annexés au Code de la sécurité sociale, ils définissent les maladies, les délais de prise en charge et les travaux susceptibles de les provoquer. L'actualisation des tableaux permettrait une meilleure prise en compte des risques réellement rencontrés par les agents publics. Lorsque les conditions du tableau sont remplies, la reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie est simplifiée, ce qui peut réduire les délais d'instruction et sécuriser juridiquement les décisions des employeurs.
L'évolution des tableaux constituerait également un signal adressé aux employeurs publics sur la nécessité d'adapter leurs démarches de prévention. L'objectif est ainsi double : protéger la santé des agents et limiter les conséquences humaines, organisationnelles et financières des maladies professionnelles.
Enfin, l'actualisation des tableaux des maladies professionnelles constitue à la fois un progrès pour la protection des agents et un défi organisationnel, financier et préventif pour les collectivités territoriales. Elle invite les employeurs publics à renforcer leurs politiques de prévention et à mieux anticiper les effets de long terme des expositions professionnelles.

Le renforcement du fonctionnement des conseils médicaux et la consolidation du réseau des médecins agréés constituent également un axe majeur du projet de document. Plusieurs mesures sont envisagées afin de renforcer l'attractivité de ces missions auprès des professionnels de santé (la rémunération, la participation aux instances, l'allègement des charges administratives ou encore l'harmonisation des procédures d'agrément mises en œuvre par les préfectures). Des actions de communication, de recrutement et de formation à l'expertise statutaire sont également prévues afin de répondre aux difficultés de recrutement constatées sur l'ensemble du territoire.

Parallèlement, le projet de PST prévoit une harmonisation des pratiques des conseils médicaux et une professionnalisation accrue de leurs secrétariats. Cette démarche passerait notamment par un état des lieux consolidé de leur fonctionnement, par l'élaboration d'outils communs et par la mise en place d'actions de formation adaptées. Ces orientations rejoignent directement plusieurs préconisations formulées dans le cadre de la présente autosaisine.

Le deuxième axe du plan est consacré à l'objectif de garantir un accès équitable de tous les agents à un réseau d'acteurs de la prévention reconnu et suffisamment structuré.

Enfin, le document évoque le développement de la formation des représentants du personnel siégeant au sein des formations spécialisées des comités sociaux, dans une logique de professionnalisation des acteurs participant aux politiques de santé et de sécurité au travail.

Pour autant, ces évolutions, aussi nécessaires soient-elles, ne permettront probablement pas à elles seules de répondre à l'ensemble des enjeux identifiés. Le système demeure fragile et largement perfectible. Les conséquences du vieillissement de la population, les tensions persistantes liées à la démographie médicale, l'allongement des carrières professionnelles ainsi que l'augmentation prévisible des situations de maintien dans l'emploi appellent une réflexion plus large sur l'organisation des dispositifs médicaux statutaires dans la fonction publique. Au-delà des ajustements techniques et organisationnels, c'est bien la question de l'adaptation durable des conseils médicaux aux évolutions du monde du travail et aux besoins des agents qui devra être posée dans les années à venir.

Si un certain nombre des actions envisagées dans le cadre du futur Plan Santé au Travail rejoint ainsi les constats et recommandations proposés par les membres de la FS4 du CSFPT, le rapport présenté aujourd'hui en séance plénière s'avère plus ambitieux dans ses préconisations et celles-ci pourraient enrichir le projet de l'administration centrale. Leur mise en œuvre effective pourrait ainsi contribuer, dans des délais raisonnables, à améliorer le fonctionnement des conseils médicaux et l'accompagnement des agents concernés.

ANNEXES

Annexe 1 : liste des établissements et structures institutionnelles auditionnes au cours de la préparation du présent rapport

Trois auditions ont été réalisées :

- La CNRACL le 15 janvier 2025 :
  - Madame Stéphanie LEFRANCOIS, Responsable adjointe du Service Vie Sociale, Direction des politiques sociales, Direction du pilotage et de l'appui.
  - Madame Elisabeth GOUYON, adjointe à la responsable du service Liquidations.
  - Madame Catherine LADVIE, adjointe au responsable d'une unité en charge de la liquidation des pensions (pensions d'invalidité).
  - Monsieur Cyril BONNOUVRIER, adjoint au responsable d'une unité en charge de la liquidation des pensions (pensions d'invalidité).

- Le Centre Interdépartemental de Gestion de la Petite Couronne le 5 février 2025 :
  - Monsieur Benoît HAUDIER, DGA Concours, Santé et Action Sociale, également chargé des assurances, de la PSC et du conseil en organisation,
  - Madame Stéphanie CATTO, directrice Prévention, Santé et Action Sociale, qui regroupe 6 services dont les secrétariats médicaux, les services d'ingénierie préventive, de médecine préventive, d'assistants sociaux du travail, des dispositifs psycho-sociaux et de maintien dans l'emploi,
  - Madame Caroline GAMBART, cheffe du service du secrétariat du conseil médical interdépartemental.

- Le Groupe RELYENS, spécialisé en management des risques le 21 mai 2025 :
  - Monsieur Philippe CHARTON, Directeur de développement/Marché des territoriaux
  - Monsieur Régis DOUAUD, Directeur de la prévention
  - Madame Christelle MARTIN, spécialiste des contre-visites et expertises médicales

D'autres experts ont contribué par écrit à l'étude :

- Le Conseil Médical Supérieur :
  - Le Docteur Jean-Frédéric WESTPHAL, Médecin Responsable du service ;
  - Madame Marie-Christine MILLET, chargée de mission.

- Le Docteur René-Pierre LABARRIERE, Président de la section Exercice Professionnel du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

- Le Docteur Hervé LE SEAC'H, Président du Conseil Médical de la Loire-Atlantique.

- Le Docteur Gilles FAIVRE, Président du Conseil Médical FPT Gironde/CDG 33.

- Le SDIS 83 :
  - La cheffe du Service Accidents et Maladies ;
  - Le médecin du travail.

- L'Association des Maires de France.

- La Fédération Nationale des Centres de Gestion.

- L'Association Nationale des Directeurs de Ressources Humaines des Grandes Collectivités Territoriales

CSFPT

Formation spécialisée n°4

9 octobre 2024

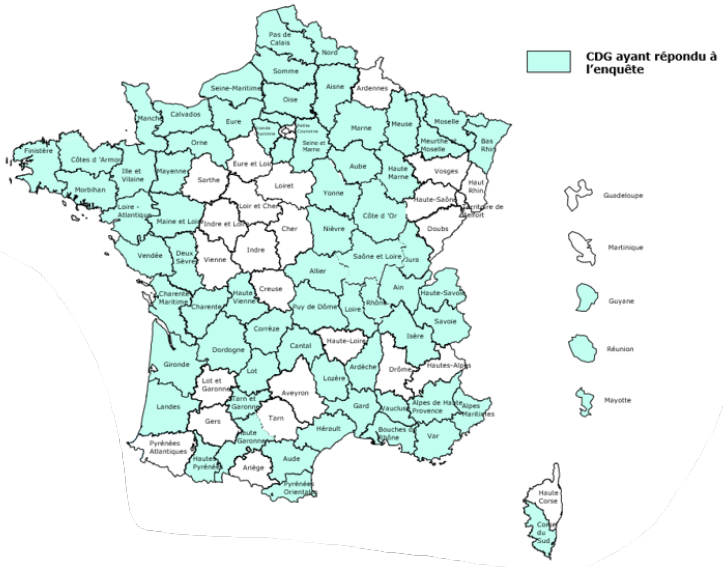
Enquête sur l'activité et le fonctionnement des conseils médicaux dans les CDG

Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

Le secrétariat du conseil médical dans les CDG

Enquête comprenant 43 questions validées par la commission SSQVT de la FNCDG le 24 juin envoyée à tous les Centres de gestion adhérents par mail le 16 juillet 2024 (relances les 3 et 27 septembre)

68 répondants



L'organisation du conseil médical dans la FPT

Dans un objectif de simplification et de rationalisation de l'organisation et du fonctionnement des instances à la suite de la publication de la loi n°2019-828 du 6 août 2019, l'ordonnance n°2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique a institué une instance médicale unique, le conseil médical, qui s'est substitué au comité médical et à la commission de réforme.

Article L 821-1 code général de la fonction publique :
Un conseil médical est saisi pour avis à l'occasion de l'octroi d'un congé mentionné au chapitre II dans les cas déterminés par un décret en Conseil d'Etat.
Ce décret fixe également les modalités d'organisation et de fonctionnement du conseil médical.

Le décret n°87-602 du 30 juillet 1987, tel que modifié par le décret n°2022-350 du 11 mars 2022, définit la composition de cette nouvelle instance, les modalités de désignation de ses membres ainsi que ses compétences et ses règles de fonctionnement.

Dans chaque département, un conseil médical est constitué auprès du préfet.

Le conseil médical dispose d'un secrétariat placé sous l'autorité de son président.

Le secrétariat est assuré :
- pour les collectivités et établissements affiliés à titre obligatoire ou volontaire : par le centre de gestion (article L 452-38 code général de la fonction publique)

- pour les collectivités et établissements ayant adhéré au bloc de compétences indivisibles : par le centre de gestion (article L 452-39 code général de la fonction publique)

- pour les collectivités et établissements publics non affiliés et n'ayant pas adhéré au bloc de compétences indivisibles : par elles-mêmes.

En 2021, les CDG employaient en moyenne 1,32 ETP pour le secrétariat de la commission de réforme et 1,64 ETP pour le secrétariat du comité médical.

En 2024, les 60 CDG répondants à cette question de l'étude emploient en moyenne 3 agents (2,74 ETP) pour le secrétariat du conseil médical.

Le champ de compétences du conseil médical dans la FPT

Le décret n°2022-350 du 11 mars 2022 relatif à la fusion des instances médicales historiques (comité médical et commission de réforme) en un conseil médical, a modifié les cas de saisine obligatoires de cette instance médicale désormais unique :

- L'étude d'un CLM/CLD n'est plus conditionnée à la fourniture d'un certificat du médecin traitant, mais d'un médecin
- La saisine pour congé de maladie ordinaire supérieur à 6 mois a disparu, l'employeur doit contrôler l'agent par expertise auprès d'un généraliste agréé au moins une fois durant la période postérieure aux 6 mois
- Les conditions d'emploi et aménagements de poste après congé de maladie ou disponibilité relèvent du ressort du médecin du travail
- Hors CLM/CLD d'office et expiration de la dernière période, la reprise des fonctions du bénéficiaire d'un CLM/CLD à l'expiration ou au cours de ce congé intervient à la suite de la transmission par l'intéressé à l'autorité territoriale d'un simple certificat médical d'aptitude à la reprise
- Dans le cadre d'un CLM/CLD d'office, l'autorité territoriale fait procéder à l'expertise de l'agent par un médecin agréé à l'issue de chaque période de congé et à l'occasion de chaque demande de renouvellement durant la période de plein traitement
- Lorsque l'intéressé a épuisé ses droits à rémunération à plein traitement, l'autorité territoriale saisit pour avis le conseil médical de la demande de renouvellement du congé. Pour les périodes suivantes, l'autorité territoriale saisit également le conseil médical. Le fonctionnaire est informé de tout examen médical diligenté par l'employeur de façon certaine par courrier recommandé avec accusé de réception. Le fonctionnaire se soumet à cet examen sous peine d'interruption du versement de sa rémunération jusqu'à ce que cet examen soit effectué
- La réintégration d'un agent en disponibilité est assujettie à la vérification par un médecin agréé de l'aptitude dans l'hypothèse où l'exercice de certaines fonctions requiert des conditions de santé particulières
- L'AIT (Allocation d'invalidité temporaire) est versée au vu de la seule décision de la CPAM.

Le décret n°2021-1462 du 8 novembre 2021 avait préalablement modifié la saisine des instances médicales en cas de temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique territoriale

Décret n°2024-349 du 16 avril 2024

La formation restreinte donne désormais un avis en cas de contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé sur :

- La liquidation de pension lorsque le fonctionnaire ou son conjoint est atteint d'une infirmité ou d'une maladie incurable le plaçant dans l'impossibilité d'exercer une quelconque profession, et sous réserve que le fonctionnaire ait accompli au moins quinze ans de services
- Toute demande de majoration spéciale de la pension d'invalidité du fonctionnaire si celui-ci est dans l'obligation d'avoir recours d'une manière constante à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie
- La détermination du taux d'invalidité et de la permanence de l'invalidité du ou des enfants qui se trouvaient à la charge effective d'un agent décédé, pour l'attribution des 10% de la pension que le fonctionnaire aurait pu obtenir au jour de son décès.

La formation plénière ne rend plus d'avis sur l'impossibilité permanente pour le fonctionnaire de continuer ses fonctions en raison d'infirmités résultant de blessures ou de maladies contractées ou aggravées, soit en service, soit en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public, soit en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes.
Elle reste néanmoins compétente pour apprécier la réalité des infirmités invoquées, la preuve de leur imputabilité au service, les conséquences et le taux d'invalidité qu'elles entraînent ainsi que l'incapacité permanente à l'exercice des fonctions **sauf dans les trois cas repris ci-dessus, désormais attribués à la formation restreinte**.

Les collectivités ayant recours au secrétariat du conseil médical du CDG

Entre 2018 et 2020, un peu moins de 10 000 collectivités avait sollicité le service de secrétariat des instances médicales des CDG chaque année. Cela représentait environ 180 collectivités par CDG et par an. Ce service était très majoritairement sollicité par les collectivités affiliées.

En 2022, 11 583 collectivités (10 925 affiliées et 658 non affiliées adhérentes au socle) ont sollicité le service de secrétariat des instances médicales des 65 CDG ayant répondu à cette question. Cela représente environ 179 collectivités par CDG (168 affiliées/11 adhérentes au socle).

En 2023, 10 403 collectivités (9 782 affiliées et 621 non affiliées adhérentes au socle) ont sollicité le service de secrétariat des instances médicales des 65 CDG ayant répondu à cette question. Cela représente environ 162 collectivités par CDG (152 affiliées/10 adhérentes au socle).

Sur une base de 45 Centres ayant apporté des éléments sur le nombre d'agents employés par les collectivités relevant du conseil médical de leur ressort, il apparaît qu'en moyenne cette instance gère 17 719 agents (9288 agents pour les affiliées et 8 431 pour les adhérentes au socle).

Les dossiers soumis à l'examen du conseil médical des CDG en 2022 et 2023

Sur la base des 68 CDG répondant à l'enquête menée par la FNCDG fin 2021, les Centres avaient géré en moyenne entre 2018 et 2020, 68 341 dossiers en Comité médical et 23 757 dossiers en Commission de réforme.

Cela représentait en moyenne 350 dossiers par CDG par an pour la commission de réforme et 1 000 dossiers par an et par CDG pour le comité médical. Ces données étaient sensiblement similaires à celles relevées dans le rapport IGAS de 2016 sur les instances médicales.

Les 65 Centres ayant répondu à cette question avaient traité en formation plénière 22 275 dossiers en 2022 (10 851 dossiers provenant des collectivités affiliées et 11 424 des adhérentes au socle) et 21 781 en 2023 (10 442 dossiers provenant des collectivités affiliées et 11 339 des adhérentes au socle).

Cela représente en moyenne 343 dossiers par CDG en 2022 (167 provenant des collectivités affiliées et 176 des adhérentes au socle) et 335 dossiers en 2023 (161 provenant des collectivités affiliées et 174 des adhérentes au socle).

Les 64 Centres ayant répondu à cette question avaient traité en formation restreinte 52 921 dossiers en 2022 et 43 503 en 2023, soit en moyenne 827 dossiers par CDG en 2022 et 680 dossiers en 2023.

Nombre de dossiers traités par an en moyenne par la commission de réforme et le comité médical par CDG : 1 350

Nombre de dossiers traités par an en moyenne par le conseil médical par CDG : 1 093

Le nombre moyen de dossiers présentés en séance de la formation plénière du conseil médical est de 23 (base : 65 répondants/minimum 2 dossiers maximum 120 dossiers)

Le nombre moyen de dossiers présentés en séance de la formation restreinte du conseil médical est de 52 (base : 65 répondants/minimum 2 dossiers maximum 268 dossiers)

Le nombre moyen de dossiers examinés par comité médical allait de moins de 10 à plus de 200, le maximum de dossiers revenant à 450 dossiers par séance. En moyenne, les comités médicaux examinaient 76 dossiers par séance.

Le nombre de dossiers examinés par commission de réforme allait de moins de 10 à plus de 50. En moyenne, 25 dossiers étaient examinés par séance par CDG.

82,1% des Centres utilisent une application pour la gestion du secrétariat du conseil médical et 83,6% utilisent la même application (base : 67 CDG répondants).

La saisine du conseil médical est dématérialisée dans 34,6% des établissements et l'instruction et le suivi des dossiers sont dématérialisés dans 50,7% des Centres (base : 66 CDG répondants).

Les dossiers soumis à l'examen des instances médicales des CDG de 2018 à 2020

Les trois cas saisines les plus fréquents de la commission de réforme étaient les suivants :
1. Imputabilité au service d'un accident de service
2. Imputabilité au service d'une maladie professionnelle inscrite au tableau
3. Placement en retraite pour invalidité.

Les cas saisines les plus fréquents du comité médical étaient les suivants :
1. Octroi d'un congé de longue maladie
2. Renouvellement d'un congé de longue maladie
3.Renouvellement d'un congé de longue durée
4. Attribution ou renouvellement d'un congé de maladie ordinaire après une période de 6 mois.

Nature des saisines de la commission de réforme (2018-2020)

60 CDG répondants

Dossiers soumis à la commission de réforme	Moyenne 2018-2020 de la totalité des dossiers par an	Moyenne par CDG par an
Imputabilité au service d'un accident de service	3 744	62
Imputabilité au service d'un accident de trajet	645	11
Imputabilité au service d'une maladie professionnelle inscrite au tableau	3 522	59
Imputabilité au service d'une maladie professionnelle inscrite au tableau mais toutes les conditions ne sont pas remplies	241	4
Imputabilité au service d'une maladie professionnelle non inscrite	174	3
Disponibilité pour raison de santé	108	2
Refus de CITIS	585	10
Contestation d'une contre-visite réalisée auprès d'un médecin agréé dans le cadre du CITIS	170	3
Octroi ou renouvellement du temps partiel thérapeutique	237	4
Droit à l'allocation temporaire d'invalidité	2 338	39
Droit à la rente viagère d'invalidité	27	1
Détermination du taux d'invalidité pour l'attribution de la rente viagère d'invalidité ou de l'allocation temporaire d'invalidité	1 921	32
Placement en retraite pour invalidité	3 401	57
Attribution de l'allocation d'invalidité temporaire	470	8

Nature des saisines du comité médical (2018-2020)

60 CDG répondants

Dossiers soumis au comité médical	Moyenne 2018-2020 de la totalité des dossiers par an	Moyenne par CDG par an
Contestation des conclusions du médecin agréé après une visite médicale d'aptitude	266	5
Déclaration d'inaptitude	5 259	88
Recommandations sur des aménagements de poste	2 674	45
Contestation des conclusions du médecin agréé après une visite lors d'un CMO	138	3
Octroi ou renouvellement du temps partiel thérapeutique	2 959	49
Attribution ou renouvellement d'un CMO après une période de 6 mois	6 756	113
Octroi d'un CLM	11 380	190
Octroi d'un CLD	2 792	47
Octroi d'un congé de grave maladie	992	17
Renouvellement d'un CLM	10 772	180
Renouvellement d'un CLD	9 086	151
Renouvellement d'un congé de grave maladie	1 514	25
Placement en CLM ou CLD d'office	85	2
Reprise de service après un CMO supérieur à 12 mois	949	16
Reprise de service après un CLM	1 781	30
Reprise de service après un CLD	511	9
Reprise de service après un congé de grave maladie	196	3
Octroi d'une disponibilité pour raison de santé	1 631	27
Renouvellement d'une disponibilité pour raison de santé	1 631	27
Reprise après une disponibilité pour raison de santé	348	6

Le dossier d'un agent peut porter plusieurs questionnements

Questions sur lesquelles l'avis de la formation plénière du conseil médical a été sollicité par les collectivités affiliées en 2022 et 2023

62 répondants

Dossiers soumis à la formation plénière du conseil médical	Nombre de dossiers présentés en 2022	Nombre de dossiers présentés en 2023
Imputabilité au service d'un accident de service	**1026**	**921**
Imputabilité au service d'un accident de trajet	141	146
Imputabilité au service d'une maladie professionnelle inscrite au tableau	**1187**	**1159**
Imputabilité au service d'une maladie professionnelle inscrite au tableau mais toutes les conditions ne sont pas remplies	164	177
Imputabilité au service d'une maladie professionnelle non inscrite	186	209
Imputabilité au service de la COVID-19	2	1
Imputabilité au service d'une rechute liée à un accident de service	296	236
Imputabilité au service d'une rechute liée à un accident de trajet	9	5
Imputabilité au service d'une rechute liée à une maladie professionnelle ou contractée en service	106	114
Demande de majoration spéciale tierce personne	128	89
Placement en retraite pour invalidité	**2627**	**3034**
Attribution de l'allocation temporaire d'invalidité	**1088**	**1422**
Révision quinquennale de l'allocation temporaire d'invalidité	164	208
Révision sur demande de l'allocation temporaire d'invalidité	72	95
Demande de retraite pour conjoint invalide ou pour enfant invalide	13	13
Demande de pension d'orphelin infirme à la charge de l'agent	5	1
Autres	2434 autres saisines en 2022 et 2023 portant sur certains champs de compétences des anciennes instances médicales	

Les autres saisines portent par exemple sur les questions suivantes :
- Octroi allocation d'invalidité temporaire
- Aptitude/inaptitude à toutes fonctions de manière totale et définitive
- ATI - Révision liée à la radiation des cadres ou liée à un nouve évènement
- Détermination du taux IPP
- Consolidation
- Guérison
- Prise en charge des soins et des frais médicaux
- Justification des soins
- Détermination de la nature des arrêts maladie
- Incapacité permanente à l'exercice des fonctions…

Le dossier d'un agent peut porter plusieurs questionnements

Questions sur lesquelles l'avis de la formation plénière du conseil médical a été sollicité par les collectivités adhérentes au socle en 2022 et 2023

57 répondants

Dossiers soumis à la formation plénière du conseil médical	Nombre de dossiers présentés en 2022	Nombre de dossiers présentés en 2023
Imputabilité au service d'un accident de service	1157	1254
Imputabilité au service d'un accident de trajet	222	248
Imputabilité au service d'une maladie professionnelle inscrite au tableau	932	1041
Imputabilité au service d'une maladie professionnelle inscrite au tableau mais toutes les conditions ne sont pas remplies	105	124
Imputabilité au service d'une maladie professionnelle non inscrite	152	184
Imputabilité au service de la COVID-19	4	1
Imputabilité au service d'une rechute liée à un accident de service	403	352
Imputabilité au service d'une rechute liée à un accident de trajet	23	56
Imputabilité au service d'une rechute liée à une maladie professionnelle ou contractée en service	111	106
Demande de majoration spéciale tierce personne	53	27
Placement en retraite pour invalidité	1623	1848
Attribution de l'allocation temporaire d'invalidité	1299	1496
Révision quinquennale de l'allocation temporaire d'invalidité	243	273
Révision sur demande de l'allocation temporaire d'invalidité	100	239
Demande de retraite pour conjoint invalide ou pour enfant invalide	11	7
Demande de pension d'orphelin infirme à la charge de l'agent	8	5
Autres	4 129 autres saisines en 2022 et 2023 portant sur certains champs de compétences des anciennes instances médicales	

Les autres saisines portent par exemple sur les questions suivantes :
- Octroi allocation d'invalidité temporaire
- Aptitude/inaptitude à toutes fonctions de manière totale et définitive
- ATI - Révision liée à la radiation des cadres ou liée à un nouvel évènement
- Détermination du taux IPP
- Consolidation
- Guérison
- Prise en charge des soins et des frais médicaux
- Justification des soins
- Détermination de la nature des arrêts maladie
- Incapacité permanente à l'exercice des fonctions…

Le dossier d'un agent peut porter plusieurs questionnements

Questions sur lesquelles l'avis de la formation restreinte du conseil médical a été sollicité par les collectivités affiliées en 2022 et 2023

62 répondants

Dossiers soumis à la formation restreinte du conseil médical	Nombre de dossiers présentés en 2022	Nombre de dossiers présentés en 2023
Déclaration d'inaptitude	3421	2905
Octroi d'un CLM	7322	7019
Octroi d'un CLD	1902	2065
Octroi d'un congé de grave maladie	1147	1083
Renouvellement d'un CLM	4095	2816
Renouvellement d'un CLD	3030	1620
Renouvellement d'un congé de grave maladie	904	689
Placement en CLM ou CLD d'office	56	107
Reprise de service après un CMO supérieur à 12 mois	509	708
Reprise de service après un CLM	912	836
Reprise de service après un CLD	244	342
Reprise de service après un congé de grave maladie	126	107
Octroi d'une disponibilité pour raison de santé	945	941
Renouvellement d'une disponibilité pour raison de santé	887	1076
Reprise après une disponibilité pour raison de santé	292	276
Contestation avis médecin agréé pour octroi d'un congé pour raison de santé	95	122
Contestation avis médecin agréé pour renouvellement d'un congé pour raison de santé	10	19
Contestation avis médecin agréé pour réintégration à l'issue d'un congé pour raison de santé	11	23
Contestation avis médecin agréé pour bénéfice d'un temps partiel pour raison thérapeutique	35	46
Contestation avis médecin agréé pour visite de contrôle au cours d'un congé pour raison de santé	59	208
Reclassement pour inaptitude physique	776	905
Autres	6438 saisines en 2022 et 2023 portent notamment sur certains champs de compétences des anciennes instances médicales	

Parmi les autres cas de saisine :
- Aptitude
- Inaptitude au poste, au grade, à toutes fonctions
- Nature du congé à octroyer
- Changement d'affectation
- Prolongation congé ou disponibilité d'office
- Transformation CLM en CLD
- Octroi/renouvellement CLM fractionné
- Octroi/renouvellement Congé sans traitement
- Octroi cure thermale
- Prolongation congé maladie ordinaire après 6 mois
- octroi renouvellement TPT
- Aménagements de poste
- Retraite pour invalidité procédure simplifiée…

Certains cas de saisine ont été supprimés avec l'installation des conseils médicaux en 2022

Le dossier d'un agent peut porter plusieurs questionnements

Questions sur lesquelles l'avis de la formation restreinte du conseil médical a été sollicité par les collectivités adhérentes au socle en 2022 et 2023

52 répondants

Dossiers soumis à la formation restreinte du conseil médical	Nombre de dossiers présentés en 2022	Nombre de dossiers présentés en 2023
Déclaration d'inaptitude	2108	1802
Octroi d'un CLM	5369	5273
Octroi d'un CLD	1094	1265
Octroi d'un congé de grave maladie	298	312
Renouvellement d'un CLM	2874	2027
Renouvellement d'un CLD	2822	1464
Renouvellement d'un congé de grave maladie	180	124
Placement en CLM ou CLD d'office	47	82
Reprise de service après un CMO supérieur à 12 mois	310	457
Reprise de service après un CLM	564	499
Reprise de service après un CLD	169	160
Reprise de service après un congé de grave maladie	27	23
Octroi d'une disponibilité pour raison de santé	600	787
Renouvellement d'une disponibilité pour raison de santé	516	593
Reprise après une disponibilité pour raison de santé	143	182
Contestation avis médecin agréé pour octroi d'un congé pour raison de santé	43	68
Contestation avis médecin agréé pour renouvellement d'un congé pour raison de santé	10	14
Contestation avis médecin agréé pour réintégration à l'issue d'un congé pour raison de santé	5	11
Contestation avis médecin agréé pour bénéfice d'un temps partiel pour raison thérapeutique	20	31
Contestation avis médecin agréé pour visite de contrôle au cours d'un congé pour raison de santé	26	72
Reclassement pour inaptitude physique	649	733
Autres	5315 saisines en 2022 et 2023 portent notamment sur certains champs de compétences des anciennes instances médicales	

Parmi les autres cas de saisine :
- Aptitude
- Inaptitude au poste, au grade, à toutes fonctions
- Nature du congé à octroyer
- Changement d'affectation
- Prolongation congé ou disponibilité d'office
- Transformation CLM en CLD
- Octroi/renouvellement CLM fractionné
- Octroi/renouvellement Congé sans traitement
- Octroi cure thermale
- Prolongation congé maladie ordinaire après 6 mois
- octroi renouvellement TPT
- Aménagements de poste
- Retraite pour invalidité procédure simplifiée…

Certains cas de saisine ont été supprimés avec l'installation des conseils médicaux en 2022

Les réunions et avis du conseil médical

En 2021, 100% des CDG indiquaient que, de manière générale, les avis émanant des instances médicales étaient suivis et appliqués par les collectivités et établissements concernés. C'est toujours le cas en 2024 même si 7,3% des Centres répondants soulignent ne pas savoir si les décisions des employeurs territoriaux suivent l'avis du conseil médical.

Le nombre moyen de comités médicaux organisés par an allait de 5 à 48. La majorité des Centres de Gestion déclaraient 10 à 12 séances annuelles (70%). 12% des CDG organisaient plus de 12 réunions par an et 16% moins de 12 par an. Le nombre moyen de commissions de réformes organisées par an allait de 4 à 45.

75% des CDG déclaraient organiser les commissions de réforme entre 10 et 12 fois par an. 9% des CDG organisaient plus de 12 réunions par an et 16% moins de 12 par an.

Pour les deux instances, dans la plupart des CDG, les instances avaient lieu une fois par mois avec, dans certains cas, une suspension des réunions pour le mois d'août.

Les réunions du conseil médical

Depuis 2022, la fréquence des réunions de la formation plénière du conseil médical est majoritairement (59,1%) d'une fois par mois (entre 10 et 13 séances par an) avec fréquemment une suspension en juillet/août (base 66 répondants).

24,2% des CDG répondants organisent une réunion de la formation plénière plus d'une fois par mois. 12,1% indiquent que le conseil médical en formation plénière se réunit moins d'une fois par mois.

Depuis 2022, la fréquence des réunions de la formation restreinte du conseil médical est majoritairement (60,6%) d'une fois par mois (entre 10 et 12 séances par an) avec fréquemment une suspension en août.

36,7% des CDG répondants organisent une réunion de la formation plénière plus d'une fois par mois.

L'examen des dossiers par le conseil médical

La moitié des CDG affichait en 2021 un délai moyen de passage en instance médicale de moins de deux mois. Plus du tiers des CDG déclarait un délai de passage de deux mois et une très faible minorité de Centres de Gestion déclare un délai moyen supérieur à deux mois.

Les délais étaient en général plus longs pour les comités médicaux que pour les commissions de réforme du fait des temps d'expertise, qu'il s'agisse des délais de rendez-vous ou de transmission du rapport d'expertise.

En 2024, le temps moyen entre la date de réception de la demande et la date d'examen du dossier par la formation restreinte du conseil médical est de 69 jours (base : 62 répondants minimum 10 jours, maximum 7 mois). Un peu plus d'un quart des CDG répondants évoque un délai inférieur ou égal à 30 jours. 40,3% évoquent un délai de plus de 75 jours.

En 2024, le temps moyen entre la date de réception de la demande et la date d'examen du dossier par la formation plénière du conseil médical est de 58 jours (base : 66 répondants minimum 15 jours, maximum 6 mois). 30,9% des CDG répondants évoque un délai de 30 jours. Pour 27,9%des Centres, ce délai est supérieur à 75 jours.

Les difficultés rencontrées pour l'exercice de cette mission

64 CDG répondants

Retard dans la constitution du dossier par l'agent 31,3%
Retard dans la constitution du dossier par la collectivité 73,4%
Indisponibilité des médecins pour siéger 32,8%
Indisponibilité des médecins pour réaliser les expertises 82,8%
Retard dans la transmission des expertises 68,8%
Difficultés à obtenir le quorum 40,6%

Délais de plusieurs mois pour les rendez-vous médicaux

Les CDG ne disposent d'aucun recours pour les retards pris dans la transmission des rapports d'expertise

La rémunération des médecins

Dans 75,8% des 62 CDG répondants, les médecins membres du conseil médical sont rémunérés à la vacation avec émission d'un bulletin de paie.

21,9% des 64 Centres répondants pratiquent une rémunération progressive en fonction du nombre de dossiers.

Pour le Président du conseil médical, 37,9% des établissements (58 Centres répondants) appliquent une rémunération forfaitaire en sus de celle prévue par l'arrêté du 3 juillet 2007.

Pour les médecins membres du conseil médical, dans 40,6% des 64 Centres répondants, une rémunération d'étude complémentaire de dossiers est prévue en sus de la rémunération prévue par l'arrêté du 3 juillet 2007.

L'appréciation portée par les secrétariats des conseils médicaux des CDG sur le fonctionnement du conseil médical depuis l'entrée en vigueur du décret n°2022-350 du 11 mars 2022

Réforme très attendue depuis la parution du rapport de diagnostic « Evaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique » en mars 2017

Mais objectif de simplifier le fonctionnement des instances médicales partiellement atteint

Les procédures ont été plus transférées que simplifiées

Le fait d'inciter l'étude des dossiers sur pièces médicales en formation restreinte et de restreindre les expertises permet une étude plus rapide des dossiers

Mais encore des difficultés qui persistent

Evolution du champ de compétences, des procédures et des dossiers traités depuis la réforme de 2022

Pour la formation restreinte, les secrétariats des conseils médicaux des CDG observent une diminution du nombre de dossiers conséquente. Pour la formation plénière, l'infléchissement est léger, voire inexistant.

Ce qui a principalement contribué à réduire le nombre de dossiers à traiter en Conseil Médical est la gestion par les collectivités, des congés de maladie ordinaire de plus de 6 mois.

Toutefois, en formation plénière, les dossiers de retraite pour invalidité sont plus nombreux du fait de l'échec des reclassements. Par ailleurs, la suppression de la mise à la retraite pour invalidité en procédure simplifiée par la CNRACL entraîne plus de saisines en formation plénière.

L'idée de supprimer l'expertise obligatoire pour les demandes de CLM/CLD tout en sollicitant plutôt dans ce cadre le complément du médecin traitant paraissait opportune, mais dans les faits, ces derniers sont très majoritairement peu au fait de ces procédures

Si la suppression de certains motifs de saisine du conseil médical amène une diminution de la quantité de dossiers traités et présentés en séance, la charge de travail du service demeure identique : davantage de conseil statutaire auprès des collectivités (renouvellements de congé longue durée ou longue maladie pendant la période de rémunération à plein traitement)/ Les dossiers ne sont plus alimentés d'avis réguliers du conseil médical

Depuis la mise en œuvre des conseils médicaux, les dossiers soumis à cette instance sont moins nombreux mais plus compliqués à traiter

La complexité des dossiers s'accroit et nécessite une étude technique approfondie en amont des séances accompagnée souvent de vives discussions pendant les séances, les agents faisant appel de plus en plus à des conseils.

Les collectivités ont désormais la charge de diligenter les expertises : saisine médecin généraliste plutôt que spécialiste, respect du secret médical…

L'interprétation donnée aux textes, qui peut être variable en fonction des collectivités, pose parfois question

Les motifs de saisine n'apparaissent en effet pas toujours très clairs : les contestations dans le cadre du CITIS (contestation des médecins agréés – refus de prise en charge des prolongations d'arrêt pour un CITIS, reclassement suite à CITIS pour PPR) relèvent-elles de la formation plénière ou restreinte, les prolongations après le passage à demi traitement des CLM/CLD/CGM doivent-ils passer en conseil médical restreint ou non ?

Le défaut d'anticipation ou de gestion des agents pose d'autres problématiques. Les saisines pour aptitude au poste sans avis du médecin du travail ni tentative d'aménagement se transforment souvent en saisine pour aptitude ou inaptitude à tous les emplois du grade.

Si les secrétariats tentent au maximum de recueillir les pièces médicales pour inscrire le dossier sans expertise afin de réduire les délais de traitement, parfois cette possibilité est difficilement réalisable

Réforme des retraites

La réforme des retraites a induit davantage de sollicitations de la CNRACL concernant les taux d'invalidité et plus particulièrement sur ceux qui préexistaient avant l'affiliation de l'agent. Les médecins agréés ne se prononcent pas toujours pour fixer le taux et les médecins du Conseil Médical ne disposent alors pas d'éléments suffisants pour se prononcer, faute d'avis des médecins experts. Cela implique des aller/retour entre la CNRACL et les instances médicales.

Toutes les révisions quinquennales de l'ATIACL, y compris en cas de maintien de taux, doivent être présentées en formation plénière. Auparavant, les dossiers avec maintien de taux étaient gérés directement entre la collectivité et la caisse des dépôts. Ce passage en formation plénière alourdit la procédure même si le suivi du dossier est relativement simple.

Difficultés liées aux médecins

Le nombre de médecins agréés apparaît très insuffisant au regard du nombre de dossiers à traiter

Délais de plus en plus longs pour que les agents puissent bénéficier d'expertises

La liste des médecins agréés de l'ARS n'est pas à jour ; des médecins inscrits sur cette liste ne font plus d'expertise. Les nouvelles vocations sont rares et les médecins sont échaudés par l'afflux de sollicitations, mais également par le caractère de plus en plus procédurier des agents auprès du Conseil de l'Ordre. Par ailleurs, les médecins rencontrent parfois de difficultés et des délais très longs pour obtenir leur agrément auprès de l'ARS (jusqu'à 1 an).

Les médecins agréés sont peu informés par l'ARS sur les missions qu'ils peuvent avoir à accomplir dans le cadre d'expertises des agents de la FPT.

L'absence de formation de ces médecins est elle aussi préjudiciable au bon fonctionnement du contrôle médical des fonctionnaires.

Des spécialités font défaut dans nombre de départements (notamment en Rhumatologie, Neurologie). Les secrétariats des conseils médicaux relevant des CDG constatent de plus en plus de difficultés à trouver des experts dans le département et même hors département.

Les rapports d'expertise sont souvent incomplets (1 page équivalente à des conclusions, absence d'examens…) et sont envoyés après relances.

Les médecins du conseil médical sollicitent une rémunération en adéquation avec la perte de revenus d'activité du fait de cette mission. La rémunération des médecins agréés siégeant en Conseil médical est toujours fixée par l'arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des membres des comités médicaux prévus par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986, non réévalué

A la difficulté de trouver des médecins, s'ajoutent des charges annexes comme les frais de trajet, le versement d'honoraires des médecins agréés au-delà des montants fixés réglementairement…, voire parfois des avis rendus sans expertise du fait de l'impossibilité d'en diligenter faute de médecins.

La pénurie des médecins induit et conforte les dépassements d'honoraires.

Formalisme de la comptabilité des collectivités complexe pour les médecins (N° de SIRET alors que les praticiens hospitaliers n'en possèdent pas, versement de leur lettre de mission en même temps que dépose de leur facture sur Chorus…)

Les délais de traitement des dossiers sont plus longs également du fait de la méconnaissance du statut par les médecins

Certains rapports d'expertise ne répondent pas aux attendus des caisses (CNRACL-ATIACL, méconnaissance des barèmes, défaut de complétude des formulaires AF3…).

L'organisation et le fonctionnement de l'instance

La Présidence étant désormais exercée par un médecin et non plus par un élu, les débats en séance s'orientent beaucoup plus vers les diagnostics médicaux et le lien de causalité entre l'activité professionnelle et la pathologie n'est plus vraiment vérifié.

La réforme a renforcé certains formalismes (envoi de courriers avec accusé de réception, obligation de motiver les avis favorables ou défavorables rendus par le Conseil médical…) ce qui rend d'un côté les avis plus lisibles par les employeurs mais aussi renforce le temps et les coûts financiers consacrés aux procédures.

Le décret n°2022-350 du 11 mars 2022 qui prévoit d'accuser réception aux agents concernés, de les rendre destinataires des avis et leur permet de saisir directement l'instance si l'employeur n'y procède pas sous 3 semaines apporte une évolution positive pour les agents dans des situations qui peuvent être contentieuses.

Les secrétariats des conseils médicaux des CDG soulignent le caractère position de la disparition de notion de spécialité pour les médecins devant siéger en conseil médical, ce qui rendait très difficile l'organisation des réunions.

La difficulté de faire siéger des médecins en formation a été renforcée en plénière (3 au lieu de 2 précédemment).

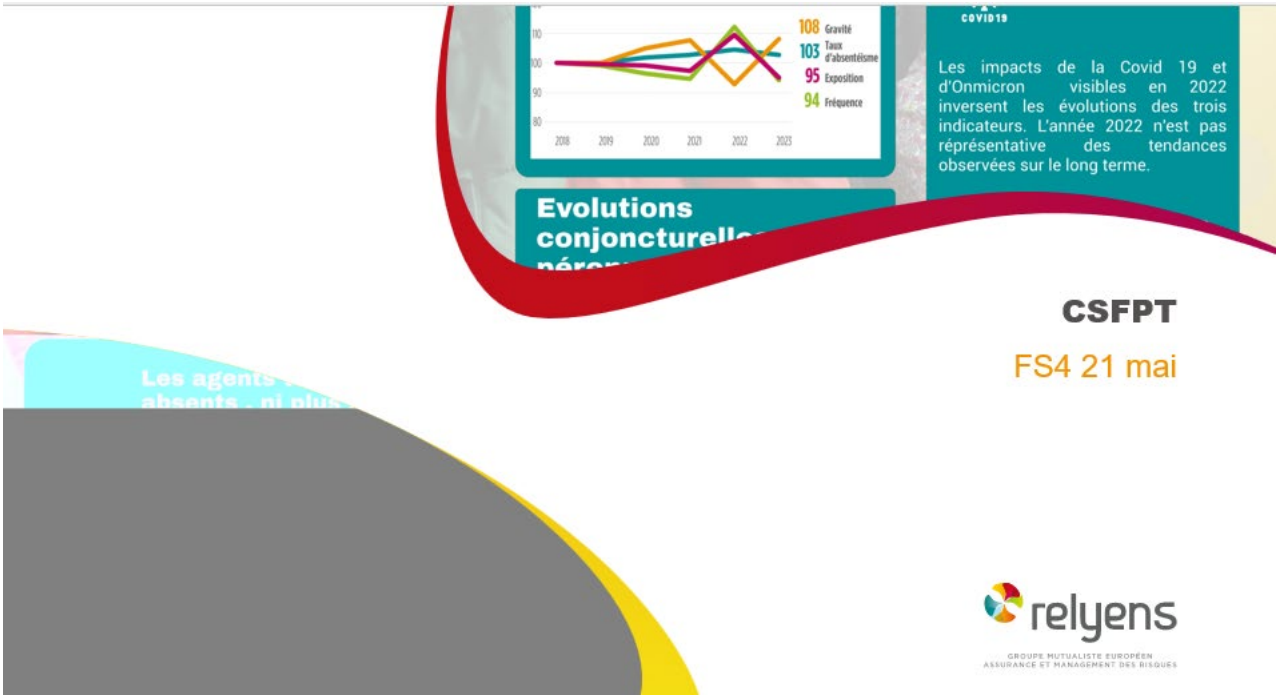
Les agents des instances médicales n'ont pas forcément connaissance des modifications comme par exemple la mise à jour des arrêtés de la Préfecture désignant par exemple les médecins membre du Conseil Médical.

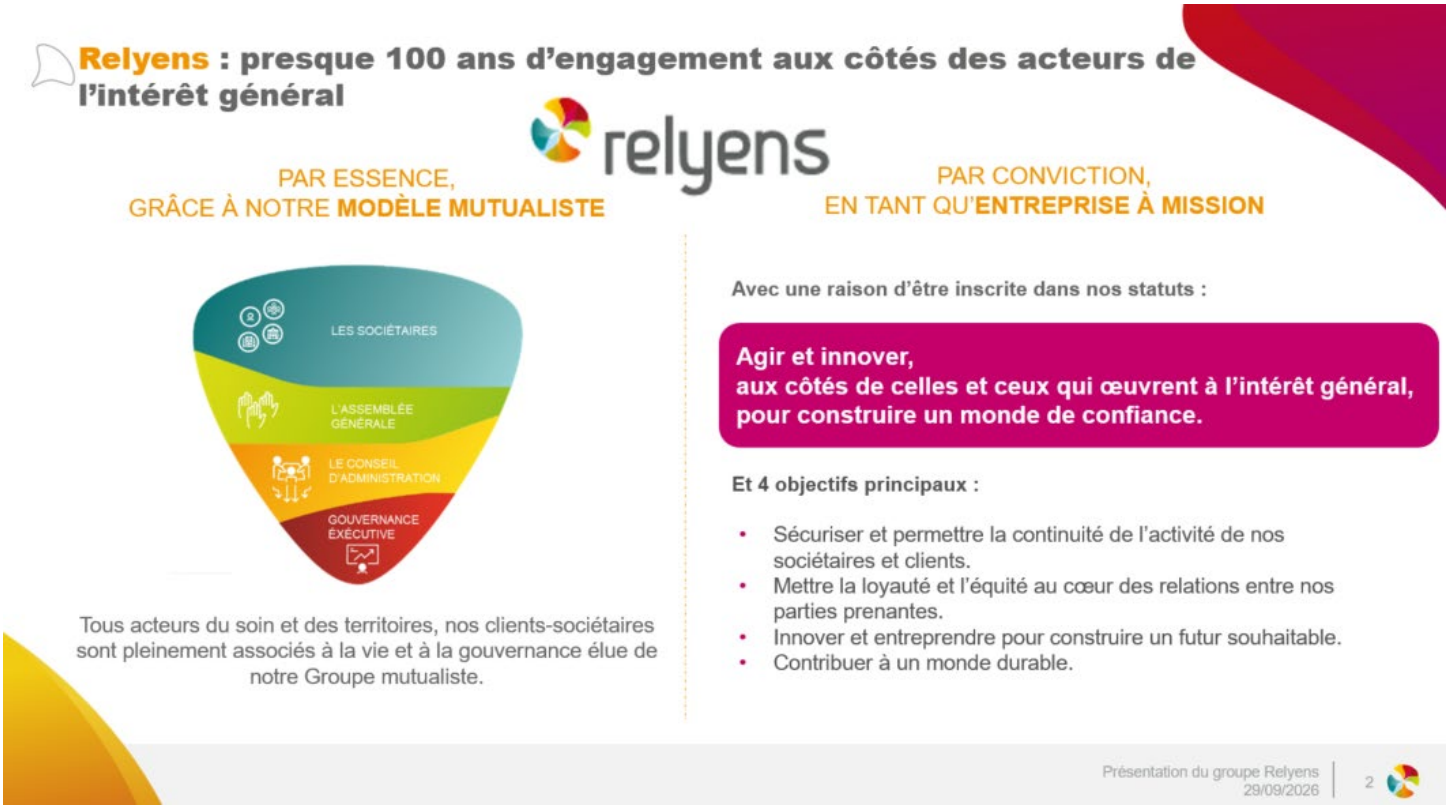
Malgré la fusion des 2 instances, le fonctionnement de chacune des formations demeure cloisonné

Les avis du conseil médical supérieur sont très souvent rendus au-delà du délai réglementaire de 4 mois ce qui est source de confusion pour les agents et les collectivités avec un risque accru de recours contentieux

Si les règles de quorum apparaissent assouplies permettant lors du 2ème passage du dossier de statuer même en l'absence de quorum, certains CDG font état de difficultés de quorum pour la formation plénière pour les représentants de l'administration des collectivités non affiliées.

Annexe 3 : Eléments de réponse du groupe Relyens





Relyens : une approche reposant sur trois domaines d'activité

ACTEURS DES TERRITOIRES EN FRANCE

N°1 en risque statutaire

PRÈS DE **635 000** AGENTS ET **18 142** CLIENTS

2 sur **3** COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

9 sur **10** SERVICES DÉPARTEMENTAUX D'INCENDIE ET DE SECOURS

2 sur **3** CENTRES DE GESTION

Plus de **500 M€ de prime,**
Des contrats collectifs employeurs (assurance statutaire)
Des contrats PSC collectifs (Prévoyance et santé)
La **commande publique est passée principalement par appel d'offre** et de façon plus marginale en gré à gré.
Les modalités de marché pour une collectivité sont individuelles (contrat pour une collectivité) ou **collectives** au sein d'un groupement organisé dans la majorité des cas par un CDG.

PILOTAGE

- Diagnostic absentéisme
- Enquêtes QVT et baromètre social
- Publication annuelle en lien avec l'absentéisme reconnue à l'échelle nationale
- **Mise à disposition d'outils pour la déclaration et le suivi de l'absentéisme**
- My Data Management

PRÉVENTION

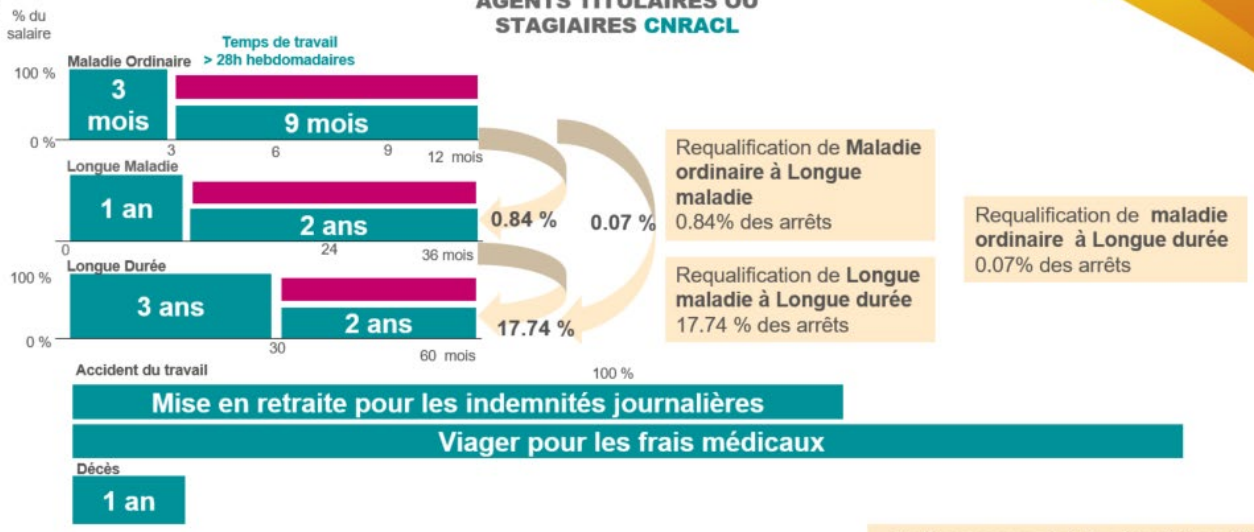
- **Prévention des risques liés aux métiers : troubles musculo–squelettiques (TMS) et risques psychosociaux (RPS)**
- Formations et actions de sensibilisation
- Catalogue de supports de prévention des risques
- Service Relation Clients
- Aide au retour à l'emploi / reclassement
- Recours contre tiers
- Contrôle médical

ASSURANCE

- Responsabilité civile
- **Risques statutaires**
- **Santé / Prévoyance**
- Dommage aux biens
- Construction
- Flotte automobile
- Cyberattaques

Périmètre assurable et règles statutaires des collectivités :

AGENTS TITULAIRES OU STAGIAIRES CNRACL



Requalification de **Maladie ordinaire à Longue maladie**
0.84% des arrêts

Requalification de **Longue maladie à Longue durée**
17.74 % des arrêts

Requalification de **maladie ordinaire à Longue durée**
0.07% des arrêts

Durée moyenne totale d'arrêt (sur 10 ans) :
Maladie ordinaire : 28 jours - 720 €
Longue maladie : 507 jours - 20.000 €
Longue durée : 956 jours – 45.000 €
Accident du travail : 46 jours- 2.000 €
Maternité : 136 jours - 7.000 €
Décès : 20 000 €

Données Relyens

Assurable avec un contrat d'assurance statutaire

Assurable avec un contrat d'assurance prévoyance

Etudes statistiques depuis plus de 20 ans

Etude statistique

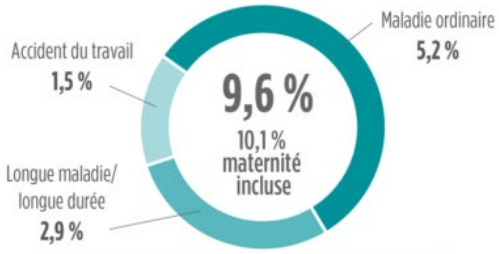
La population concernée par l'étude regroupe un échantillon de 455 000 agents CNRACL répartis dans 15 160 collectivités territoriales, pour toutes les natures d'absences au travail pour raison de santé (maladie ordinaire, maternité, longue maladie/ longue durée et accident du travail). Le champ d'étude est constitué de l'ensemble des arrêts de travail déclarés entre 2018 et 2023 . Les indicateurs 2023 sont calculés en mai 2024 et sont représentatifs d'une tendance à cette date.

Indicateurs principaux de mesure des absences

1 GRAVITÉ	2 FRÉQUENCE	3 EXPOSITION
COMBIEN DE JOURS :	COMBIEN D'ARRÊTS :	COMBIEN D'AGENTS :
DURÉE DES ABSENCES	RÉPÉTITION DES ABSENCES	POPULATION ABSENTE
L'étude de la durée des arrêts (en jours) permet de déterminer la gravité des absences	La répétition des arrêts (en nombre) permet de déterminer la gravité des absences	Le nombre d'agents concernés par des arrêts détermine l'exposition d'une population au risque d'absences

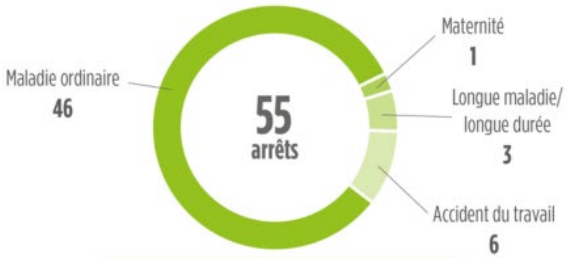
Indicateurs et tendances

Taux d'absentéisme théorique 2023



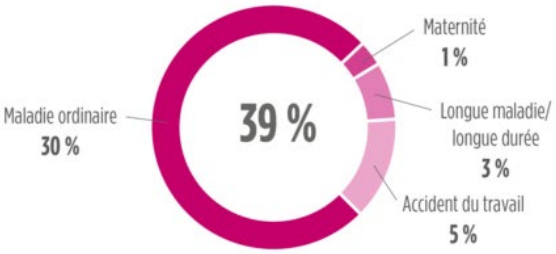
+ 3% EN 5 ANS, +16% EN 10 ANS

Fréquence : Nombre d'arrêts pour 100 agents employés 2023



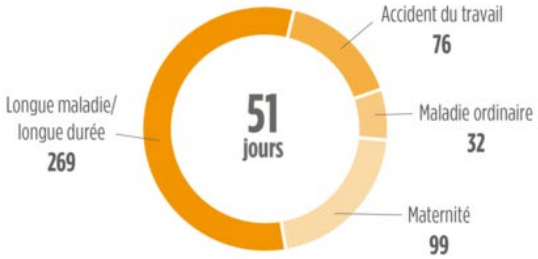
- 5 % EN 5 ANS, - 8 % EN 10 ANS

Exposition : Proportion d'agents absents 2023



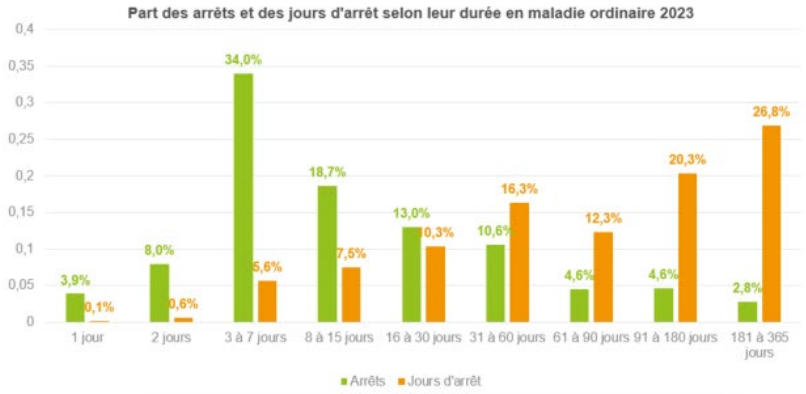
- 6 % EN 5 ANS, - 2 % EN 10 ANS

Gravité : Durée moyenne d'arrêt 2023



+ 8 % EN 5 ANS, + 27 % EN 10 ANS

Répartitions et tendances de la maladie ordinaire



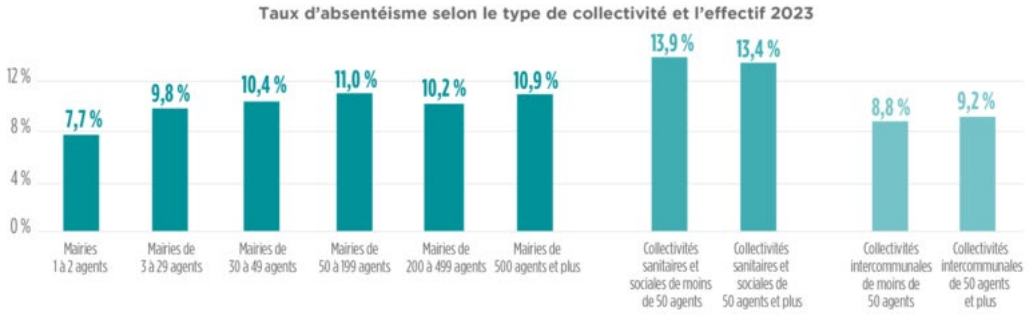
Evolution du taux d'absentéisme en maladie ordinaire 2018/2023

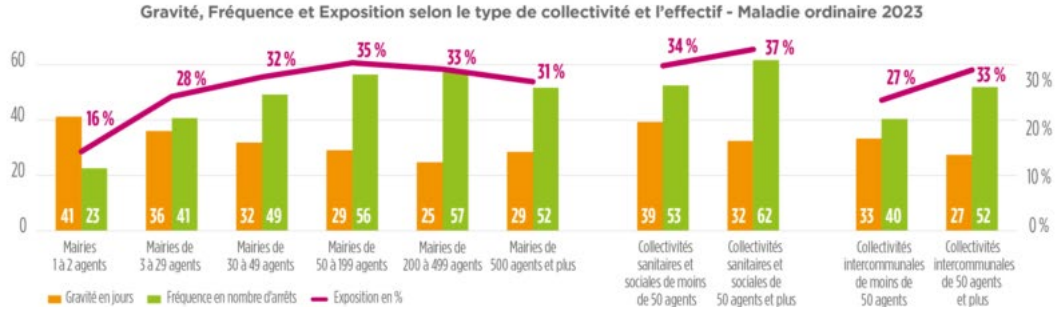
Maladie ordinaire		Arrêts moins de 90 jours	Arrêts de 90 à 180 jours	Arrêts de 181 à 365 jours
Arrêts	2018	95,0 %	3,5 %	1,5 %
	2023	92,6 %	4,6 %	2,8 %
	Evolution	- 2,5 %	31,4 %	86,7 %
Jours d'arrêt	2018	62,2 %	20,0 %	17,8 %
	2023	52,8 %	20,5 %	26,6 %
	Evolution	- 15,1 %	2,5 %	49,4 %

78 % des arrêts en MO font moins de 30 jours

76 % des jours de MO concernent des arrêts de plus de 30 jours

Absentéisme pour raisons de santé et strates de collectivités (facteur discriminant)



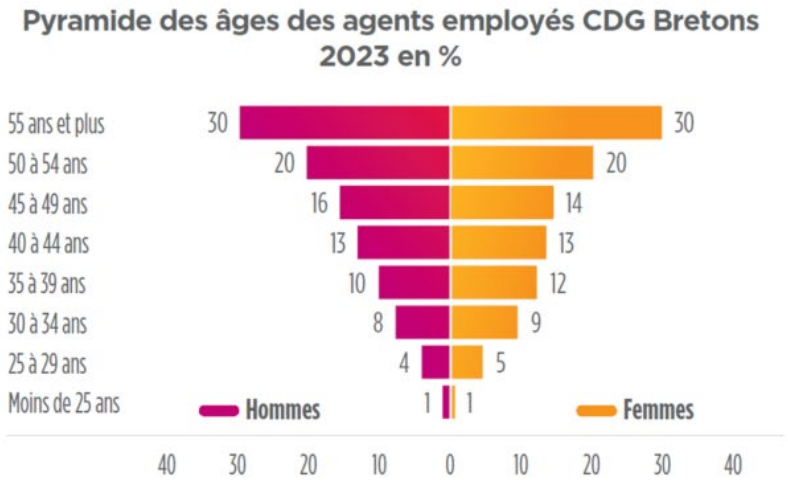


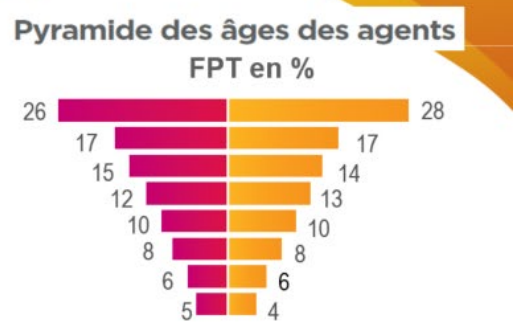
Le taux d'absentéisme croît avec la taille de la collectivité

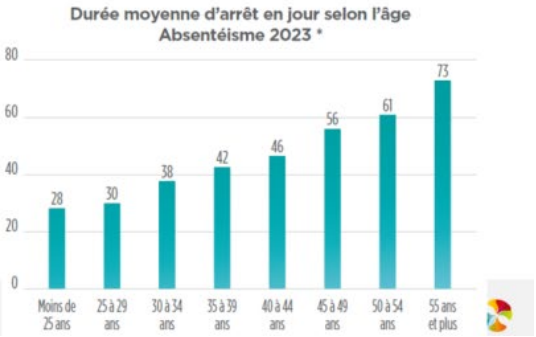
La fréquence croît avec la taille de la collectivité

La gravité diminue avec la taille de la collectivité

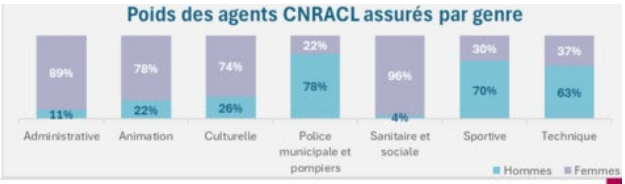
L'âge : facteur discriminant des absences au travail pour raison de santé

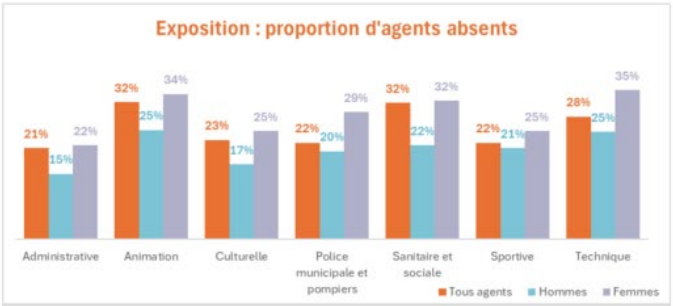


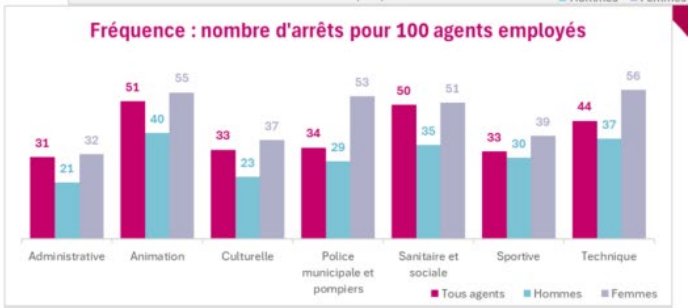


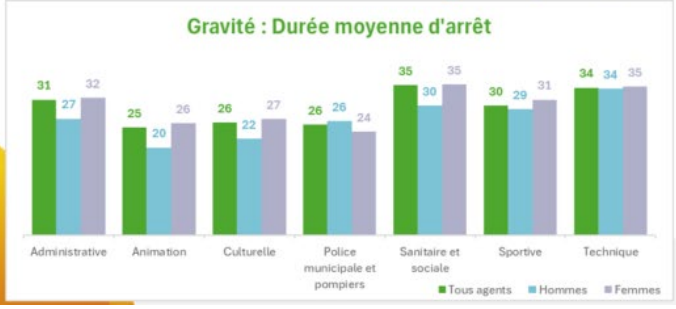


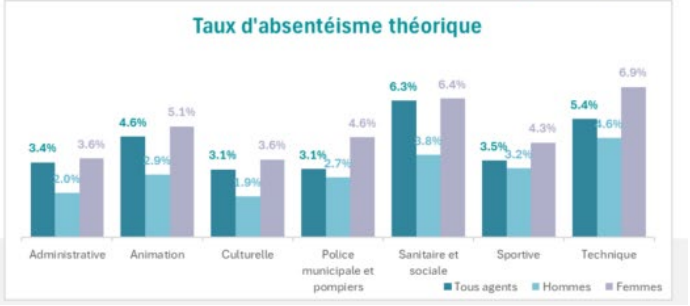
Maladie ordinaire – La filière 2024





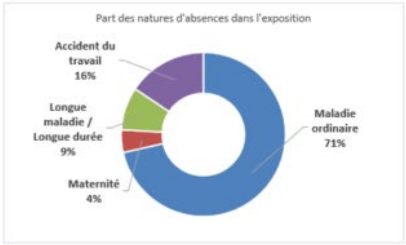


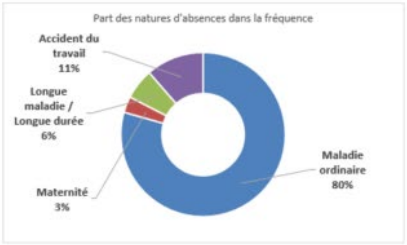


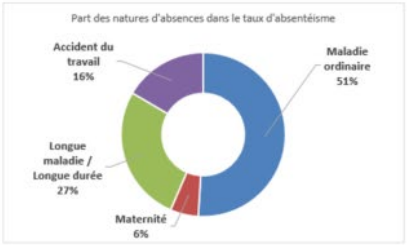


Exemple de métiers pénibles : absences au travail 2024 des agents « sociaux », données 2024 non publiées

Indicateurs d'absence		Maladie ordinaire	Maternité	Longue maladie / Longue durée	Accident du travail	Absentéisme global
Exposition	Proportion d'agents absents	30,5%	1,9%	3,6%	6,7%	42,7%
Fréquence	Nombre d'arrêts pour 100 agents employés	47,9	1,9	3,7	6,9	60,3
Gravité	Taux d'absentéisme	6,8%	0,7%	3,6%	2,2%	13,3%
	Durée moyenne d'arrêt (en jours)	39,6	108,0	273,4	89,7	70,1







Les indicateurs 2024 sont provisoires à cette date.



Les contrôles médicaux

21 Mai 2025



relyens
GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

01

Notre réseau de médecins agréés

Notre réseau de médecins agréés

LES MÉDECINS CONSEILS DE RELYENS SONT

Garants de la confidentialité et du respect du secret médical

Disponibles pour le conseil auprès des collectivités et des médecins agréés

Garants de l'animation de notre réseau national de médecins agréés
- Webinaires sur les thèmes de l'imputabilité, la maladie professionnelle, la consolidation
- Intervention auprès de la FNAMA

906
médecins agréés mandatés
généralistes et spécialistes

Disponibles pour le conseil auprès des équipes
- Présentation de certaines demandes d'expertise pour le choix du médecin,
- Validation des ordres de mission,
- Validation des conclusions administratives lorsque l'équipe contrôle médical n'arrive pas à interpréter les conclusions.

NOS ACTIONS ENVERS NOTRE RÉSEAU DE MÉDECINS AGRÉÉS

- Mise à jour des listes ARS
- Prospection
- Comité mensuel médecins pour évaluer le respect des engagements des médecins, en termes de délai de retour des conclusions, du respect du secret médical, des réponses aux questions posées conformés au respect de la fonction publique
- Informations et formations aux particularités du statut.

02

La contre-visite

La contre-visite

LA CONTRE-VISITE A POUR OBJECTIF DE

- La mission du Médecin est de vérifier la justification médicale de l'arrêt au jour du contrôle

LES RISQUES CONCERNÉS (ARRÊT DE COURTE DURÉE)

- Maladie ordinaire
- CITIS

1 740 contre-visites réalisées en 2024

L'EXAMEN MÉDICAL

- Est réalisé à la demande de l'employeur et peut être préconisé par l'assureur, au cabinet d'un médecin généraliste agréé,
- Le médecin rend un avis administratif, signé par l'agent, qui ne comporte aucune information médicale.

La contre-visite

L'EXPLOITATION DES RÉSULTATS

- L'employeur n'est pas obligé de suivre l'avis rendu par le médecin contrôleur.
- Cet avis est précieux pour l'administration qui n'a aucune autre possibilité de statuer sur le bien-fondé médical de l'arrêt de service présenté par l'agent.
- Suite aux conclusions rendues par le Médecin il est important que les engagements soient pris par l'employeur pour être crédible.

LES IMPACTS DE LA CONTRE-VISITE

- Garantie de l'équité,
  pour ceux qui sont respectueux de leurs obligations
- Souci de préserver l'ambiance de travail,
  pour ceux qui « assument » les conséquences de l'absence
- Dissuasion réelle,
  pour ceux qui seraient tentés d'abuser du droit aux congés pour raison de santé

2% CV donnent lieu à une reprise anticipée

40% ne présentent pas de prolongation d'arrêt après CV

03
L'EXPERTISE MEDICALE

L'expertise médicale

L'EXPERTISE MÉDICALE A POUR OBJECTIF :

- de permettre de déterminer les droits de l'agent,
- de démontrer aux agents l'engagement de l'employeur dans une démarche active de suivi des dossiers,
- d'être un outil de gestion de l'absentéisme qui donne une vision sur la situation de l'agent.

14 000 expertises réalisées en 2024

LES RISQUES CONCERNÉS

- accident de service,
- accident de trajet,
- maladie professionnelle,
- accident en service commandé pour les sapeurs-pompiers volontaires.

L'expertise médicale

LE DÉROULEMENT D'UNE EXPERTISE MÉDICALE :

- Elle est réalisée à la demande de l'employeur et peut être préconisée par l'assureur,
- Elle se déroule au cabinet d'un médecin généraliste ou spécialiste agréé.
- Le médecin agréé doit statuer sur le lien éventuel entre la pathologie, et/ou les lésions constatées et l'événement en cause.
- Au terme de cet examen, le médecin formule un avis à caractère uniquement consultatif (conclusions administratives et rapport confidentiel).

L'expertise médicale

SITUATIONS OÙ L'AVIS DU MÉDECIN EST REQUIS

- Pour vérifier l'imputabilité médicale,
- Pour vérifier la prise en charge des indemnités journalières et/ou des frais médicaux (hospitalisation, cure thermale, soins dentaires : recherche du lien direct et certain avec les conséquences de l'évènement initial),
- Pour vérifier que les causes d'une prolongation d'arrêt, de soins ou d'une déclaration de rechute sont toujours en relation avec l'accident ou la maladie reconnue imputable au service,
- À l'apparition d'une nouvelle pathologie sur un certificat médical (changement de risque, existence d'un état antérieur, d'une pathologie indépendante…),
- Pour fixer la date de reprise et anticiper les conditions de reprise particulières (temps partiel thérapeutique, aménagement de poste, reclassement),
- Pour avoir une vision de la durée de l'incapacité de travail (inaptitude temporaire ou définitive) et des soins à venir,
- Pour fixer une date de consolidation ou de guérison.

L'expertise médicale

SITUATIONS OÙ L'AVIS DU MÉDECIN EST REQUIS

Dès la survenance de l'événement, si la déclaration de l'agent et/ou les certificats médicaux précisent les éléments suivants :
- Traumatismes sans chute, sans cause extérieure violente,
- Incohérence des lésions constatées avec la fonction occupée,
- Maladie contractée ou aggravée en service.
- Troubles psychologiques,

Frais médicaux
- Cure thermale, frais dentaires, appareillages lourds (prothèse..).

Risques psycho-sociaux (RPS)
- Situations de Stress, Burn out, Souffrance au travail, Violence, Agression
- La mise en place des expertises est conditionnée à la transmission d'une enquête détaillée, rapport CHSCT, rapports circonstanciés,…

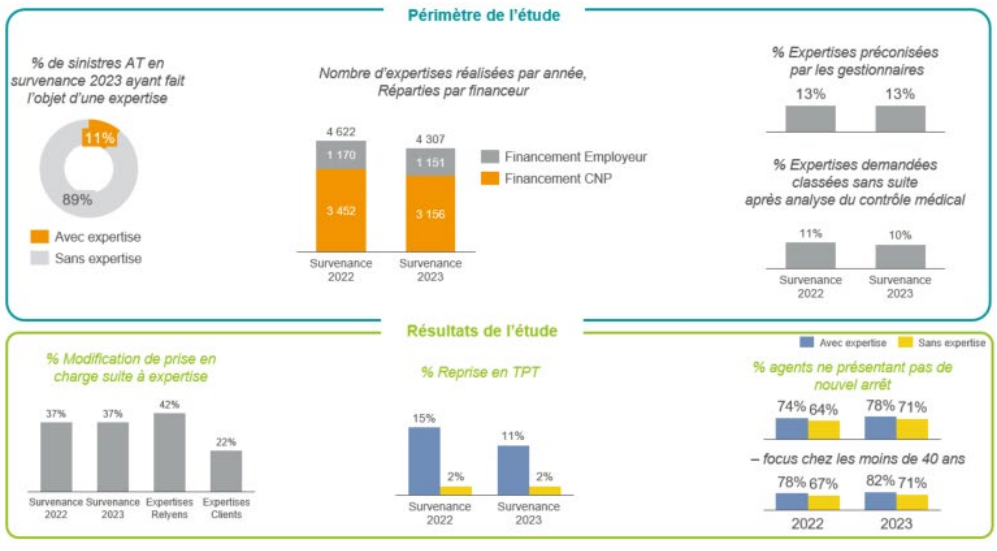
L'expertise médicale

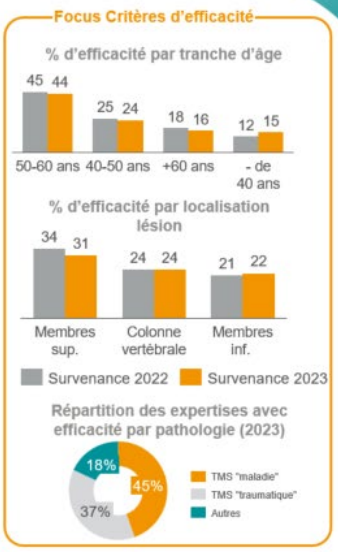
L'EXPLOITATION DES RÉSULTATS DE L'EXPERTISE PAR L'EMPLOYEUR

- Saisir le conseil médical, réuni en formation plénière, si le médecin expert préconise un changement de risque, un reclassement, afin d'entériner la décision,
- En cas de reprise, prévoir une visite auprès du médecin de prévention qui pourra établir les conditions de reprise (ex : aménagement de poste si nécessaire),
- Envoyer à l'agent une copie des conclusions administratives,
- Le rapport confidentiel peut être demandé par l'agent auprès du conseil médical, réuni en formation plénière, ou par le médecin traitant de l'agent au médecin agréé.

37% des expertises entraînent une modification de prise en charge

[FOCUS] Expertises médicales – Etude d'impact actualisée 2023





04

L'IMPACT DES CONTROLES MEDICAUX

L'impact des contrôles médicaux

Reconnaissance et efficacité organisationnelle

- Montrent l'intérêt que l'employeur porte à ses agents sur le thème de la santé au travail
- Valorisent l'importance de la fonction du poste occupé par l'agent, en se souciant de connaître sa durée d'incapacité de travail, pour le remplacer au plus vite et palier aux conséquences organisationnelles de son absence
- Garantissent une équité au sein des équipes
- Réduisent la suspicion sur la légitimité de certains arrêts.

Chez Relyens, nous sommes bien plus qu'Assureur, nous sommes Risk Manager. Piloter, prévenir les risques et les assurer, c'est notre engagement pour protéger plus efficacement les acteurs du soin et des territoires, en Europe. À leurs côtés, nous agissons et innovons en faveur d'un service d'intérêt général toujours plus sûr, pour tous.

Anticiper aujourd'hui pour protéger demain.

Siège social
Route de Creton
18110 VASSELAY – France
Tél : +33 (0)2 48 48 15 15

relyens.eu

relyens
GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

Copyright Relyens 2024 - Crédits photos : droits réservés

CONTRIBUTIONS

Les contributions des membres du CSFPT

- Contribution CET…….. 71
- Contribution CGT…… 76
- Contribution CFDT……... 79
- Contribution FO……..…..… 82
- Contribution UNSA…….…… 85
- Contribution FA-FPT…….……... 88

Contribution de la coordination des employeurs territoriaux

La réforme, mise en œuvre depuis l'entrée en vigueur du décret n°2022-350 du 11 mars 2022, était très attendue depuis la parution du rapport de diagnostic *« Evaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique »* par l'IGAS, l'IGA, l'IGF et l'IGAENR en mars 2017. En août 2016, le Premier Ministre avait confié à la Ministre des Affaires sociales et de la santé une évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales de la fonction publique.

Le cadrage de la mission partait du constat que l'organisation générale des comités médicaux et des commissions de réforme était complexe. Des difficultés dans le fonctionnement des instances entraînaient des conséquences sur la gestion des dossiers des agents. La mission s'était interrogée sur l'opportunité du portage des missions, la qualité du service rendu, l'économie générale du dispositif, l'efficience de la cartographie, l'organisation et la lisibilité afin d'établir un plan d'actions. L'objectif était de caractériser au mieux la situation concernant la FPT, les difficultés rencontrées et les différentes options possibles. La mission avait remis un rapport de diagnostic et posait plusieurs constats.

Tout d'abord, le dispositif était fragmenté et générateur d'hétérogénéité. En effet, les services pouvaient appréhender différemment les procédures, ce qui pouvait fragiliser et augmenter les délais de traitement. Le dispositif manquait d'un pilotage national aux niveaux administratif et médical. Cette absence de pilotage pouvait expliquer les différentes pratiques.

Le dispositif était excessivement consommateur de ressources médicales. En effet, le fonctionnement des instances reposait sur la présence de médecins de plus en plus difficiles à mobiliser, leur nombre étant déjà limité. Du fait de la pénurie de médecins du travail, tous les Centres de Gestion n'étaient pas en mesure de répondre aux besoins de l'ensemble des collectivités et établissements qui sollicitaient ce service. Or, les demandes des collectivités en matière de santé demeuraient très importantes notamment au regard de l'allongement de la vie professionnelle et au souhait de maintenir les agents dans l'emploi le plus longtemps possible.

Des inconvénients pouvaient apparaître comme le rallongement des délais de traitement des dossiers en cas d'absence de quorum ou de report. De plus, la rémunération insuffisante des médecins était un problème majeur et entravait le recours aux experts. Enfin, la méconnaissance par la grande majorité des médecins des statuts de la fonction publique et des règles régissant les agents expliquait certains dysfonctionnements. Le dispositif subissait un formalisme contraignant. L'efficacité des instances était enrayée à la fois par le trop grand nombre de procédures qui leur étaient soumises et par le formalisme imposé à leur activité. Trop de dossiers passaient devant le Comité médical et les exigences du quorum et de représentativité étaient trop lourdes et inadaptées.

Une enquête a été menée par la FNCDG auprès de l'ensemble des Centres de gestion au dernier trimestre 2024. Plusieurs observations et recommandations ressortent de cette étude. D'autres préconisations sont issues des réflexions de l'ANDCDG mais aussi de retours d'expérience transmis par les employeurs territoriaux. En préambule, il apparaît que l'objectif de simplifier le fonctionnement des instances médicales en créant le conseil médical, par le décret n°2022-350 du 11 mars 2022, est partiellement atteint. Les procédures liées à cette réforme ont été mises en place dans les CDG avec des schémas, des formations, des webinaires à destination des RH, médecins et membres siégeant en conseil.

La réforme des instances médicales avait tout d'abord pour objectif de favoriser la célérité de la procédure. Sur ce point, le fait d'inciter l'étude des dossiers sur pièces médicales (en formation restreinte) et de restreindre les expertises permet une étude plus rapide des dossiers auprès de la formation restreinte. Le délai de traitement étant réduit, la prise de décision est plus rapide pour la collectivité et pour l'agent.

Des procédures transférées mais pas simplifiées

L'objectif de simplification de la procédure, pierre angulaire de la réforme de 2022, n'est pas atteint. Les procédures ont été transférées plus qu'elles n'ont été simplifiées. Concernant l'évolution du champ de compétences, sur le terrain, les agents, les collectivités (élus, RH…) les médecins agréés, médecins traitants, médecins du travail, éprouvent des difficultés à comprendre ce système réglementaire qui reste complexe et difficile. L'instruction des dossiers souffre d'un manque de temps et de compétences statutaires.

Pour la formation restreinte, les secrétariats des conseils médicaux des CDG observent une diminution du nombre de dossiers conséquente. Pour la formation plénière, l'infléchissement est très limité, voire inexistant. Ce qui a principalement contribué à réduire le nombre de dossiers à traiter en conseil médical est la gestion, par les collectivités,

des congés de maladie ordinaire de plus de 6 mois. Toutefois, en formation plénière, les dossiers de retraite pour invalidité sont plus nombreux, du fait de l'échec des reclassements. Par ailleurs, la suppression de la mise à la retraite pour invalidité en procédure simplifiée par la CNRACL entraîne plus de saisines en formation plénière. Seuls les délais concernant les arrêts maladie de moins de 12 mois ont été réduits, par la systématisation des visites de contrôle auprès du médecin agréé, à la charge directe de l'employeur. Le fait de ne plus imposer la saisine du conseil médical dans cette situation permet de réduire largement le délai.

Par ailleurs, les délais concernant les autres motifs (Congé de Longue Maladie (CLM), Congé de Longue Durée (CLD), Mise en Disponibilité d'Office pour Raison de Santé (DOPRS)) ont été moins impactés. En effet, si certains dossiers aux pathologies évidentes permettent de statuer sur un simple certificat d'un médecin, la plupart nécessitent une investigation approfondie (complément du médecin/expertise par un médecin agréé/instruction et synthèse par les médecins siégeant). Les reprises après un CLM/CGM/CLD lorsqu'un agent exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières ne peuvent se faire sans l'avis du conseil médical mais à ce jour seuls les textes relatifs aux sapeurs-pompiers définissent des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières. D'autres cadres d'emplois pourraient-ils être concernés ?

L'idée de supprimer l'expertise obligatoire pour les demandes de CLM/CLD tout en sollicitant plutôt dans ce cadre le complément du médecin traitant paraissait opportune, mais dans les faits, ces derniers sont très majoritairement peu au fait de ces procédures et au mieux ignorent les courriers des secrétariats des conseils médicaux, au pire les interprètent avec beaucoup de méfiance, pour un résultat au final très peu convaincant : s'ensuivent une perte de temps et un faible nombre de réponses exploitables obligeant bien souvent à recourir à une expertise à l'issue.

Par ailleurs, si la suppression de certains motifs de saisine du conseil médical amène une diminution de la quantité de dossiers traités et présentés en séance, la charge de travail du service a été déplacée :

- les DRH des collectivités ou pôles carrière, conseil statutaire et gestion des instances du CDG sont davantage sollicités pour traiter certaines demandes (renouvellements de congé longue durée ou longue maladie pendant la période de rémunération à plein traitement) ;

- le suivi des dossiers du conseil médical est plus fastidieux. En effet, les dossiers ne sont plus alimentés d'avis réguliers du conseil médical (exemple pour les renouvellements de congés maladie), ce qui contraint à analyser, voire recueillir, dans l'hypothèse du CDG, s'ils n'ont pas été transmis, les arrêtés pris sans avis préalable du conseil médical.

Outre les réponses apportées aux sollicitations mail ou téléphoniques, les secrétariats des Conseils médicaux des CDG ont mis en place des réunions régulières d'information dans les territoires et peuvent recevoir sur rendez-vous les gestionnaires de dossiers ou mettre à disposition des collectivités des ressources pour faciliter la gestion administrative des dossiers (courriers type, fiches techniques…). Le temps qui n'est plus consacré par les secrétariats des conseils médicaux à l'instruction des dossiers du fait de la diminution de leur nombre est redéployé aujourd'hui pour assurer une fonction de conseil et d'accompagnement et garantir la bonne mise en œuvre des procédures.

La question de la gestion des expertises

Les collectivités ont désormais la charge de diligenter les expertises. Les collectivités, au vu des délais annoncés par certains spécialistes mais également du montant des honoraires engendrés, sollicitent un médecin généraliste pour une maladie professionnelle qui relèverait plutôt d'un psychiatre par exemple ou pour l'évaluation des séquelles (dossier ATI) ou pour une retraite pour invalidité. Les médecins en séance, peuvent proposer un sursis dans l'attente d'un rapport d'un médecin spécialiste. Les lettres de mission aux experts sont parfois inexistantes ou peu complètes et sans éléments médicaux permettant d'orienter le médecin. Par ailleurs, cette gestion directe par les collectivités pose la question de la confidentialité et du respect du secret médical : comment gérer et stocker au sein des collectivités les expertises médicales envoyées par les médecins agréés ?

La question du fonctionnement des conseils médicaux

Les membres du conseil médical

En formation restreinte, le conseil médical est composé de trois médecins titulaires et un ou plusieurs médecins suppléants. En formation plénière, le conseil médical est composé :

- de trois médecins titulaires et un ou plusieurs médecins suppléants ;

- de deux représentants de la collectivité ou de l'établissement public ;
- de deux représentants du personnel.

Chaque représentant titulaire de l'autorité territoriale ou du personnel dispose de deux suppléants.

Les membres titulaires, représentants de la collectivité ou de l'établissement public, appelés à siéger à la formation plénière du conseil médical sont désignés :

- pour les collectivités et établissements affiliés au centre de gestion : parmi l'ensemble des élus relevant des collectivités adhérentes au centre de gestion par un vote des représentants de ces collectivités au conseil d'administration du centre de gestion ;

- pour les collectivités ou les établissements non affiliés au centre de gestion : par l'autorité territoriale dont relève le fonctionnaire parmi les membres de l'organe délibérant.

Les membres suppléants sont désignés dans les mêmes conditions.

Si les règles de quorum apparaissent assouplies, permettant lors du 2ème passage du dossier de statuer même en l'absence de quorum, certains CDG font état de difficultés de quorum pour la formation plénière pour les représentants des collectivités non affiliées. Dans les grandes collectivités, l'indisponibilité fréquente des élus complique le fonctionnement du conseil médical. Il pourrait être proposé de permettre la désignation d'agents territoriaux comme suppléants, voire comme titulaires, afin d'assurer une participation effective en séance.

Le mandat des représentants de la collectivité ou de l'établissement public prend fin au terme de leur mandat électif, quelle qu'en soit la cause. Cette règle juridique, commune avec les désignations de la collectivité dans les organismes extérieurs, crée, au cas d'espèce, des périodes de vacance du conseil médical qui sont préjudiciables à sa continuité de fonctionnement. Aussi, il est proposé de permettre la prolongation des mandats des membres jusqu'à l'installation des nouveaux représentants, afin d'assurer la continuité du fonctionnement, comme cela existait pour la commission de réforme.

Les secrétariats des conseils médicaux des CDG soulignent le caractère positif de la disparition de notion de spécialité pour les médecins devant siéger en conseil médical, ce qui rendait très difficile l'organisation des réunions. Toutefois, la difficulté de faire siéger des médecins en formation a été renforcée en plénière (3 au lieu de 2 précédemment). Les médecins membres titulaires et suppléants sont désignés par le préfet pour une durée de trois ans renouvelables, parmi les praticiens figurant sur la liste établie dans chaque département par le préfet. Les fonctions des médecins membres du conseil médical prennent fin :

- à la demande du médecin ;
- ou lorsque celui-ci n'est plus inscrit sur la liste des médecins agréés établie par le préfet.

Toutefois, les secrétariats des instances médicales n'ont pas forcément connaissance des modifications comme, par exemple, la mise à jour des arrêtés de la Préfecture désignant les médecins membre du Conseil Médical. Le fonctionnement de chacune des formations demeure cloisonné à l'usage, ce qui peut engendrer des doublons et par conséquent générer des difficultés d'application pour les collectivités. Les médecins siégeant en séance restreinte mais qui ne siègent pas en formation plénière ne disposent pas forcément de tous les éléments sur certains dossiers liés à une maladie professionnelle ou un accident de service.

<u>Les réunions du conseil</u>
Le président du conseil médical peut organiser les débats au moyen d'une visioconférence dans des conditions qui garantissent le respect du secret médical. Toutefois, la mise en œuvre de la visioconférence pose des difficultés quant à la garantie du secret médical. Il convient de prévoir expressément ou de renforcer la sécurisation des outils et le contrôle de la confidentialité des situations.

<u>La présidence</u>
La Présidence étant désormais exercée par un médecin et non plus par un élu, les débats en séance s'orientent beaucoup plus vers les diagnostics médicaux et le lien de causalité entre l'activité professionnelle et la pathologie n'est plus vraiment vérifié.

Le renforcement du formalisme

La réforme a renforcé certains formalismes (envoi de courriers avec accusé de réception, obligation de motiver les avis favorables ou défavorables rendus par le Conseil médical…) ce qui rend, d'une part, les avis plus lisibles par les employeurs mais, d'autre part, renforce le temps et les coûts financiers consacrés aux procédures. Le décret n°2022-350 du 11 mars 2022 qui prévoit d'accuser réception aux agents concernés, de les rendre destinataires des avis et leur permet de saisir directement l'instance si l'employeur n'y procède pas sous 3 semaines apporte une évolution positive pour les agents dans des situations qui peuvent être contentieuses. Les délais de convocation pour le conseil médical plénier des représentants de l'administration et du personnel ne sont plus indiqués.

Des motifs de saisine du conseil médical pas toujours explicites ni cohérents

L'interprétation des textes, qui peut être variable en fonction des collectivités, pose parfois question. La réglementation est en effet souvent peu précise, les motifs de saisine n'apparaissent en effet pas toujours très clairs. Par exemple en cas de contestation des conclusions du médecin agréé lorsqu'il y a une consolidation, un taux d'IPP et une reprise ou l'arrêt d'une prise en charge au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident de service, les contestations dans le cadre du CITIS (contestation des médecins agréés – refus de prise en charge des prolongations d'arrêt pour un CITIS, reclassement suite à CITIS pour PPR) relèvent-elles de la formation plénière ou restreinte, les prolongations après le passage à demi traitement des CLM/CLD/CGM doivent-ils passer en conseil médical restreint ou non ? Se pose également la question de la compétence de la formation restreinte sur la contestation de l'avis d'un médecin agréé sur une prolongation de CITIS, alors même que c'est la formation plénière qui est compétente sur la question de la consolidation et du taux d'IPP, alors que ces 2 aspects sont souvent liés. Le décret du 16 avril 2024 a prévu que désormais la majoration tierce personne relevait de la formation restreinte, alors qu'elle est souvent associée à un dossier de retraite pour invalidité qui reste du champ de compétences de la formation plénière. Une clarification apparaît indispensable à cet égard.

La formation restreinte s'avère notamment indispensable pour l'instruction des demandes de congé de longue durée : c'est la seule formation compétente pour vérifier que l'agent relève bien de l'une des pathologies prévues par les textes. En effet, le médecin traitant ne suffit pas et l'employeur ne peut ni orienter l'agent vers un médecin agréé choisi au hasard, ni vers un spécialiste, sans porter atteinte au secret médical. Un allègement des procédures est toutefois envisageable, en limitant l'avis de la formation restreinte à trois étapes : l'octroi, le renouvellement lors du premier passage à demi-traitement et l'épuisement des droits. Il pourrait également être proposé de supprimer la saisine du conseil médical pour la retraite pour invalidité consécutive à un accident de service ou une maladie professionnelle, et de permettre à la formation plénière de statuer sur l'inaptitude au grade et le reclassement après un CITIS, sans saisine préalable de la formation restreinte.

Le défaut d'anticipation des situations

Le défaut d'anticipation ou de gestion des agents pose d'autres problématiques. En effet, les saisines pour aptitude au poste sans avis du médecin du travail ni tentative d'aménagement se transforment souvent en saisine pour aptitude ou inaptitude à tous les emplois du grade.

Si les secrétariats tentent au maximum de recueillir les pièces médicales pour inscrire le dossier sans expertise afin de réduire les délais de traitement, cette possibilité est parfois difficilement réalisable notamment si la saisine a lieu en début de congé maladie ou apparaît tardive, notamment si elle intervient au-delà de 9 mois.

Les relations avec la CNRACL

La réforme des retraites a induit davantage de sollicitations de la CNRACL concernant les taux d'invalidité et plus particulièrement sur ceux qui préexistaient avant l'affiliation de l'agent. Les médecins agréés ne se prononcent pas toujours pour fixer le taux et les médecins du conseil médical ne disposent alors pas d'éléments suffisants pour se prononcer, faute d'avis des médecins experts. Cela implique des aller/retour entre la CNRACL et les instances médicales. Toutes les révisions quinquennales de l'ATIACL, y compris en cas de maintien de taux, doivent être présentées en formation plénière. Auparavant, les dossiers avec maintien de taux étaient gérés directement entre la collectivité et la caisse des dépôts. Ce passage en formation plénière alourdit la procédure même si le suivi du dossier est relativement simple.

Les difficultés liées au recours aux médecins agréés

Le nombre de médecins agréés apparaît très insuffisant au regard du nombre de dossiers à traiter ; cela induit des délais de plus en plus longs pour que les agents puissent bénéficier d'expertises. Ces délais rallongés en termes de fixation de rendez-vous mais aussi de retours des rapports et avis ont des répercussions sur les délais de traitement des dossiers et impactent les agents, les collectivités et les instances médicales. Pour ces dernières en particulier, cela implique des appels ou courriels des agents et des collectivités pour comprendre les motifs de retard dans le traitement des dossiers.

En séance, les médecins sont amenés à émettre des avis sur des dossiers avec un décalage assez important dans les dates. La liste des médecins agréés de l'ARS n'est pas à jour ; des médecins inscrits sur cette liste ne font plus d'expertise. Les nouvelles vocations sont rares et les médecins sont échaudés par l'afflux de sollicitations, mais également par le caractère de plus en plus procédurier des agents auprès du Conseil de l'Ordre. Par ailleurs, les médecins rencontrent parfois de difficultés et des délais très longs pour obtenir leur agrément auprès de l'ARS (jusqu'à 1 an).

Les médecins agréés sont peu informés par l'ARS sur les missions qu'ils peuvent avoir à accomplir dans le cadre d'expertises des agents de la FPT. Il arrive fréquemment que les expertises mandatées ne contiennent pas les éléments nécessaires pour formuler un avis et donnent lieu à une seconde expertise, allongeant ainsi les délais de traitement des dossiers. L'absence de formation de ces médecins est elle aussi préjudiciable au bon fonctionnement du contrôle médical des fonctionnaires. Des spécialités font défaut dans nombre de départements (notamment en Rhumatologie et Neurologie). Les secrétariats des conseils médicaux relevant des CDG constatent de plus en plus de difficultés à trouver des experts dans le département et même hors département.

Par ailleurs, les termes de l'article 6-1 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 selon lequel « *Le médecin chargé de l'instruction peut recourir à l'expertise d'un médecin agréé. S'il ne se trouve pas, dans un département, un ou plusieurs des médecins agréés dont le concours est nécessaire, le conseil médical fait appel à des médecins agréés choisis sur la liste des médecins agréés d'autres départements »,* apparaissent trop restrictifs. Les rapports d'expertise sont souvent incomplets (1 page équivalente à des conclusions, absence d'examens…) et sont envoyés après relances.

Les médecins du conseil médical sollicitent une rémunération en adéquation avec la perte de revenus d'activité du fait de cette mission. La rémunération des médecins agréés siégeant en Conseil médical est toujours fixée par l'arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des membres des comités médicaux prévus par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986, non réévalué et qui prévoit *« Les médecins et leurs suppléants désignés pour faire partie des comités médicaux institués auprès de l'administration centrale ou des comités médicaux départementaux reçoivent, en cas de présence effective, une rémunération de 43,60 Euros par séance de deux heures, sans que plus de deux séances ne puissent avoir lieu dans la même journée »*. Au regard de ce niveau de rémunération, les médecins même Présidents, ne s'investissent pas dans cette mission.

A la difficulté de trouver des médecins, s'ajoutent des charges annexes comme les frais de trajet, le versement d'honoraires des médecins agréés au-delà des montants fixés réglementairement…, voire parfois des avis rendus sans expertise du fait de l'impossibilité d'en diligenter faute de médecins. La pénurie des médecins induit et conforte les dépassements d'honoraires.

Les services de comptabilité des collectivités apportent une vigilance accrue en matière de règlement d'expertises, qui exigent de plus en plus d'éléments des médecins (N° de SIRET alors que les praticiens hospitaliers n'en possèdent pas, versement de leur lettre de mission en même temps que la dépose de leur facture sur Chorus…) ce qui représente un formalisme complexe et disproportionné pour les médecins. Les délais de traitement des dossiers sont plus longs également du fait de la méconnaissance du statut par les médecins. Certains rapports d'expertise ne répondent pas aux attendus des caisses (CNRACL-ATIACL, méconnaissance des barèmes, défaut de complétude des formulaires AF3…).

Le conseil médical supérieur

Les avis du conseil médical supérieur sont très souvent rendus au-delà du délai réglementaire de 4 mois ce qui est source de confusion pour les agents et les collectivités avec un risque accru de recours contentieux, une décision fixant la situation statutaire de l'agent étant déjà intervenue au terme de cette échéance.

Rapport sur les nouveaux conseils médicaux et leurs effets sur les agents dans la Fonction Publique Territoriale

Pour la CGT, la santé des agents est une responsabilité de l'employeur public et un droit garanti par le statut. L'égalité de traitement, la solidarité, la dignité et la participation des personnels doivent guider les conseils médicaux. Dans un contexte de restrictions budgétaires, d'intensification du travail et d'allongement des carrières, nous refusons que la maladie et l'usure professionnelle deviennent des variables d'économies ou des motifs d'éviction de l'emploi public.

La réforme issue du décret n° 2022-350 du 11 mars 2022 devait simplifier le fonctionnement des instances médicales. Les témoignages recueillis montrent que les délais, les inégalités territoriales et les obstacles à la reconnaissance des atteintes professionnelles persistent. Notre fédération défend des droits effectifs pendant la maladie et le maintien dans l'emploi.

Le décret n° 2026-705 du 29 juillet 2026 accentue les garanties statutaires en autorisant le contrôle administratif de la présence à domicile par une personne habilitée. Les fonctionnaires sont placés en congé pour raison de santé, au titre de garanties statutaires. La notion d'arrêt de travail employée par le texte ne doit pas effacer ces garanties. La CGT demande l'abrogation de ce contrôle administratif domiciliaire et défend un contrôle de la justification médicale du congé par des médecins indépendants.

1 Les dysfonctionnements constatés et les réponses du rapport

Nos représentants signalent des dossiers incomplets, des convocations tardives, un accès difficile aux pièces et une information insuffisante sur le possible accompagnement syndical. Les préconisations relatives à la transmission des coordonnées des représentants syndicaux, à la formation de tous les acteurs et à l'accès sécurisé aux dossiers apporteraient des améliorations indispensables. Leur effectivité exige des obligations et des moyens. Le recours à la gestion numérique des dossiers ne doit pas être systématique pour les agents qui rencontreraient des difficultés à les appréhender.

Les réunions annulées faute de quorum et les expertises tardives prolongent l'incertitude. Des agents subissent des pertes et/ou des régularisations de rémunération entre l'intervalle des visites médicales et les restitutions d'avis du conseil médical. Nos représentants rapportent également que les séances peuvent être conduites trop rapidement et qu'ils rencontrent des difficultés à obtenir des contre-expertises. La préconisation visant la revalorisation des indemnités des médecins agréés, le cadrage des lettres de mission et l'actualisation des désignations permettrait d'améliorer les lacunes soulevées dans le rapport. Pour la CGT, il est indispensable que les réunions puissent être adaptées aux besoins et que celles-ci soient organisées avec un temps de séance bien proportionné afin d'avoir le temps d'examiner avec précision chaque situation.

Enfin, une lecture des dossiers centrée trop souvent sur le diagnostic médical écarte de facto les conséquences de l'organisation du travail entre la prescription de celui-ci et le travail réel à accomplir. L'organisation du travail peut être la cause des problématiques d'ordre médical vécues par les agents, particulièrement pour les troubles psychiques. Les interventions des assureurs brouillent parfois l'instruction. Les propositions sur la motivation des avis, l'articulation des expertises et le maintien dans l'emploi vont dans le bon sens. Elles ne répondent toutefois pas suffisamment à l'absence des représentants du personnel en formation restreinte, aux difficultés de recours et aux besoins des agents en situation de handicap.

2 Les modifications des textes revendiquées par la CGT

Garantir la représentation des personnels dans tous les dossiers

La CGT revendique la modification du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pour supprimer la formation restreinte et confier l'ensemble des compétences à une instance unique associant médecins, représentants des employeurs et représentants du personnel. Cette évolution doit préserver le secret médical, limiter l'accès aux pièces nécessaires et garantir l'indépendance médicale. Elle doit aussi garantir à chaque agent le droit d'être entendu et accompagné par le représentant de son choix.

La présidence doit revenir à un élu représentant les employeurs publics afin de rétablir leur implication dans l'instance et le débat avec les organisations syndicales sur les conséquences statutaires des situations examinées. Nous demandons la suppression de la voix prépondérante du président. Nous constatons le détournement de la règle du quorum pour

permettre une gestion des dossiers sans la présence paritaire des deux collèges. Pour la CGT, cette pratique est contraire au bon fonctionnement du dialogue social.

Rendre les garanties procédurales opposables

La CGT revendique un délai minimal de quinze jours de saisine afin de permettre la bonne préparation des dossiers. L'agent doit connaître l'objet exact de la saisine, les pièces utilisées, ses droits et les coordonnées des représentants syndicaux. Les témoignages, enquêtes et constats sur le travail doivent être accessibles à l'ensemble des membres de l'instance. Toute pièce nouvelle déterminante doit pouvoir être étudiée en amont des réunions et avant toute prise d'avis.

Les avis doivent exposer les éléments retenus et le raisonnement qui les motive, sans divulguer le diagnostic à l'employeur. Les décisions administratives défavorables doivent être notifiées, motivées en droit et en fait, les voies et délais de recours doivent être intégrés à la notification. Nous demandons une obligation explicite de justifier le non-suivi par la collectivité des avis rendus et de transmettre la décision au secrétariat du conseil. Le contrôle préfectoral doit être effectif, avec mise en demeure de régulariser les manquements constatés. Les bilans annuels anonymisés doivent être débattus avec les représentants syndicaux.

La formation, les autorisations d'absence et le remboursement des frais de déplacements et de repas doivent être garantis à l'ensemble des membres de l'instance. Les secrétariats médicaux doivent avoir suffisamment de moyens, aussi bien sur le plan financier qu'en moyens humains. Ils doivent pouvoir accompagner et informer les agents, et comme les collectivités. Le renouvellement des désignations et la continuité des mandats doivent éviter les vacances de siège dans l'instance.

Assurer des expertises indépendantes et des recours effectifs

La CGT demande que le conseil médical pilote les expertises nécessaires à ses avis, sur des missions précises, avec des médecins spécialisés dans la pathologie rencontrée et formés au statut de la FPT. L'expertise doit intégrer les observations de l'agent, les documents de ses soignants, la fiche de poste et les conditions réelles d'exercice. Les pressions des employeurs, comme les intérêts des assureurs, devraient en être exclus. Une expertise d'assurance ne doit ni se substituer à l'instruction statutaire, ni conditionner les droits de l'agent. En cas de contestation étayée, une contre-expertise indépendante doit être mise en œuvre et financée par l'employeur.

Le délai d'instruction de quatre mois du conseil médical supérieur concerne l'examen du dossier et non les deux mois pour contester l'avis. Le porter à six mois ne suffit pas : nous demandons la suppression de la confirmation automatique faute de réponse, cela impose que les moyens du conseil médical supérieurs soient renforcés.

Reconnaître les atteintes professionnelles et protéger la rémunération

Le travail réel doit être au centre de l'examen de l'imputabilité au service. Nous demandons le respect des présomptions légales, la prise en compte des rapports du médecin du travail et des enquêtes de la formation spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail. Nous revendiquons des tableaux de maladies professionnelles intégrant les pathologies psychiques liées au travail et un assouplissement de leur reconnaissance hors tableaux.

Lorsque les conditions légales sont réunies, l'employeur doit reconnaître l'imputabilité et régulariser le congé en congé pour invalidité temporaire imputable au service. Le rapport d'expertise doit être pris en compte, sans entraîner à lui seul une requalification automatique. Nous revendiquons une garantie de maintien de la rémunération pendant les retards d'instruction non imputables à l'agent, ainsi que des protections contre les récupérations de sommes dues à ces retards.

La consolidation doit faire l'objet d'une procédure contradictoire et d'une information sur ses effets. Elle ne signifie ni guérison, ni aptitude à reprendre, ni disparition de tout droit aux soins imputables au service. Les textes doivent empêcher qu'une fixation rétroactive, notifiée plusieurs mois après l'expertise, fasse supporter à l'agent les conséquences financières des lenteurs du dispositif. L'accès à la contestation du taux d'incapacité doit être garanti indépendamment de l'ouverture d'un droit à allocation. L'indemnisation complémentaire des préjudices, dans les conditions dégagées notamment par l'arrêt Moya-Caville du 4 juillet 2003, n° 211106, doit être prise en compte automatiquement par l'administration.

Faire du maintien dans l'emploi une obligation effective

Avant toute mise à la retraite pour invalidité, nous demandons une recherche effective et traçable des aménagements, changements d'affectation et reclassements possibles, avec l'agent et le médecin du travail. Le refus d'une solution doit être précisément justifié. Une cellule publique de maintien dans l'emploi, appuyée sur les centres de gestion et le Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées de la Fonction Publique (FIPHFP), doit faciliter les recherches entre collectivités et garantir l'accès à une formation de reconversion financée, y compris lorsque le métier visé n'existe pas chez l'employeur d'origine.

Les agents en situation de handicap doivent bénéficier des aménagements nécessaires et de l'appui du référent handicap. Les aides du FIPHFP doivent être mobilisées selon leur éligibilité. Une difficulté budgétaire ou l'absence de démarche auprès du FIPHFP ne doit pas écarter une solution de maintien dans l'emploi.

Pour la CGT, la réforme doit s'accompagner d'une prévention primaire qui agisse sur les effectifs, les charges, les expositions et l'organisation du travail. Un fonds de prévention de l'usure professionnelle doté de moyens pérennes doit permettre de prévenir les mobilités nécessaires pour le maintien dans l'emploi et permettre aux agents de pouvoir aller jusqu'au bout de leur carrière professionnelle.

La bonne santé physique et mentale des personnels de la FPT est une exigence incontournable, si l'on veut une fonction publique efficiente et capable de répondre aux besoins des usagers.

Sans agents, pas de services publics. Ce sont eux qui accompagnent les populations au quotidien. Il est donc du devoir des élus locaux, dans l'intérêt des administrés, d'organiser le fonctionnement des services sans que ceux-ci n'altèrent leur santé.

Cela sous-entend que les collectivités locales remplissent leurs obligations légales en matière de prévention primaire (réalisation des DUERP, des PAPRIPACT, mise à disposition des registres de sécurité et de danger grave et imminent) et d'aider les agents à se couvrir en matière de protection sociale complémentaire (santé et prévoyance) pour qu'ils soient en mesure de pouvoir se soigner et d'être à leur poste de travail dans les meilleures conditions.

Le gouvernement porte également sa part de responsabilité, il doit revenir sur les réformes néfastes pour la santé des personnels, à savoir l'abaissement de rémunération de 10% des indemnités liées au CMO et la prise d'un jour de carence par arrêt de travail. Ces dispositions sont néfastes et punitives, car elles ne permettent pas aux agents de pouvoir se soigner correctement, comme le démontre les données statistiques sur l'accentuation de la gravité et des durées des arrêts maladie induite par le jour de carence. Le gouvernement doit agir pour mettre en œuvre le plan santé au travail 2026 - 2030 à la hauteur des enjeux de la fonction publique, favorisant une prise de responsabilité collective de l'ensemble des pouvoirs publics en la matière et d'offrir aux agents une bien meilleure qualité de vie au travail.

Ces engagements doivent réduire les atteintes à la santé et les situations conduisant à saisir les conseils médicaux.

Résumé des propositions de préconisations de la CGT

1. Abroger le contrôle administratif domiciliaire et préserver les garanties statutaires des congés pour raison de santé.
2. Créer une instance unique présidée par un représentant employeur et sans voix prépondérante.
3. Garantir un délais convocation de quinze jours, l'accès à l'ensemble des pièces du dossier, l'audition des agents et le fait qu'ils puissent être accompagner syndicalement, la motivation des avis et le contrôle effectif du respect des règles.
4. Assurer des expertises et des contre-expertises indépendantes des assureurs.
5. Faciliter la reconnaissance des atteintes professionnelles, notamment psychiques, et protéger la rémunération et les droits à réparation.
6. Rendre effectif les aménagements, les reclassements et reconversions, en mobilisant le FIPHFP et les moyens publics nécessaires.
7. Garantir les moyens des instances et des représentants du personnel.
8. Améliorer la mise en œuvre de la prévention primaire
9. Créer et mettre en œuvre un fond de prévention de l'usure professionnelle.

Conseils médicaux FPT (2026)

La CFDT Interco revendique pour une protection statutaire renforcée, un accompagnement réel des agents et un maintien dans l'emploi.

Nous partageons pleinement le constat dressé dans le rapport relatif au fonctionnement des nouveaux conseils médicaux : malgré la réforme de 2022, les agents territoriaux demeurent confrontés à des procédures complexes, à des délais excessifs, à une hétérogénéité des pratiques et à une insuffisante prise en compte de leur réalité professionnelle. Les difficultés relevées par les secrétariats médicaux, les médecins, les représentants du personnel et les employeurs montrent que le dispositif actuel ne garantit pas encore une égalité de traitement ni une protection statutaire pleinement effective.
Dans ce contexte, la CFDT Interco porte des propositions fortes pour transformer en profondeur le fonctionnement des conseils médicaux, sécuriser réellement les droits des agents et faire du maintien dans l'emploi une priorité concrète des employeurs publics.

1.Actualiser les barèmes et les tableaux des maladies professionnelles
La CFDT Interco considère que les tableaux des maladies professionnelles, tels qu'ils existent aujourd'hui, ne reflètent plus la réalité des métiers territoriaux ni l'évolution des pathologies liées au travail. Les troubles musculosquelettiques, les risques psychosociaux, les pathologies liées à l'usure professionnelle ou à l'exposition prolongée à certains agents chimiques ou biologiques sont insuffisamment reconnus ou mal évalués.

Il est indispensable d'engager une actualisation des tableaux et des barèmes d'incapacité, afin de garantir une reconnaissance plus juste des maladies professionnelles et de réduire les disparités territoriales. Cette actualisation doit s'accompagner d'une doctrine, portée par le Conseil médical supérieur, permettant d'harmoniser les pratiques et d'assurer une égalité de traitement entre les agents.

2.Harmoniser la définition des aménagements de poste et permettre un repositionnement réel des agents
Bien que le rapport n'aborde pas spécifiquement la question des aménagements de poste, la CFDT Interco considère qu'il s'agit d'un enjeu essentiel à intégrer dans les préconisations, tant les pratiques sont hétérogènes et tant certains postes ne peuvent matériellement pas être aménagés.

Ainsi, lorsqu'un agent – par exemple une aide-soignante à qui l'on interdit le port de charges lourdes – ne peut plus exercer ses missions sans danger, l'aménagement du poste initial devient illusoire. Il doit être possible de repositionner l'agent sur un autre poste, dans sa collectivité ou dans une autre structure, avec l'appui du médecin de prévention et des services RH.

La CFDT Interco demande donc une définition claire et harmonisée de l'aménagement de poste, en y intégrant une souplesse indispensable pour protéger la santé des agents et éviter des situations d'impasse professionnelle voire de retraite pour invalidité.

3.Clarifier l'articulation entre expertise médicale et expertise assureur
Les auditions ont montré que les agents sont souvent confrontés à une confusion entre expertise médicale statutaire et expertise assurantielle. Cette situation génère des délais supplémentaires, des expertises redondantes et parfois des décisions contradictoires.

La CFDT Interco demande une clarification stricte de l'articulation entre les deux types d'expertise, afin que l'expertise médicale statutaire conserve toute sa place et que les assureurs ne puissent imposer des contre-expertises qui fragilisent les agents tant sur le plan santé que financier. Il n'est pas entendable qu'une expertise réalisée avec un passage en conseil médical (en formation restreinte notamment) et une décision administrative favorable soit remise en cause par une expertise des assureurs (prévoyance) jusqu'à suspendre le complément de rémunération. Ces situations souvent abusives laissent les agents seuls dans leur relation contractuelle, dans un désarroi total et pouvant aller jusqu'à développer une nouvelle pathologie dépressive.

La transparence des procédures doit être renforcée, et les agents doivent être informés de leurs droits et des implications de chaque expertise.
La décision administrative doit prévaloir juridiquement.

4.Renforcer les procédures d'accompagnement des agents

Le rapport souligne le manque d'accompagnement, l'opacité ressentie par les agents et les difficultés d'accès aux documents.

Pour la CFDT Interco, il est indispensable de garantir un accompagnement renforcé, reposant sur :

- Un **accès facilité** aux pièces du dossier,
- **Une information** claire sur les droits de l'agent (consultation du dossier, audition, recours),
- Une communication systématique des **coordonnées des représentants** du personnel,
- **Des délais** de convocation permettant une préparation réelle.

L'accompagnement syndical doit être pleinement reconnu comme un droit de l'agent, et les secrétariats médicaux doivent disposer des moyens nécessaires pour assurer une information complète et lisible.

5.Sur l'obligation de transmission d'une fiche de poste actualisée et précise

La CFDT Interco considère que la transmission d'une **fiche de poste actualisée**, complète et fidèle à la réalité du travail est une condition indispensable pour garantir des avis médicaux pertinents et protéger les droits des agents. Trop souvent, les conseils médicaux reçoivent des fiches de poste (lorsqu'elles existent) anciennes, incomplètes ou génériques, qui ne reflètent ni les contraintes réelles du métier, ni les évolutions organisationnelles, ni les exigences physiques ou psychiques du poste. Cette situation fragilise l'évaluation médicale, fausse l'analyse des possibilités de maintien dans l'emploi et peut conduire à des décisions inadaptées, voire injustes.

La CFDT Interco revendique donc que l'employeur ait l'obligation de transmettre une fiche de poste actualisée, datée, précise et conforme aux missions réellement exercées par l'agent. Cette fiche doit détailler :

- Les tâches quotidiennes et les missions principales ;
- Les contraintes physiques (port de charges, station debout prolongée, gestes répétitifs, exposition) ;
- Les contraintes psychiques et organisationnelles (rythmes, horaires, charge mentale, environnement de travail) ;
- Les évolutions récentes du poste ou du service ;
- Les aménagements déjà mis en place ou envisagés.

Une fiche de poste précise est indispensable pour permettre au médecin agréé, au médecin de prévention et au conseil médical d'apprécier correctement l'aptitude, les possibilités d'aménagement ou de reclassement, et les conséquences d'une pathologie sur la capacité à exercer les missions. Elle constitue également un outil essentiel pour sécuriser les décisions de l'employeur et éviter les contentieux.

Pour la CFDT Interco, aucune procédure médicale ne devrait être instruite sans une fiche de poste actualisée. C'est une exigence de transparence et de protection des agents.

6. Rendre obligatoire la présence du médecin de prévention en conseil médical

La CFDT Interco insiste sur la nécessité de renforcer le rôle du médecin de prévention, dont l'expertise sur les conditions de travail, les risques professionnels et les possibilités de maintien dans l'emploi est essentielle. Sa présence en formation plénière doit devenir obligatoire, avec un droit de parole renforcé, afin de garantir une prise en compte réelle du lien entre pathologie et travail.

7. Créer une cellule emploi-reclassement pour maintenir les agents dans l'emploi

Face à l'augmentation des retraites pour invalidité, la CFDT Interco propose la création, au sein de chaque centre de gestion, d'une cellule emploi-reclassement chargée d'accompagner les agents dont l'état de santé ne permet plus d'occuper leur poste initial. Cette cellule aurait pour missions :

- D'identifier des postes compatibles dans d'autres collectivités,
- D'accompagner les agents dans leur reconversion,
- De coordonner les formations nécessaires avec le CNFPT,
- De suivre les parcours jusqu'à la stabilisation professionnelle.

Cette mesure permettrait de **réduire** significativement **les mises à la retraite pour invalidité** et de favoriser le maintien dans l'emploi, conformément aux valeurs portées par la CFDT.

8. Recourir à des médecins experts spécialisés dans la pathologie

La CFDT Interco considère que les avis médicaux doivent être rendus par des médecins disposant d'une expertise réelle dans la pathologie concernée. Les médecins généralistes agréés, bien que compétents, ne disposent pas toujours des connaissances spécialisées nécessaires pour évaluer certaines affections complexes.

Il est donc indispensable de recourir à des médecins experts spécialisés, de mettre à jour les listes en précisant les spécialités, et de revaloriser les rémunérations afin d'attirer davantage de spécialistes dans le dispositif.

9. Renforcer la formation de tous les acteurs
Le rapport met en évidence un déficit massif de formation, tant pour les médecins agréés que pour les représentants du personnel, les représentants employeurs, les secrétariats médicaux ou les services RH.
La CFDT Interco demande la mise en place d'un plan national de formation, portant sur :

- Le cadre statutaire,
- Les procédures CITIS,
- Le reclassement,
- L'invalidité,
- Les barèmes,
- Les procédures de recours.

Une formation solide est indispensable pour garantir la qualité des avis rendus et la protection des agents.

10. Encadrer les délais du CITIS provisoire pour éviter les remboursements injustes
Les agents sont aujourd'hui exposés à des situations financières très difficiles lorsque les délais d'instruction du CITIS provisoire s'allongent et que le CITIS n'est finalement pas reconnu.

La CFDT Interco demande :

- La fixation d'un délai maximal national pour statuer sur un CITIS,
- L'interdiction de demander un remboursement à l'agent lorsque le retard est imputable à l'administration ou au conseil médical,

Ces mesures sont indispensables pour protéger les agents et éviter des situations de précarité injustifiée par des retenues sur salaire dépassant un seuil décent pour vivre.

Conclusion

Pour la CFDT Interco, le constat est sans appel : les conseils médicaux, dans leur fonctionnement actuel, ne garantissent pas la protection et l'égalité que les agents territoriaux sont en droit d'exiger. Tant que les procédures resteront opaques, inégales et déconnectées des réalités de travail, les agents continueront à être fragilisés dans leurs droits comme dans leur parcours professionnel.

Nos propositions portent une ambition claire : faire de la prévention et de la santé des agents des priorités absolues, parce qu'elle est la condition indispensable d'un service public de qualité. Sécuriser les décisions, harmoniser les pratiques et garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire sont des exigences que nous porterons avec détermination : agents publics respectés, services publics de qualité.

Autosaisine « les nouveaux conseils médicaux et leurs effets sur les agent(e)s dans la fonction publique territoriale

Contexte et cadre général

La réforme des conseils médicaux de 2022 visait à simplifier les procédures et à améliorer la gestion des situations médicales des agents publics en matière de santé.
Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de mars 2017 avait déjà mis en évidence des dysfonctionnements persistants, notamment en matière de délais de traitement, de disparités territoriales et de complexité des procédures.
Malgré ces évolutions, les retours d'expérience des représentants du personnel, des agents et des différents acteurs révèlent la persistance de difficultés structurelles importantes affectant à la fois le fonctionnement des instances et la situation des agents concernés.
De plus, d'importantes disparités territoriales persistent (nombre de dossiers, délais, pénurie de médecins agréés) et engendrent des inégalités de traitement avec des conséquences directes pour les agents (des pertes ou diminutions de rémunération, des retards de reprise ou de reclassement, des situations administratives incertaines, une aggravation des difficultés de santé, un sentiment de précarité et d'abandon…).

Constat FO

Des dysfonctionnements structurels dans le fonctionnement du conseil médical et dans la prise en charge administrative des agents concernés. Il persiste un manque manifeste d'information, une opacité des procédures, des délais excessifs et un accompagnement insuffisant, plaçant les agents dans des situations de grande fragilité administrative, financière et humaine.

Les retours recueillis par une enquête interne auprès des représentants du personnels et des agents confrontés à ces instances confirment des dysfonctionnements persistants dans le fonctionnement des conseils médicaux.

Les agents interrogés par FO déclarent ne pas connaître l'existence ni le rôle du conseil médical avant d'y être confrontés, souvent dans un contexte déjà dégradé sur le plan de la santé. Cette méconnaissance initiale, combinée à une information lacunaire sur les droits, les voies de recours et la consultation du dossier, constitue une atteinte au principe fondamental du droit à l'information des agents publics.

Les délais de traitement, largement jugés trop longs, ont des conséquences directes et parfois graves : perte ou diminution de rémunération, retards de reprise ou de reclassement, incertitudes prolongées et aggravation de l'état de santé. Ces délais ne peuvent être considérés comme de simples dysfonctionnements ponctuels, mais traduisent un problème organisationnel récurrent.

S'agissant du dispositif CITIS, il apparait comme parcours complexe, dissuasif et mal expliqué, renforçant le sentiment d'injustice et d'isolement des agents concernés. L'expertise médicale est, quant à elle, renvoie souvent un sentiment d'expertise déconnectée de la réalité médicale des agents.

Les propositions d'amélioration portées par FO

FO formule plusieurs propositions concrètes :

Renforcer l'information des agents

- Une information claire, complète et systématique des agents dès l'ouverture de la procédure ;
- Remise d'un guide explicatif comprenant les différentes étapes de la procédure ;
- Communication obligatoire des droits, des voies de recours et possibilités d'accompagnement syndical.
- Transmettre les coordonnées (agent et représentants) avec consentement afin de faciliter les échanges en amont.

Réduire les délais

- Augmentation des moyens dédiés ;
- Renforcement du nombre de médecins agréés ;
- Suivi des délais de traitement.
- Harmonisation des pratiques ;
- Mise en place de garanties concernant le maintien des droits financiers.

Améliorer la préparation des dossiers

- Fiche de synthèse harmonisée pour chaque dossier (carrière/ancienneté, contexte, historique résumé, pièces clés, points de décision attendus) ;
- Transmission anticipée des convocations ;
- Accès facilité aux pièces ;
- Réunions préparatoires en visioconférence.

Professionnaliser les acteurs

- Formation obligatoire des représentants et élus (cadre réglementaire, outils, lecture des expertises, tableaux/ barèmes, et glossaire de pathologies fréquentes) ; Un socle commun améliorerait l'appropriation des rôles et la qualité des échanges en séance ;
- Actualisation régulière des connaissances, diffusion de référentiels actualisés (barèmes, tableaux, réglementation).
- Mise à disposition d'outils pédagogiques.

Moderniser le fonctionnement des instances

- Clarification du rôle du président ;
- Organisation structurée des débats ;
- Traçabilité des décisions et des positions ;
- Audition plus fréquente des agents lorsque nécessaire.
- La formalisation rapide des avis rendus par les instances médicales ;

FO regrette que les débats reposent principalement sur l'expertise médicale, parfois au détriment du contexte professionnel ; de la situation personnelle de l'agent ; des éléments apportés par les représentants du personnel.

Simplifier le dispositif CITIS

- Procédures plus lisibles ;
- Harmonisation des pratiques ;
- Réduction des démarches administratives ;
- Meilleure sécurisation des droits des agents.

Renforcer les moyens

- Revalorisation de la rémunération des médecins agréés ;
- Développement du vivier médical ;
- Recours à des outils numériques (visioconférences) pour améliorer la préparation.

Améliorer la prise en compte des situations humaines

- Un accompagnement humain et administratif renforcé des agents tout au long de la procédure ;
- Possibilité d'audition ;
- Prise en compte de la situation globale (médicale, professionnelle et sociale).

CONCLUSION

Malgré les constats de l'IGAS en 2017 et la réforme de 2022, des dysfonctionnements persistent.

Pour FO, il existe encore trop de dysfonctionnements dans le fonctionnement du conseil médical et dans la prise en charge administrative des agents concernés.

Pour FO, ces difficultés ne relèvent pas de situations isolées mais traduisent des problématiques structurelles. Ces difficultés engendrent des conséquences significatives pour les agents, tant sur le plan financier qu'humain.

Dans ce contexte, une réforme ambitieuse apparaît nécessaire afin de garantir :

- La transparence des procédures ;
- La professionnalisation des acteurs
- L'égalité de traitement des agents du service public ;
- La réduction des délais ;
- Le respect des droits des agents ;
- Une prise en charge plus humaine, équitable et efficace des situations individuelles.
- Une meilleure prise en compte des éléments médicaux fournis par les agents.
- L'attractivité pour les médecins agréés notamment via la rémunération.

CONTRIBUTION UNSA TERRITORIAUX

Les nouveaux conseils médicaux et leurs effets sur les agents dans la Fonction Publique Territoriale

La réforme des instances médicales issue de l'ordonnance n° 2020-1447 et du décret n° 2022-350 du 11 mars 2022 visait à simplifier les procédures et à résorber les délais de traitement des dossiers de santé des agents. Ces évolutions auraient pourtant pu s'appuyer sur le rapport « Évaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique », publié en mars 2017 par les inspections IGAS, IGA et IGAENR, qui proposait quatre scénarios de refonte systémique des conseils médicaux. Or, près de dix ans plus tard, le rapport d'autosaisine de la FS4 met en évidence la persistance d'inégalités d'accès aux droits et de disparités de traitement des agents de la fonction publique territoriale sur l'ensemble du territoire, générant des dysfonctionnements préjudiciables à l'ensemble des acteurs.

L'UNSA Territoriaux tient aussi à souligner les effets particulièrement dommageables, pour les agents en situation de fragilité physique ou psychologique, dont certaines sont liées au travail, d'un parcours complexe et opaque générant des difficultés financières. Avec plus de dix ans de retard sur les salariés du secteur privé, les agents territoriaux bénéficieront tous, au 1er janvier 2029, de garanties de prévoyance grâce à l'accord national du 11 juillet 2023. Cette avancée implique aussi une responsabilité collective pour le traitement aux risques d'incapacité, d'invalidité et d'usure professionnelle.

La présentation du présent rapport s'inscrit dans une double actualité, porteuse à la fois d'espoir et de déception pour parvenir à une véritable réforme systémique des instances médicales de la fonction publique.

Un espoir : l'élaboration du Plan Santé au Travail (PST) 2026-2030. Malgré une concertation réduite, ses absences de diagnostic partagé, de moyens dédiés et d'obligations pour les employeurs, ce document formalise les problématiques essentielles à traiter pour y parvenir.

Une déception : la censure du rapport sénatorial issu de la mission d'information « La souffrance psychique au travail : un défi sociétal et collectif à relever ». Celui-ci a pourtant mis en évidence que les risques psychosociaux (RPS) demeuraient insuffisamment documentés, prévenus et pris en charge dans la fonction publique. Le rapport attendu en décembre 2026, à la demande du Président de la République, sur le sujet des RPS permettra peut-être de reprendre les conclusions de cette mission.

Pour l'UNSA Territoriaux, les dysfonctionnements persistants des conseils médicaux révèlent des carences majeures dans la gestion des ressources humaines de la fonction publique et dans la prise en compte de la santé au travail. Il est indispensable de passer d'un simple suivi administratif à un véritable pilotage national, doté de moyens dédiés et de mécanismes de contrôle, au service des acteurs locaux : représentants du personnel, employeurs territoriaux et professionnels de santé.

Dans ce contexte**, les 17 préconisations d'ajustement** qui sont formulées dans le rapport d'auto-saisine de la FS4 du CSFPT **apportent des avancées organisationnelles nécessaires**, que l'UNSA Territoriaux soutient.

Cependant, notre organisation syndicale considère qu'une véritable réforme exige des évolutions systémiques des instances médicales ainsi que le déploiement de dispositifs de prévention primaire et de maintien dans l'emploi, aujourd'hui insuffisamment mobilisés.

L'UNSA Territoriaux focalise ses demandes de transformation du fonctionnement du dispositif des conseils médicaux autour de deux exigences :

- La mise en œuvre du dialogue social en matière de santé au travail

- Les procédures de reconnaissance du lien de la maladie avec le travail qui soit indépendante de l'employeur, comme dans le régime général, le conseil médical émettant un avis conforme qui s'impose à l'employeur territorial.

L'UNSA Territoriaux porte ainsi des propositions complémentaires en ce sens :

- Une seule instance, le conseil médical en formation plénière, un espace de dialogue pour analyser la situation de l'agent et élaborer un avis sur le lien de la maladie (imputabilité au service, accident, maladie professionnelle) avec son travail (métier, conditions, risques professionnels, …) entre représentant du personnel, employeurs, médecins experts siégeant aux conseils médicaux, médecins de prévention, membres à titre consultatif lorsque les saisines sont en lien avec le travail et qu'elles ne relèvent donc pas de la seule expertise médicale et pour les situations suivantes : reclassement, réintégration à l'issue d'une période de disponibilité pour raison de santé, …

- Les accidents de service et les maladies professionnelles bénéficient d'une présomption d'imputabilité au service lorsque les conditions prévues par les textes sont réunies. La reconnaissance de l'imputabilité doit alors être accordée de plein droit, sans saisine du conseil médical dès lors qu'aucun élément ne permet de renverser cette présomption.
  L'UNSA Territoriaux questionne la valeur ajoutée de l'examen systématique des demandes de congé de longue durée par les conseils médicaux, alors que les affections ouvrant droit à ce congé sont strictement définies et que, dans certains cas notamment les maladies mentales, un congé de longue maladie a vocation à évoluer vers un congé de longue durée.
  Pour rappel : le PST 2026-2030 de la fonction publique, dans son axe 2 insiste sur la structuration de la pluridisciplinarité et le rôle central des médecins du travail et des équipes de santé au travail. Son action 1.5 vise le renforcement du fonctionnement des conseils médicaux.

- La formation des acteurs des conseils médicaux doit être obligatoire. Elle pourrait s'appuyer sur le modèle de celle délivrée par la CNRACL à ses administrateurs. Un guide expliquant les règles de la fonction publique à destination des médecins traitant doit être élaboré.

- Afin de sécuriser juridiquement ces avis, le conseil médical supérieur doit être renforcé pour assurer l'exercice de ses missions de pilotage, de coordination, d'expertise et d'élaboration de référentiels de risques par métier. Il lui revient d'élaborer une doctrine permettant l'harmonisation des avis sur l'ensemble du territoire, à l'égard de l'ensemble des agents.
  Pour rappel, l'action 1.4 du PST 2026-2030 de la fonction publique vise à harmoniser & sécuriser les procédures de reconnaissance des accidents de service / maladies professionnelles.

- Révision des tableaux des maladies professionnelles et abrogation de la condition d'un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) de 25 % pour reconnaître l'imputabilité au service des affections psychiques.
  Pour rappel : le PST 2026-2030 de la fonction publique fait de la santé mentale et des RPS une priorité majeure de l'Axe 1 (objectif 1.1 et action 1.1).

- Afin d'examiner la mise en place d'un taux de cotisation aux risques professionnels tenant compte de la sinistralité réelle et des actions de prévention de la collectivité, à l'instar du secteur privé : réalisation d'une étude sur les coûts des contrats d'assurance du risque statutaire, des accidents de service et des maladies professionnelles.

Cependant, l'efficacité des conseils médicaux dépend directement de leviers de prévention primaire et de maintien dans l'emploi qui restent aujourd'hui insuffisamment déployés :

- Bien que le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels soit obligatoire depuis 2001, seulement 38 % à 40 % des collectivités disposent d'un DUERP actualisé. L'UNSA Territoriaux demande la mise en place de pénalités financières contre les collectivités défaillantes et un contrôle accru par les ACFI et l'Inspection du Travail.
  Pour rappel : le PST 2026-2030 de la fonction publique, dans son axe 3 (objectif 3.1 et action 3.1), fait des documents obligatoires un levier central et fixe un objectif national d'atteindre 100 % de DUERP établis et actualisés d'ici le 1er janvier 2028.

- Malgré les propositions formulées par le CSFPT dès 2021 et le rapport de mission Hiriart en 2023, la création d'un fonds dédié à la prévention primaire, à l'aménagement des postes et aux reconversions n'est pas encore concrétisée.
  Par ailleurs, les CPAM, compétentes pour statuer sur les accidents du travail et les maladies professionnelles dans le secteur privé, reconnaissent fréquemment des taux d'incapacité plus élevés que ceux accordés aux agents publics dans des situations comparables.
  Des différences significatives apparaissent également dans les critères de reconnaissance de l'origine professionnelle des accidents. Dans la fonction publique, la non-reconnaissance de l'imputabilité au service repose notamment sur la caractérisation d'un élément extérieur à l'origine de l'accident. Or, dans le secteur privé, la présomption d'imputabilité s'applique dès lors que l'accident survient par le fait ou à l'occasion du travail. Au regard de ces écarts d'appréciation, une étude comparative des pratiques d'évaluation et de reconnaissance devrait être engagée afin d'examiner les conditions d'une convergence avec les méthodes retenues par les médecins-conseils des CPAM.

- L'absence de cadre réglementaire spécifique pour le conseil en évolution professionnelle (CEP) et entretiens de carrière dans la FPT rend ce droit théorique. L'UNSA Territoriaux réclame un entretien de carrière obligatoire dès la 10e année d'exposition aux risques, assorti d'une offre de mobilité préventive avec maintien de rémunération.
  Pour rappel : le PST 2026-2030 de la fonction publique, dans son axe 1 (objectif 1.3 et action 1.3) est dédié à la prévention de l'usure professionnelle. La sous-action 1.3.1 prévoit d'instaurer des « rendez-vous aux moments clés du parcours de l'agent », incluant la visite de prépreprise et les entretiens de carrière à mi-parcours pour détecter précocement les situations d'usure.

En conclusion, l'UNSA Territoriaux estime que la modernisation des conseils médicaux ne peut se limiter à une réorganisation technique ou à une rationalisation administrative des procédures. La protection des 1,9 million d'agents de la fonction publique territoriale impose la mise en place d'instances médicales rénovées, rendant des avis conformes fondés sur une réelle analyse des contraintes des métiers. Le déploiement contraignant des outils de prévention primaire que sont le DUERP, le Fonds de prévention de l'usure professionnelle et le droit effectif à la reconversion doit être assuré.

Alors que le PST 2026-2030 de la fonction publique fixe des orientations fortes en matière de santé mentale, de parcours professionnels et de prévention, l'UNSA Territoriaux appelle les employeurs territoriaux et le gouvernement à les traduire rapidement en garanties statutaires et juridiques opposables, afin d'assurer à chaque agent un parcours professionnel juste, protecteur et humain.

Rapport en auto-saisine de la FS4 du CSFPT « Les nouveaux conseils médicaux et leurs effets sur les agents dans la Fonction Publique Territoriale »

La réforme des conseils médicaux devait simplifier les procédures et mieux protéger les agents territoriaux. Quatre ans après son entrée en vigueur, le constat dressé par le rapport de la FS4 est clair : complexité persistante, délais excessifs, pénurie de médecins agréés, disparités territoriales et accompagnement insuffisant continuent de fragiliser l'accès aux droits.

Pour la FA-FPT, ces dysfonctionnements ne relèvent plus d'une simple période d'adaptation. Ils révèlent les limites structurelles d'un dispositif qui expose des agents déjà éprouvés par la maladie, l'accident ou l'inaptitude **à une véritable seconde épreuve, administrative et financière**.

La FA-FPT **refuse que les carences du système** se traduisent par des retards de décision, des pertes de rémunération ou des ruptures de parcours professionnel. Elle exige des procédures rapides, lisibles et pleinement contradictoires, une égalité réelle de traitement sur l'ensemble du territoire ainsi que des garanties incontestables d'impartialité et de sécurité juridique.

Cette contribution complète donc les constats du rapport en portant une exigence claire : les ajustements techniques ne suffiront pas. **La protection de la santé et des droits des agents impose des mesures immédiates, des moyens renforcés et une réforme structurelle de l'organisation des conseils médicaux.** Il appartient désormais au Gouvernement de traduire les constats établis en décisions concrètes, négociées avec les organisations syndicales.

Diagnostic

La FA-FPT partage le constat d'ensemble d'un dysfonctionnement structurel des conseils médicaux dans la fonction publique territoriale, malgré la réforme de 2022. Les faits marquants relevés sont :

- Complexité et lourdeur du dispositif : Procédures difficiles à comprendre et à appliquer, générant des délais excessifs et des disparités de traitement selon les territoires. Cette complexité a été soulignée tant par le CSFPT que par notre analyse syndicale.
- Impact négatif sur les agents : Les personnels territoriaux se heurtent à des parcours d'instruction longs et incertains, avec un risque accru de rupture de prise en charge financière ou d'épuisement psychologique. L'accès aux droits n'est pas pleinement garanti de façon équitable sur tout le territoire.
- Rôle central du secrétariat médical et pénurie de ressources : La centralisation des secrétariats médicaux auprès des Centres de gestion (CDG), si elle a permis une professionnalisation, s'accompagne d'une pénurie de médecins agréés et de moyens insuffisants. Cela contribue à allonger les délais et à creuser les difficultés, notamment en zone moins dotée en professionnels de santé.
- Constat d'inefficacité persistante malgré la réforme : Deux ans après la mise en place des nouveaux conseils médicaux, le système continue à dysfonctionner (dossiers en attente, recours croissants, charge accrue pour les collectivités). Les améliorations escomptées (simplification, harmonisation) ne se sont que partiellement matérialisées, traduisant un problème de fond, non de simple rodage.

👉 Nos constats convergent avec ceux du CSFPT, tout en insistant sur le caractère systémique de ces dysfonctionnements : ils ne sont pas le fait de pratiques isolées, mais bien le reflet d'une architecture institutionnelle problématique à l'échelle nationale.

Analyse

Au-delà du constat factuel, la FA-FPT souhaite attirer l'attention du CSFPT sur les enjeux institutionnels et juridiques sous-jacents à ces dysfonctionnements :

- Organisation institutionnelle susceptible de conflits d'intérêts : Le rattachement des conseils médicaux aux Centres de gestion crée une concentration de missions (gestion de la procédure médicale, accompagnement statutaire des employeurs, gestion des contrats d'assurance statutaire) au sein d'une même entité. Cette situation interroge la garantie d'impartialité requise, car le CDG peut être amené à poursuivre simultanément des objectifs de protection

sociale des agents et de maîtrise des risques financiers des employeurs. Sans remettre en cause l'intégrité des acteurs, le cumul de ces rôles au sein d'une structure unique crée un risque de conflit d'intérêts institutionnel, c'est-à-dire la possibilité d'une confusion des missions de nature à influer, même indirectement, sur les décisions relatives aux droits des agents.

- Fragilités dans les garanties d'impartialité et de contradictoire : Compte tenu de ce contexte institutionnel, un doute légitime sur la neutralité objective des conseils médicaux ne peut être écarté. En effet, le secrétariat du conseil médical, pivot de la procédure (réception et instruction des dossiers, préparation des avis, communication avec les médecins...), est placé dans une position délicate : il dépend la plupart du temps d'un service du CDG également dédié à la gestion statutaire et assurantielle. Il peut en résulter un déséquilibre structurel entre l'agent et son employeur – ce dernier bénéficiant de l'appui technique du CDG – ce qui affaiblit l'égalité des armes et le caractère pleinement contradictoire de la procédure. Nous observons ainsi une fragilité du principe de neutralité de l'instance médicale : même si aucune partialité personnelle n'est établie, l'organisation actuelle peut générer une apparence de partialité.
- Sécurité juridique incertaine : En l'absence de correctifs, ces failles structurelles pourraient, à terme, fragiliser la légalité des décisions individuelles résultant des avis des conseils médicaux. Les principes fondamentaux du droit administratif (impartialité objective, droits de la défense, procédure équitable) sont des conditions de validité des actes administratifs. Ainsi, la confiance des agents dans le dispositif, tout comme la sécurité juridique pour les collectivités, en sont affectées.

👉 En résumé, notre analyse syndicale met en lumière que les dysfonctionnements identifiés ne sont pas seulement opérationnels, mais traduisent des enjeux institutionnels profonds. Nous invitons donc le CSFPT à prendre en compte ces risques structurels et juridiques dans ses conclusions, sans dramatisation mais avec lucidité, afin d'engager les évolutions nécessaires.

Préconisations

Face à ces constats, la FA-FPT formule des propositions concrètes, articulées sur deux horizons : des améliorations immédiates pour pallier les difficultés les plus pressantes, et des évolutions structurelles à moyen terme pour remédier aux causes profondes.

1. **Mesures d'amélioration immédiate :**

- Renforcer l'information et l'accompagnement des agents tout au long de la procédure médicale : mise à disposition de guides clairs, points de contact dédiés pour renseigner les agents sur leurs droits et les démarches, afin de réduire le sentiment de solitude et de complexité.
- Uniformiser et simplifier certaines pratiques grâce à un pilotage national : élaboration de référentiels ou de protocoles partagés entre tous les CDG pour harmoniser les instructions de dossiers, les courriers types, les délais cibles, etc. L'objectif est d'assurer une égalité de traitement quel que soit le territoire.
- Réduire les délais par un appui opérationnel renforcé : soutien ponctuel aux CDG en tension (renfort en personnel sur les secrétariats médicaux dans les départements en difficulté, recours à des mécanismes de mutualisation inter-CDG pour résorber les arriérés de dossiers, incitations à l'installation de médecins agréés dans les zones déficitaires, etc.).
- Former et sensibiliser l'ensemble des acteurs (agents gestionnaires, médecins agréés, membres des conseils) aux principes d'une procédure équitable : droit des agents à être entendus, importance de la neutralité et du contradictoire, secret médical. Ceci afin de diffuser une culture de l'impartialité effective dans le fonctionnement quotidien des conseils médicaux. Pour la formation des représentants du personnel cela pourrait se faire dès la prise fonction sur le modèle des formations F3SCT.
- Supprimer la voix prépondérante du Président, à l'instar de la CAP.
- Modifier la procédure CITIS en supprimant le placement en CMO pendant la période d'enquête et en instaurant réellement le placement a priori en accident de service, dès le débit de la procédure. 1 seule inversion de placement en CMO sera éventuellement réalisée dans le cas d'une imputabilité non reconnue. Actuellement les inversions de placement successives génèrent des fraudes à l'assurance maladie et aux mutuelles car les frais engagés pendant la période d'enquête en CMO ne sont généralement pas récupérés par ces organismes lors de la reconnaissance de l'imputabilité au service de l'évènement en cause.
- Clarifier la question de la prise en charge des frais liés aux expertises demandées par les employeurs. Par exemple, pour une expertise hors département, les frais de transport doivent être à la charge du demandeur de l'expertise. La

prescription d'un transport ambulancier le cas échéant ne doit pas émaner du médecin traitant (beaucoup refusent d'ailleurs désormais). Il s'agit là encore d'un cas de fraude à l'assurance maladie.

- Rappel de la possibilité de solliciter des praticiens hospitaliers, pour produire un certificat médical en guise d'expertise, si l'on sait que c'est la question des rdv expertises qui est le point central de l'allongement des délais de traitement.

Art 1 Décret n°87-602 " Lorsque l'intervention d'un médecin agréé est requise en vertu des dispositions du présent décret, l'autorité territoriale peut se dispenser d'y avoir recours si le fonctionnaire intéressé produit sur la même question un certificat médical émanant d'un médecin qui appartient au personnel enseignant et hospitalier d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire ou d'un médecin exerçant dans un établissement public de santé. "

- Encourager les collectivités et leurs établissements publics à reconnaître les imputabilités accidents et maladies professionnelles sans saisine du CM dans les cas les plus évidents. Objectif : réduire le nombre de saisines non obligatoires du CM ainsi que les recours superfétatoires aux expertises médicales.
- Former les médecins agréés à un minimum de connaissance statutaire de la FPT.
- L'agrément ne nécessitant pas de diplôme ou formation spécifique, produire une doctrine médicale nationale uniformisée à destination des médecins experts. Une des préconisations du rapport IGAS « Evaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique » de 2017.
- Augmenter la rémunération des médecins agréés pour la prestation d'expertise.

2. Évolutions structurelles à moyen terme :

- Clarifier et séparer les rôles institutionnels : Engager une réflexion sur le rattachement du secrétariat des conseils médicaux. Plusieurs pistes méritent d'être étudiées, par exemple un statut plus autonome des secrétariats vis-à-vis des services « employeurs/assureurs » des CDG, pour garantir leur indépendance fonctionnelle.
- Écarter les facteurs de conflits d'intérêts : Dans la continuité du point précédent, il convient de dissocier l'organisation des conseils médicaux des missions d'assurance statutaire et de gestion des risques financiers. Sans préjuger des modalités précises, la FA-FPT préconise de dissiper toute ambiguïté en cloisonnant ces fonctions (par exemple via des structures dédiées, un pilotage direct de l'État, ou d'autres schémas institutionnels à définir en concertation). L'objectif est d'assurer que l'instance médicale délibère dans un environnement neutre et exclusivement centré sur l'évaluation sanitaire et statutaire de la situation de l'agent.
- Renforcer le pilotage national et la transparence : Mettre en place un suivi national régulier de l'activité des conseils médicaux (indicateurs de délais, taux de recours, disparités territoriales, etc.), associé à un retour d'expérience partagé. Ce pilotage, assuré par la DGCL ou un comité dédié, permettrait de détecter les dérives, d'identifier les bonnes pratiques des CDG performants, et de piloter des ajustements réglementaires si nécessaire. De plus, une plus grande transparence sur le fonctionnement (publication de rapports annuels, de données consolidées) contribuerait à restaurer la confiance dans le dispositif.
- Si la fusion des 2 formations, plénière et restreinte, n'est pas retenue, alors a minima repositionner l'avis pour une procédure CITIS intégralement en formation plénière pour éviter les allers-retours entre plénière et restreinte. Objectif : réduire la lourdeur de la procédure. C'était le cas avec la commission de réforme et les accidents de service.
- Associer les organisations syndicales à la réforme. Nous insistons sur la nécessité d'impliquer les représentants du personnel dans l'élaboration des solutions. La concertation (tant au niveau du CSFPT que dans le cadre des instances nationales de suivi de la santé au travail) sera garante de l'acceptabilité et de la pertinence des réformes envisagées.
- Augmenter les délais de recours et saisine du CM supérieur à 6 mois. Le délai actuel de 4 mois crée un dysfonctionnement structurel et une inégalité de traitement privant certains agents d'un droit, dans le cas d'un dossier rejeté, faute de durée raisonnable laissée au CM supérieur pour statuer.
- Engager un débat sur les saisines du Conseil Médical susceptibles d'être supprimées.

En conclusion, la **FA-FPT** tient à alerter le gouvernement sur le fait que seule une action conjointe sur ces deux niveaux de changement – immédiat et structurel – permettra de remédier durablement aux dysfonctionnements constatés. Le temps est venu d'améliorer le service rendu aux agents en sécurisant leurs droits, tout en garantissant aux employeurs territoriaux un cadre procédural juridiquement fiable. Nous formons le vœu que ces propositions contribueront à éclairer

les décisions à venir et à orienter une réforme ambitieuse, équilibrée et respectueuse des principes fondamentaux de notre droit et des droits des agents publics territoriaux.

LISTE DES RAPPORTS ET NOTES DU CSFPT

1. **"LES DIPLOMES DE LA VIE (REP ET VAE)"**
   Rapporteur : Henri JACOT - Séance plénière du 22/10/2003

2. **"REUSSIR LA MUTATION DE LA FPT – 20 ANS APRES SA CREATION"**
   Rapporteur : Henri JACOT - Séance plénière du 14/04/2004

3. **"RAPPORT D'ORIENTATION SUR LE DROIT SYNDICAL"**
   Rapporteur : Daniel LEROY - Séance plénière du 07/07/2004

4. **"SEUILS ET QUOTAS"**
   Rapporteur : Jean-Claude LENAY - Séance plénière du 07/07/2004

5. **"ENJEUX ET DEFIS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE DANS LA FPT"**
   Rapporteur : Serge BECUWE - Séance plénière du 07/07/2004

6. **"POUR UNE OBSERVATION PARITAIRE DE L'EMPLOI PUBLIC TERRITORIAL"**
   Rapporteur : Henri JACOT - Séance plénière du 27/10/2004

7. **"VERS UNE MODERNISATION DES EXAMENS PROFESSIONNELS DE LA FPT"**
   Rapporteur : Serge BECUWE - Séance plénière du 06/07/2005

8. **"LES FILIERES SOCIALE, MEDICO-SOCIALE, MEDICO-TECHNIQUE"**
   Rapporteur : Jean-Claude LENAY - Séance plénière du 19/10/2005

9. **"LIBERTE INEGALITE FRATERNITE "**
   Rapporteur : Evelyne BOSCHERON - Séance plénière du 21/12/2005

10. **"ASSISTANTS MATERNELS ASSISTANTS FAMILIAUX : EVOLUER POUR PREPARER L'AVENIR"**
    Rapporteur : Jean-Claude LENAY - Séance plénière du 25/10/2006

11. **"L'ACTION SOCIALE DANS LA FPT"**
    Rapporteur : Daniel LEROY - Séance plénière du 25/10/2006

12. **"LA RECONNAISSANCE DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DANS LA FPT"**
    Rapporteur : Serge BECUWE - Séance plénière du 11/04/2007

13. **" LE DIALOGUE SOCIAL DANS LA FPT"**
    Etude 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 FPT"**
    Rapporteur : Henri JACOT - Séance plénière du 28/11/2007

15. **"FILIERE CULTURELLE"**
    Rapporteur : Jean-Claude LENAY - Séance plénière du 20/02/2008

16. **"COMMISSION DEPARTEMENTALE DE REFORME"**
    Rapporteur : Daniel LEROY - Séance plénière du 2/07/2008

17. **"PROPOSITIONS DE CORRECTIFS A APPORTER STATUTAIREMENT POUR LES CATEGORIES C"**
    Rapporteur : Jean-Claude LENAY - Séance plénière du 17/12/2008

18. **"NOUVELLE BONIFICATION INDICIAIRE (NBI)"**
    Rapporteur : Jean-Claude LENAY - Séance plénière du 17/12/2008

19. **"QUELS CADRES DIRIGEANTS"**
    Rapporteur : Philippe LAURENT - Séance plénière du 04/02/2009

20. **"LA FILIERE SPORTIVE"**
    Rapporteurs : Isabelle BELOTTI et Jean-Claude LENAY - Séance plénière du 04/02/2009

21. **"LA FILIERE SAPEURS-POMPIERS"**
Rapporteur : Jean-Claude LENAY - Séance plénière du 04/02/2009

22. **"CONCOURS ET EXAMENS PROFESSIONNELS DE LA FPT – BILAN ET PERSPECTIVES"**
Rapporteur : Isabelle BELOTTI - Séance plénière du 29/09/2010

23. **"LA PRECARITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE"**
Rapporteurs : Françoise DESCAMPS-CROSNIER et Claude MICHEL - Séance plénière du 16/03/2011

24. **«IMPACTS DE LA REFORME TERRITORIALE SUR LES AGENTS»**
Etude réalisée par huit élèves administrateurs de l'INET (promotion Salvador Allende) - Séance plénière du 04/01/2012

25. **«LA FILIERE POLICE MUNICIPALE : REFLEXIONS ET PROPOSITIONS»**
Rapporteurs : Claude Michel et Didier Pirot - Séance plénière du 05/09/2012

26. **«LIBERTE, INEGALITE, FRATERNITE» L'EGALITE PROFESSIONNELLE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES DANS LA FPT»**
Etude réalisée par les élèves de l'IEP – promotion 2011/2012 – séance plénière du 05/09/2012

27. **« ETAT DES LIEUX DES EFFECTIFS DE LA FPT»**
Rapporteurs : Philippe LAURENT et Jean-Pierre BOUQUET – séance plénière le 27/02/2013

28. **«MEDECINS TERRITORIAUX»**
Rapporteurs : Claude MICHEL, Daniel LEROY et Didier PIROT – séance plénière du 24/04/2013

29. **« L'APPRENTISSAGE EN ALTERNANCE DES COLLECTIVITES LOCALES : CONSTATS ET PROPOSITIONS D'EVOLUTION»**
Rapporteur : Didier PIROT – séance plénière du 10/12/2013

30. **«LES EFFETS DES LOIS DE FEVRIER 2007 SUR L'ACCES A L'ACTION SOCIALE DANS LA FPT»**
Rapporteur : Daniel LEROY – séance plénière du 12/03/2014

31. **« MAYOTTE** : les oubliés de la République »
Rapporteur : Bruno COLLIGNON – séance plénière du 02/07/2014

32. **« LA REFORME DES RYTHMES SCOLAIRES »**
Rapporteur : Didier PIROT – séance plénière du 02/07/2014

33. **« LA FILIERE ANIMATION »**
Rapporteur : Jésus DE CARLOS – séance plénière du 18 /05/2016

34. **« LIVRE BLANC : DEMAIN, LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE »**
Rapporteur : Philippe LAURENT – séance plénière du 6/07/2016

35. **« LES AGENTS TERRITORIAUX SPECIALISES DES ECOLES MATERNELLES »** - ATSEM
Rapporteur : Jésus de CARLOS – séance plénière du 2/02/2017

36. **« LA FORMATION PROFESSIONNELLE DES AGENTS DE LA FPT – BILAN ET PERSPECTIVES »**
Rapporteur : Didier PIROT – séance plénière du 1/03/2017

37. **« LA PSC – LES EFFETS DU DECRET N°2011-1474 DU 8/11/2011 SUR L'ACCES A LA PSC DANS LA FPT»**
Rapporteur : Daniel LEROY – séance plénière du 29/03/2017

38. **« VERS L'EMPLOI TITULAIRE DANS LA FPT DE LA REUNION - UNE AMBITION A PARTAGER »**
Rapporteur : Bruno COLLIGNON – séance plénière du 15/11/2017

39. **« REVALORISER LA CATEGORIE A DE LA FPT»**
Rapporteurs : Jésus DE CARLOS et Daniel LEROY – séance plénière du 20/12/2017

40. **« RECRUTEMENT ET FORMATION ATSEM ET AGENTS FILIERE ANIMATION»**
Rapporteur : Didier PIROT – séance plénière du 4/07/2018

41. **« FILIERE ENSEIGNEMENT ARTISTIQUE»**
Rapporteur : Jésus DE CARLOS – séance plénière du 26/09/2018

42. **« ETAT DES LIEUX DE LA FILIERE SAPEURS-POMPIERS »**

Rapporteurs : Jésus DE CARLOS et Sébastien BOUVIER – séance plénière du 17/10/2018

43. **« IMPACT DES EMPLOIS AIDES SUR L'EMPLOI PUBLIC TERRITORIAL »**
Rapporteur : Bruno COLLIGNON – séance plénière du 28/11/2018

44. **Note de problématique « RECONVERSION PROFESSIONNELLE ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI »**
Rapporteur : Didier PIROT ; Coordonnateur : Eric CONEIM – séance plénière du 28/11/2018

45. **Protocole d'accord-cadre sur le droit syndical proposé à la négociation entre employeurs et organisations syndicales**
Rapporteur : Daniel LEROY - Pilote : Claire LE CALONNEC – séance plénière du 10/07/2019

46. **« LES DISCRIMINATIONS SYNDICALES ET LE DIALOGUE SOCIAL DANS LA FPT »**
Rapporteur : Laurent MATEU – séance plénière du 17/12/2020

47. **« POUR UNE FILIERE SAPEURS-POMPIERS RATIONALISEE ET ANCREE DANS LA FPT »**
Rapporteurs : Karim LAKJAA, Sébastien BOUVIER et Alain DARMEY – séance plénière du 29/09/2021

48. **« RAPPORT RECONVERSION PROFESSIONNELLE »**
Rapporteur : Véronique SAUVAGE – séance plénière du 29/09/2021

49. **« NOTE DE SYNTHESE SUR LES CONGES BONIFIES »**
Rapporteur : Laurent MATEU – séance plénière du 22/06/2022

50. **« RAPPORT SUR LES AGENTS A TEMPS NON-COMPLET ET SUR L'IMPACT DES LOIS NOTRE ET MAPTAM SUR LES RESSOURCES HUMAINES»**
Rapporteur : Gil AVEROUS – séance plénière du 15/02/2022

51. **« RAPPORT DOCUMENT UNIQUE EVALUATION RISQUES PROFESSIONNELS DANS LA FPT »**
Rapporteur : Christophe IACOBBI – séance plénière du 28/02/2024

52. **« RAPPORT SUR LES ASSISTANTS FAMILIAUX ET ASSISTANTS MATERNELS : L'URGENCE A RECONNAITRE CES PROFESSIONNELS DU SERVICE PUBLIC ET A AMELIORER LEUR STATUT »**
Rapporteur : Delphine DEPAY – séance plénière du 12/03/2025

53. **« RAPPORT SUR LES REMUNERATIONS DES AGENTS TERRITORIAUX : L'URGENCE DE L'ACTION !».**
Rapporteur : Delphine DEPAY – séance plénière du 16/09/2026

54. **« RAPPORT SUR MAYOTTE : de l'oubli à l'urgence. Les agents territoriaux au cœur d'un service public à l'épreuve d'une lutte pour la survie.**
Rapporteur : Sebastien VADE – séance plénière du 21/10/2026

Rapports téléchargeables sur le site internet du CSFPT : www.csfpt.org