

Evaluation du dispositif expérimental confiant
à six caisses primaires d'assurance maladie
le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires

RAPPORT

Établi par

Marie-Louise SIMONI
Inspectrice générale

Véronique MARTIN SAINT LÉON
Inspectrice

Henri HAVARD
Inspecteur général

Renaud FURNALÈS
Inspecteur

Inspection générale des affaires
sociales

Inspection générale des finances

Inspection générale de l'administration



N°15121-15077-01



N°2015-115R



N°2015.M070-02

Avec la participation de Julie JOYEUX - stagiaire

Inspection générale des affaires sociales

SYNTHESE

- [1] La mission intervient au terme de cinq années d'une expérimentation engagée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) du 24 décembre 2009, sur initiative parlementaire, aux fins « *de soumettre tous les français, quel que soit leur statut, à des contrôles de même intensité* » en matière d'arrêt de travail, qu'ils relèvent de la fonction publique ou du régime général de l'assurance maladie.
- [2] Fixée initialement à deux ans, elle a d'abord été prorogée pour deux années supplémentaires par la LFSS du 21 décembre 2011, avant d'être prolongée une nouvelle fois jusqu'au 31 décembre 2015 par la loi de finances du 29 décembre 2013. Un amendement gouvernemental au projet de loi de finances pour 2016, prolongeant l'expérimentation jusqu'en 2018, vient d'être adopté par l'Assemblée nationale.
- [3] Ce dispositif expérimental a été testé à compter du 20 octobre 2010 (pour l'Etat) et du 1^{er} janvier 2012 (pour les collectivités locales et les établissements de santé), dans les départements des Alpes-Maritimes, du Bas-Rhin, de l'Ille-et-Vilaine, du Puy-de-Dôme, du Rhône et à Paris.
- [4] Pour mettre en œuvre cette expérimentation, trois conventions-cadre nationales, conclues courant 2010 entre l'Etat et la CNAMTS, en fixent les paramètres, tandis qu'un arrêté du 28 octobre 2011 liste les 16 établissements publics de santé et les 9 collectivités territoriales volontaires autorisés à participer à l'expérimentation.
- [5] Ces conventions organisent à la fois les modalités d'un contrôle médical des arrêts de travail et un contrôle administratif des heures de sortie autorisées. Les contrôles à réaliser sont de plusieurs types :
- contrôle systématique des arrêts de travail de plus de 45 jours consécutifs ;
 - contrôles ponctuels pour les fonctionnaires qui, ayant déjà déclaré plus de trois arrêts de travail de courte durée au cours des douze derniers mois prennent un quatrième congé de plus de quinze jours ;
 - contrôles ponctuels des heures de sortie autorisées des fonctionnaires résidant dans le département du Rhône.
- [6] Le présent rapport dresse un bilan détaillé de ce dispositif après que la mission a auditionné les principaux acteurs concernés et exploité les documents et statistiques produits à l'occasion de ces cinq années d'application du processus expérimental.
- [7] **En premier lieu, la mission relève que l'expérimentation a été marquée par des choix initiaux discutables, qui n'ont jamais fait l'objet de réajustements sérieux, malgré les alertes et évaluations intermédiaires négatives qui jalonnent son déroulement.**
- [8] L'expérimentation a été lancée par la DGAFP sans définition préalable des cibles de contrôle. De ce fait, les critères retenus ont été ceux habituellement utilisés par la CNAMTS pour les salariés du privé.
- [9] Ce défaut de cadrage, conjugué à l'absence de diagnostic existant, a conduit l'expérimentation à reposer principalement sur le contrôle des congés maladie ordinaires de longue durée (entre 45 jours et 6 mois). Or, cette cible apparaît peu cohérente au regard des besoins exprimés par les administrations, bien plus affectées dans leur fonctionnement courant par les absences de très courte (moins de 7 jours) et courte durée (de 8 à 30 jours). Surtout, il n'a jamais été indiqué dans aucun document en possession de la mission pourquoi le contrôle de ces arrêts longs s'imposait comme prioritaire.

- [10] Les critères de taille minimale d'effectifs requis des établissements publics hospitaliers et des collectivités territoriales pour participer à cette expérimentation ont conduit à retenir un échantillon insuffisamment représentatif de la diversité des institutions administratives locales. Seuls 12 établissements de santé ainsi que 4 collectivités territoriales se sont engagés dans l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2012.
- [11] S'agissant de l'Etat, l'absence d'association de l'éducation nationale au dispositif, tout comme la non participation d'établissements publics administratifs de l'Etat, ont conduit à minorer très fortement le nombre de fonctionnaires relevant de l'expérimentation.
- [12] S'il a été estimé, au lancement du dispositif, que celui-ci concernerait environ 230 000 personnes, soit 176 000 fonctionnaires d'Etat, 36 700 fonctionnaires hospitaliers et 17 000 fonctionnaires territoriaux, ces chiffres n'ont jamais été atteints. Fin 2012, au pic de mobilisation la plus élevée des administrations participantes, le nombre de fonctionnaires soumis à l'expérimentation n'a pas excédé 127 000 personnes. Au 31 juillet 2015, il avoisine plutôt les 46 000 agents, soit moins de 16,5 % de l'objectif de départ.
- [13] Aucun diagnostic préalable, ni enquête de terrain n'ont précédé la définition du cahier des charges de l'expérimentation, obérant ainsi toute possibilité d'évaluer la plus-value de cette dernière à son terme. Au surplus, ce cahier des charges s'est révélé inadapté aux capacités de terrain, faute d'avoir associé les administrations expérimentatrices à sa définition et pris en compte la forte disparité des modes de gestion des arrêts de travail de leurs agents.
- [14] L'expérimentation n'a pas disposé d'un maître d'ouvrage clairement identifié et le pilotage national s'est progressivement délité au point qu'aucun comité de pilotage ne s'est plus réuni depuis juillet 2013. La déclinaison locale n'a pas été clairement définie dans les départements et aucune instance de suivi au niveau déconcentré n'a été mise sur pied. Dès lors, chaque acteur est demeuré strictement cloisonné et aucune réunion d'échanges n'a jamais eu lieu entre eux et les échelons locaux des services médicaux des CPAM concernés en 5 ans.
- [15] **En deuxième lieu, la mission estime que le contrôle administratif et médical, tel qu'il a été mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation, n'a pas permis de démontrer sa valeur ajoutée. L'expérimentation n'a conduit ni à harmoniser les règles et modalités de contrôle des assurés et des fonctionnaires, ni à prévenir ou dissuader l'usage abusif de congés de maladie ordinaire par des sanctions adaptées.**
- [16] Le contrôle administratif et médical exercé à l'égard des fonctionnaires, dans le cadre de l'expérimentation, s'est révélé particulièrement régressif au regard des pratiques existantes pour le secteur privé :
- s'agissant du contrôle administratif de la présence au domicile, il est peu à peu abandonné car considéré comme inefficace à l'égard des salariés ; dans le Rhône, il n'a donc été pratiqué, sans résultat concret d'ailleurs, que vis-à-vis des seuls fonctionnaires ;
 - s'agissant du contrôle médical, il a été exercé « à l'aveugle » par les médecins-conseils de l'assurance maladie à double titre :
 - tout d'abord, le service médical des CPAM ne disposait pas du volet 1 de l'arrêt de travail qui mentionne la pathologie ;
 - par ailleurs, il n'avait pas non plus accès à la consommation médicale des agents, information détenue par les seules mutuelles de la fonction publique.
- [17] De ce fait, l'absence de ciblage préalable a souvent donné lieu à des convocations inappropriées de fonctionnaires.
- [18] Les administrations n'ont tiré que très peu de conséquences concrètes des retours des contrôles médicaux réalisés par les médecins-conseils de l'assurance maladie, lorsque ces derniers relevaient le caractère injustifié d'un arrêt de travail. Ainsi, dans 85 % des cas, les arrêts injustifiés n'ont donné lieu à aucune suite.

- [19] Cela démontre que les services ne se sont pas appropriés l'expérimentation, faute d'un pilotage rapproché. En conséquence, les données disponibles aux termes de cinq années de mise en œuvre, ne permettent nullement d'évaluer le nombre d'arrêts de travail évités.
- [20] Enfin, l'expérimentation n'a apporté aucune connaissance qualitative sur les arrêts de travail des fonctionnaires ni sur leurs habitudes de consommation de soins, contrairement aux objectifs poursuivis. Le système d'information (Arrêt De Travail des Fonctionnaires – ADTF) élaboré *ad hoc* pour suivre le processus, n'a inclus aucun paramètre spécifique à cet égard.
- [21] **En troisième lieu, la mission considère que l'expérimentation est aujourd'hui marginalisée. Sa généralisation est inenvisageable et sa poursuite en l'état ne saurait constituer une option de bonne administration, dès lors qu'elle n'apportera aucun enseignement complémentaire aux pouvoirs publics. D'autres voies méritent d'être explorées.**
- [22] Le facteur temps a joué ici un rôle préjudiciable, essentiel à la compréhension de l'échec de l'expérimentation. L'absence de pilotage et d'animation de proximité sur une durée aussi longue a eu un effet évident sur la mobilisation des acteurs. Les administrations ont peu à peu abandonné le processus d'enregistrement de leurs arrêts de travail sur le système d'information dédié. Au 31 juillet 2015, ne participent plus que cinq établissements hospitaliers, une seule collectivité territoriale, et peu de services de l'Etat étaient encore partie prenante.
- [23] **En l'état, la mission recommande de ne pas poursuivre une expérimentation aujourd'hui moribonde et de définir pour l'avenir une stratégie volontariste vis-à-vis de l'absentéisme médical.**
- [24] Un nouveau dispositif doit donc être conçu afin de permettre à l'Etat d'exercer une intensité de contrôle des arrêts maladie équivalente à celle du secteur privé.
- [25] Cette stratégie passe notamment par le renforcement du processus de contrôle de droit commun et une implication plus importante de l'ensemble des échelons hiérarchiques ainsi que des services de ressources humaines. Elle devra inclure un volet relatif à la lutte contre les arrêts abusifs de courte durée qui appellent d'autres dispositions qu'un contrôle de nature médicale. En effet, les contraintes procédurales et temporelles d'engagement font obstacle à l'efficacité du contrôle.
- [26] Enfin, l'appréhension des arrêts maladie nécessite une approche qui ne soit pas uniquement coercitive : la dimension nécessaire du contrôle, qui pourrait inclure le recours ciblé aux médecins-conseils de l'Assurance-maladie, devrait intégrer une dimension forte de prévention des risques professionnels.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION	9
1 L'EXPERIMENTATION REPOSE SUR UN DIAGNOSTIC FRAGILE.....	10
1.1 Rappel du cadre juridique de droit commun.....	10
1.1.1 Le régime des congés de maladie ordinaire des fonctionnaires titulaires des trois fonctions publiques	10
1.1.2 Le contrôle médical des arrêts de maladie ordinaire	10
1.1.3 Le contrôle administratif.....	11
1.2 La genèse de l'expérimentation.....	12
1.2.1 Une initiative aux origines multiples.....	12
1.2.2 Les objectifs énoncés et régulièrement rappelés.....	13
1.3 Les modalités adoptées pour configurer l'expérimentation.....	13
1.4 Un périmètre d'application très segmenté	14
2 UN PROJET QUI A RAPIDEMENT TROUVE SES LIMITES.....	16
2.1 Une conception maladroite de l'ingénierie de l'expérimentation.....	16
2.1.1 Une absence de diagnostic <i>ex ante</i> préjudiciable.....	16
2.1.2 Un cahier des charges inadapté aux besoins et aux capacités du terrain.....	16
2.1.3 Des critères de contrôle restrictifs et peu cohérents au regard des objectifs affichés	17
2.1.4 Le choix d'un dispositif relativement neutre pour l'administration et plus lourd pour les échelons locaux du service médical.....	18
2.1.5 Le choix d'un système d'information <i>ad hoc</i> minimaliste.....	19
2.2 Une mise en œuvre erratique	20
2.2.1 Une phase de démarrage laborieuse.....	20
2.2.2 Un pilotage centralisé et inadapté à l'ingénierie spécifique que requiert une démarche d'expérimentation territorialisée.....	21
2.2.3 Des réajustements marginaux malgré les alertes et évaluations intermédiaires négatives ..	23
3 UN BILAN LACUNAIRE ET PEU EXPLOITABLE	24
3.1 Un échantillon peu représentatif et rapidement démobilisé qui ne permet pas une exploitation crédible des résultats de l'expérimentation.....	24
3.1.1 Le choix d'un échantillon trop réducteur.....	24
3.1.2 Une participation effective des services déconcentrés de l'Etat bien en deçà des projections initiales	26
3.1.3 Une démobilisation continue des administrations participantes au regard de la durée excessive de l'expérimentation.....	26
3.2 L'expérimentation ne permet pas de se prononcer sur la pertinence des choix opérés en matière de contrôle médical.....	27
3.2.1 Le contrôle des arrêts de plus de 45 jours n'apparaît pas comme un critère pertinent	27
3.2.2 Le contrôle des arrêts itératifs, s'il semble plus pertinent, mériterait d'être expertisé	28
3.3 Certains enseignements de l'expérimentation sont de nature à enrichir la réflexion future	28
3.3.1 Des arrêts maladie majoritairement justifiés.....	29
3.3.2 Les services ne se sont pas appropriés les retours du contrôle médical	30
3.3.3 La confirmation de l'impossibilité de contrôler les arrêts de courte durée	31
3.3.4 La mise en place à contre-courant d'un contrôle des heures de sortie pour la fonction publique.....	32
3.3.5 L'expérimentation démontre l'intérêt de pérenniser le recours aux médecins-conseils à l'initiative des administrations.....	33

3.4	La faible efficacité de l'expérimentation ne permet pas de démontrer sa valeur ajoutée, aucun de ses objectifs n'ayant été atteint.....	36
4	UN CONTROLE RENFORCE DES ARRETS MALADIE DES FONCTIONNAIRES IMPLIQUE DES MODIFICATIONS RADICALES	38
4.1	Après deux prolongations et cinq ans d'application, le procédé expérimenté n'est ni prorogable en l'état ni généralisable.....	38
4.2	Il est indispensable que l'Etat définisse une stratégie vis-à-vis de l'absentéisme médical.....	38
4.3	La lutte contre l'absentéisme médical doit avant tout reposer sur un renforcement de la gestion de proximité.....	39
4.3.1	Le renforcement du processus de contrôle de droit commun	39
4.3.2	Le pilotage, le « reporting » et la gouvernance du dispositif	40
4.3.3	Une réflexion spécifique à engager en ce qui concerne les arrêts de très courte durée : l'inclusion d'un volet prévention	41
	CONCLUSION	42
	LETTRE DE MISSION.....	43
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ET/OU AUDITIONNEES.....	47
	ANNEXE 1 : CONGE MALADIE ORDINAIRE (CMO) DE DROIT COMMUN POUR LES CONTRACTUELS DES TROIS VERSANTS DE LA FONCTION PUBLIQUE.....	53
	ANNEXE 2 : LES ETABLISSEMENTS PUBLICS HOSPITALIERS AU REGARD DE L'EXPERIMENTATION CONFIAIT A 6 CPAM LE CONTROLE DES ARRETS MALADIE DES FONCTIONNAIRES.....	55
	ANNEXE 3 : FICHES DEPARTEMENTALES	60
	ANNEXE 4 : PROCESSUS DU CONTROLE DES CONGES DE MALADIE ORDINAIRE	95
	ANNEXE 5 : REFERENTIEL DE DUREE DES ARRETS MALADIE.....	110
	ANNEXE 6 : DOCUMENT DE TRAVAIL – AVANT-PROJET DE DECRET N°XXX-2015 DU X-X-2015 RELATIF AU REGIME DE CONGE MALADIE ORDINAIRE DES FONCTIONNAIRES ET A LA PREVENTION DE L'ABSENTEISME MEDICAL	115
	SIGLES UTILISES	123
	PIECES JOINTES	125

INTRODUCTION

- [27] Par lettre en date du 4 août 2015, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'intérieur, le ministre des finances et des comptes publics et la ministre de la décentralisation et de la fonction publique ont saisi les chefs de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), de l'inspection générale de l'administration (IGA) et de l'inspection générale des finances (IGF) d'une mission sur l'évaluation du dispositif confiant à six caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires.
- [28] Le nombre moyen annuel de jours d'absence pour raison de santé est relativement stable entre 2004 et 2012 avec des disparités selon les versants : fonction publique d'Etat (FPE) : 13 jours par agent, fonction publique hospitalière (FPH) : 16,5 jours et fonction publique territoriale (FPT) : 20,6 jours. Le taux d'absentéisme¹ est de 3,9 % dans la FPE et de 5,8 % dans le secteur hospitalier². L'impact de l'absentéisme est variable selon le service où il se produit : s'il peut paraître relativement « indolore » quand il est occasionnel ou lié à un individu, il induit, à l'inverse, une désorganisation quand il est répétitif et particulièrement préjudiciable pour les services publics. On pense, entre autres, à des secteurs où l'organisation est intrinsèquement liée à la répartition des fonctions et personnes, comme l'hôpital, la sécurité publique, l'enseignement.
- [29] Les taux mesurés pour la fonction publique d'Etat ne sont pas très différents de ceux du secteur privé qui enregistrait une moyenne de 10 jours indemnisés par salarié en 2010³ (13 jours d'absence en intégrant les trois jours de carence que l'assurance maladie ne décompte pas) pour un taux d'absentéisme de 3,7 % pour les contrats à durée indéterminée (CDI) et de 2,6 % pour les contrats à durée déterminée (CDD)⁴. Mais plus que ces données, ce sont les faibles résultats des dispositifs de contrôle prévus par les textes qui ont fait fréquemment débat, installant l'idée d'un laisser-aller des responsables publics face à l'absentéisme de leurs agents et d'une prise en compte insuffisante de ce phénomène.
- [30] A l'occasion des discussions relatives à la lutte contre la fraude et afin d'harmoniser le contrôle des assurés, l'article 91 de la loi du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 confie, à titre expérimental, le contrôle des arrêts de maladie ordinaire des agents des trois versants de la fonction publique aux échelons locaux du service médical (ELSM) de six CPAM (*pièce n° 1*). L'objectif de cette mesure vise principalement, outre un souci d'équité entre les salariés du privé et les agents de la fonction publique, l'amélioration du suivi des absences maladie des fonctionnaires et une meilleure connaissance de leurs habitudes de consommation de soins.
- [31] Pour réaliser un bilan au terme de cinq années d'expérimentation, la mission a auditionné les six ELSM et diverses administrations ayant mis en œuvre le dispositif, sans pour autant avoir pu rencontrer la seule collectivité territoriale encore dans l'expérimentation, faute de disponibilité de celle-ci. En conséquence, les principaux développements de ce rapport, en dehors des éléments quantitatifs de contrôle transmis par les ELSM, concernent plus directement la FPE et la FPH.
- [32] Après avoir rappelé les principes fondateurs de l'expérimentation (partie 1), la mission s'est attachée à décrire les conditions de mise en œuvre et le déroulement opérationnel du dispositif (partie 2), avant de présenter les principaux éléments de bilan (partie 3). La mission expose enfin certaines orientations qu'il conviendrait de définir expressément avant d'envisager les pistes d'évolutions possibles du dispositif en cas de prolongation (partie 4).

¹ Le taux d'absentéisme théorique : part du temps de travail perdu en raison des absences (exprimé en %). Cet indicateur permet de visualiser directement le poids de l'absentéisme du l'effectif étudié.

² Panorama du risque Sham. Edition 2015. Il convient de préciser que le taux d'absentéisme n'est pas consolidé pour la FPT.

³ Soit 203 millions de jours.

⁴ DARES Analyses, février 2013 : « *Les absences au travail des salariés pour raisons de santé* »

1 L'EXPERIMENTATION REPOSE SUR UN DIAGNOSTIC FRAGILE

1.1 Rappel du cadre juridique de droit commun

1.1.1 Le régime des congés de maladie ordinaire des fonctionnaires titulaires⁵ des trois fonctions publiques

- [33] L'expérimentation concerne les arrêts maladie des fonctionnaires des trois fonctions publiques, Etat, hospitalière et territoriale, dont les statuts sont régis respectivement par les lois du 11 janvier 1984, 26 janvier 1984 et 9 janvier 1986⁶.
- [34] Pour obtenir un congé de maladie ordinaire, le fonctionnaire adresse à son administration un arrêt de travail établi par un membre du corps médical (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme...). Les décrets d'application pris pour le régime de congé des fonctionnaires des trois fonctions publiques prévoient⁷ des dispositions homogènes en ce qui concerne l'envoi du certificat médical à l'autorité dont ils relèvent, dans un délai de 48 heures, et les contre-visites auxquelles ils doivent le cas échéant se soumettre. Ces textes ont été modifiés récemment par le décret n° 2014-1133 du 3 octobre 2014, qui a durci les modalités de contrôle des arrêts de maladie (voir ci-dessous). L'intéressé envoie à son administration les volets 2 et 3 et conserve le volet 1 de la feuille de congé qui comporte les données médicales réputées confidentielles⁸. Le fonctionnaire est tenu de présenter le volet 1 au médecin agréé de l'administration en cas de contre-visite ou de tout autre examen médical.
- [35] La durée totale du congé de maladie ordinaire peut atteindre un an pendant une période de douze mois consécutifs à compter de la mise en arrêt (l'année médicale s'apprécie de date à date). Au-delà de six mois, si le fonctionnaire est dans l'incapacité de reprendre ses fonctions, la demande de prolongation est soumise à l'avis du comité médical.

1.1.2 Le contrôle médical des arrêts de maladie ordinaire

- [36] Les textes initiaux prévoyaient que l'autorité dont relève le fonctionnaire pouvait faire procéder à tout moment à une contre-visite par un médecin agréé. Le bénéficiaire de l'arrêt de maladie devait s'y soumettre « *sous peine d'interruption du versement de sa rémunération* ». Dans les faits, et de l'avis des responsables rencontrés par la mission, cette disposition est peu appliquée. En réalité, son application ne fait l'objet d'aucun suivi, ni d'aucune consolidation au sein des services.
- [37] Le décret du 3 octobre 2014 précité renforce les modalités de contrôle en prévoyant une mise en garde de l'administration au cas où le fonctionnaire ne transmet pas le certificat médical dans les 48 heures.

⁵ L'expérimentation concerne les congés des fonctionnaires titulaires. Une fiche en annexe 1 rappelle les règles du régime et du contrôle des agents non titulaires de la fonction publique.

⁶ Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat. Loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale. Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁷ Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de maladie des fonctionnaires. Décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux. Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière.

⁸ Procédure récemment rappelée par la circulaire du 20 avril 2015 relative au délai de transmission des arrêts de maladie des fonctionnaires dans la FPE.

- [38] Au-delà de 48 heures, l'administration doit avertir le fonctionnaire d'une réduction de sa rémunération en cas de nouvel envoi tardif dans une période de 24 mois, à compter de la date de prescription du premier arrêt de travail. Si, au cours de cette période, l'agent transmet de nouveau tardivement un avis d'arrêt de travail, l'administration est fondée à réduire de moitié sa rémunération entre la date de prescription de l'arrêt et la date effective d'envoi de celui-ci⁹.
- [39] Ces dispositions nouvelles ont été instituées par l'article 126 de la loi de finances pour 2014 afin d'instaurer une contrainte systématique pour l'envoi des arrêts dans le délai prescrit et entraîner la quasi-automaticité des contrôles, si le fonctionnaire ne s'acquitte pas de l'obligation de d'envoi.
- [40] Ainsi, comme précédemment, le nouveau régime prévoit que, pendant le congé de maladie, l'administration peut faire procéder à tout moment à une contre-visite du fonctionnaire par un médecin agréé¹⁰. L'intéressé doit s'y soumettre. En cas de refus, il s'expose à l'interruption du versement de sa rémunération. Si le médecin agréé conclut à l'aptitude à la reprise des fonctions, l'administration a la possibilité d'enjoindre au fonctionnaire de reprendre son travail. Les conclusions du médecin agréé peuvent être contestées par l'agent ou l'administration devant le comité médical compétent.

1.1.3 Le contrôle administratif

- [41] L'article 91 de la loi de décembre 2009 précité prévoit que l'expérimentation porte à la fois sur le contrôle médical des arrêts de travail et sur le contrôle des heures de sortie autorisées au domicile du fonctionnaire, prévu par l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale. Lorsque le fonctionnaire ne se soumet pas aux contrôles diligentés par le service du contrôle médical de la CPAM, celle-ci doit en informer l'administration.
- [42] En cas de non-respect des heures de sortie autorisées, non justifié par des soins ou des examens médicaux, l'administration peut retenir une partie de la rémunération dans la limite de 50%.
- [43] Ce contrôle a été expérimenté uniquement pour les administrations situées dans le ressort géographique de la CPAM du Rhône et fait l'objet de développements spécifiques dans le présent rapport (cf. *infra* § 3.3.4).
- [44] Dans les faits, les sanctions qui seraient appliquées à ce titre encourraient une annulation devant les juridictions administratives en l'absence de toute disposition législative ou réglementaire, comme en témoignent deux jurisprudences récentes du Conseil d'Etat et de la Cour administrative d'appel de Marseille, en date 28 septembre 2011 et du 5 juin 2012¹¹. La décision du Conseil d'Etat précise en ce sens très clairement que « *si le refus d'un agent de se soumettre à une contre-visite alors qu'il est en congé maladie peut entraîner une suspension de sa rémunération, le seul fait qu'il ait été absent de son domicile, en dehors des heures de sortie autorisées, lors d'une contre-visite inopinée à son domicile, ne peut justifier une suspension de sa rémunération en l'absence de toute disposition législative ou réglementaire l'autorisant pour un tel motif...* ».

⁹ La mesure de réduction de moitié de la rémunération n'est pas applicable si le fonctionnaire est hospitalisé ou s'il justifie, dans le délai de huit jours, de son incapacité à transmettre l'avis d'arrêt de travail dans les délais.

¹⁰ Article 35 loi du 11 janvier 1984 : « *L'attribution au fonctionnaire titulaire ou stagiaire des divers congés pour raison de santé est subordonnée à des avis et des contrôles médicaux recueillis selon des procédures définies au titre 1er du décret du 14 mars 1986, au cours desquelles interviennent des médecins agréés, des médecins chargés de la prévention, des comités médicaux et des commissions de réforme* » et du décret du 14 mars 1986. Les contre-visites ont lieu à la demande de l'administration, pendant la durée du congé, pour vérifier que le congé accordé est justifié. Elles sont effectuées par les médecins agréés habituellement attachés à chaque administration de manière à assurer, autant que possible, les différents contrôles de l'agent malade par les mêmes médecins.

¹¹ CE du 28/09/2011- Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger. Cour administrative d'appel de Marseille – 5/06/2012 – 10MA02246.

1.2 La genèse de l'expérimentation

- [45] Dans le secteur public, il est présumé que « *le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires (...) est assez peu opérationnel* »¹² ; que ces derniers « *font l'objet d'un assez faible nombre de contrôles* »¹³ ; voire que l'administration se heurte « *aux insuffisances du mécanisme existant fondé sur le recours aux médecins agréés* »¹⁴.

1.2.1 Une initiative aux origines multiples

- [46] Une expérimentation, lancée en 2008, concernant le régime des contre-visites relatif aux arrêts des salariés du secteur privé avait donné des résultats non négligeables, notamment par l'augmentation de la fréquence des contrôles¹⁵.

- [47] Parallèlement, un rapport de l'Inspection générale des finances et du Contrôle général économique et financier de septembre 2009¹⁶ avait relevé les failles du système de contrôle de l'administration. Trois défauts étaient particulièrement mis en exergue :

- l'incapacité à prendre la mesure précise du phénomène des arrêts maladie ;
- l'absence de pilotage en matière de contrôle ;
- une forte réticence à se saisir d'un sujet présentant une grande sensibilité sociale.

- [48] Le rapport de l'Inspection générale des finances pointait un taux très faible de contre-visites (moins de 0,1 %) et se référait à la politique active de la CNAMTS qui, depuis 2003, permettait le contrôle de 14 % des arrêts de maladie supérieurs à 45 jours ou répétitifs, avec pour résultats une proportion de reprise anticipée du travail de 12,8 %. Ce rapport prônait que la FPE s'inspire des dispositifs appliqués dans une optique d'équité entre salariés du public et du privé, en vue d'une recherche d'efficacité du service public, nécessaire à une meilleure gestion de l'absentéisme médical et à l'équilibre entre coûts et gains.

- [49] Fin 2009, lors des débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, est adoptée la généralisation du dispositif expérimental lancé en 2008 pour le régime des contre-visites concernant les arrêts maladie des salariés du privé.

- [50] Dans le cadre des débats sur la lutte contre la fraude et dans un souci d'équité, une initiative parlementaire¹⁷ a conduit à l'adoption en commission mixte paritaire d'une expérimentation visant les trois fonctions publiques. Celle-ci entend confier à certaines caisses primaires d'assurance maladie le contrôle des arrêts de maladie des personnels du secteur public dans le but de « *soumettre tous les français, quel que soit leur statut, à des contrôles de même intensité* »¹⁸.

¹² A. Vasselle, rapporteur général au Sénat lors du débat du PLFSS pour 2010.

¹³ X. Darcos, Ministre, propos tenus lors de la discussion parlementaire sur le PLFSS pour 2010.

¹⁴ Extrait de l'exposé des motifs du Gouvernement sur le projet de loi de finances pour 2014.

¹⁵ L'article 103 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait instauré une expérimentation destinée à rendre les contrôles plus efficaces dans le secteur privé. Dans le cadre de ce dispositif, tout constat médical de l'absence de justification d'un arrêt maladie par le médecin diligenté par l'employeur imposait une décision du service du contrôle médical de la caisse. Ce service peut, en effet, soit contrôler à son tour le salarié, soit demander à la caisse de suspendre immédiatement le versement des indemnités journalières versées par la sécurité sociale (*cf annexe 4 sur le process dans le RG*). La caisse d'assurance maladie en informe alors l'assuré et son employeur. Dans un délai de dix jours à compter de la notification de la décision de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut contester cette décision.

¹⁶ Rapport conjoint de l'inspection générale des finances (n° 2009-M-059-03) et du contrôle général économique et financier (n° 09-0939) – Les arrêts maladie dans la fonction publique – Septembre 2009.

¹⁷ Amendement présenté par le sénateur A. Vasselle, rapporteur général du PLFSS pour 2010.

¹⁸ Débats relatifs au PLFSS pour 2010.

- [51] La loi du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit ainsi, en son article 91, à la section 7 « dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude », que le contrôle des arrêts de travail dus à une maladie d'origine non professionnelle des fonctionnaires est confié à titre expérimental aux caisses primaires d'assurance maladie et aux services du contrôle médical placés auprès d'elles.
- [52] Le périmètre législatif de l'expérimentation couvre un champ ambitieux puisqu'il englobe les trois fonctions publiques : Etat, territoriale, hospitalière, dont les modalités de gestion des ressources humaines sont pourtant très différentes.
- [53] Ce dispositif a nécessité de déroger aux statuts de la FPT et FPH pour créer un régime *ad hoc*¹⁹ uniforme.
- [54] L'expérimentation concerne les arrêts prescrits pour une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie (CLM) ou de longue durée (CLD)²⁰. Elle s'applique à la fonction publique hospitalière pour les établissements publics de santé volontaires comprenant au moins 400 personnes, ainsi qu'à la fonction publique territoriale pour les collectivités territoriales volontaires employant au moins 500 agents.

1.2.2 Les objectifs énoncés et régulièrement rappelés

- [55] L'article 91 visait prioritairement à « harmoniser les règles et modalités de contrôle » des arrêts de maladie des fonctionnaires et celles des assurés relevant du régime général, au nom d'une double préoccupation d'équité et de renforcement de la lutte contre les fraudes.
- [56] A la lumière des travaux parlementaires successifs, la mission constate que cette double ambition initiale a été assortie progressivement de nouveaux objectifs, notamment :
- permettre d'économiser des arrêts de travail et des crédits de personnels de remplacement tout en favorisant les retours anticipés ;
 - améliorer la connaissance statistique et qualitative des arrêts de travail des fonctionnaires et disposer ainsi de données comparables public/privé.
- [57] Ce sont donc quatre objectifs qui ont été portés par l'expérimentation. C'est au regard de ces derniers que ses résultats doivent être appréciés.

1.3 Les modalités adoptées pour configurer l'expérimentation

- [58] L'article 91 de la loi du 24 décembre 2009 précité a confié, à titre expérimental, et pour une durée de deux ans, le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires des trois versants de la fonction publique aux caisses primaires d'assurance maladie et à leurs services de contrôle médical.

¹⁹ Dérogation à l'article 42 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et à l'article 58 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984, pour des collectivités locales volontaires.

²⁰ - Le CLM est accordé ou renouvelé par périodes de 3 à 6 mois. Sa durée est fixée par l'administration sur proposition du comité médical. Si la demande de CLM est présentée pendant un congé de maladie ordinaire (CMO), la 1^{ère} période de CLM part du jour de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie et le CMO est requalifié en CLM. Le renouvellement est accordé dans les mêmes conditions que la première demande. La durée du CLM est de 3 ans maximum.

- Le CLD est le prolongement normal d'un congé de longue maladie (CLM) à plein traitement quand la reprise de service n'est pas possible. Pour bénéficier d'un CLD, il faut avoir épuisé la période rémunérée à plein traitement du CLM (1 an). Le passage du CLM au CLD n'est pas obligatoire et l'administration accorde le CLD après avis du comité médical. Il est accordé ou renouvelé par périodes de 3 à 6 mois selon l'avis du comité médical et peut être utilisé de manière continue ou fractionnée. La durée maximale du CLD est fixée à 5 ans.

- [59] Pour mettre en œuvre l'expérimentation au sein des trois versants de la fonction publique, trois conventions-cadre nationales élaborées entre le 26 mars et le 15 septembre 2010²¹ en fixent les paramètres (*pièces n° 2, 3 et 4*), tandis qu'un arrêté du 28 octobre 2011 dresse la liste des établissements publics de santé et des collectivités territoriales autorisés à participer à l'expérimentation²².
- [60] Ces conventions, associant l'Etat et la CNAMTS, confient ces contrôles aux six CPAM et leurs échelons locaux de service médical (ELSM) suivants : Clermont-Ferrand, Lyon, Nice, Rennes, Paris, Strasbourg.
- [61] L'expérimentation porte à la fois sur le contrôle médical des arrêts de travail et le contrôle administratif des heures de sortie autorisées. L'ensemble des fonctionnaires concernés est évalué à 176 000 fonctionnaires d'Etat, 40 000 fonctionnaires hospitaliers et 10 000 fonctionnaires territoriaux. Seize établissements de santé et neuf collectivités locales volontaires ont été initialement retenus pour participer à l'expérimentation.
- [62] Les contrôles réalisés sont de plusieurs types :
- des contrôles systématiques pour les arrêts de travail de plus de 45 jours consécutifs ;
 - des « contrôles ponctuels » qui visent les fonctionnaires ayant déjà déclaré plus de trois arrêts de travail de courte durée au cours des douze derniers mois et prenant un quatrième congé de plus de quinze jours ;
 - un contrôle des heures de sortie autorisées (CPAM de Lyon uniquement).

1.4 Un périmètre d'application très segmenté

- [63] La mise en œuvre du dispositif a varié selon les CPAM et leurs services médicaux.
- [64] Pour la fonction publique d'Etat, la convention du 26 mars 2010 entre les ministres chargés de la fonction publique, de la santé et la CNAMTS indique que sont concernés l'ensemble des services déconcentrés de l'Etat situés dans le ressort géographique de chacune des six CPAM désignées, à l'exception de la CPAM de Paris. Cette dernière doit prendre en charge les services centraux des ministères économiques et financiers sur lesquels le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat et le ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi ont une autorité exclusive ou conjointe, hors DGFIP²³.
- [65] La convention-cadre du 25 juin 2010 relative au contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires hospitaliers ne retient que quatre CPAM pour l'expérimentation : Puy-de-Dôme, Alpes-Maritimes, Ille-et-Vilaine, Bas-Rhin. Les établissements de santé de plus de 400 agents participent sur la base du volontariat. Ces établissements ont conclu des conventions locales avec l'ARS et les CPAM pour déterminer les modalités pratiques de l'expérimentation.

²¹ Convention de partenariat Etat-CNAMTS du 26 mars 2010 sur le contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires d'Etat (JO du 2 mai 2010) et avenant n°1 (JO du 30 juin 2010) ; Convention cadre nationale ETAT-CNAMTS du 25 juin 2010 sur le contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires hospitaliers (JO du 15 septembre 2010) ; Convention cadre nationale ETAT-CNAMTS du 25 juin 2010 sur le contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires territoriaux (JO du 15 septembre 2010) et avenant n°1 (JO du 31 juillet 2012).

²² JO du 29 octobre 2011

²³ Ces sites, majoritairement implantés dans le département de Paris (sauf pour la douane située à Montreuil), sont : la direction du budget, la DGME, la direction générale des douanes et droits indirects, les services de contrôle budgétaire et comptable ministériel, l'agence pour l'information financière de l'Etat, l'opérateur national de paye, le service des pensions, la DGAFP, le conseil général des mines, le conseil général de l'industrie, de l'énergie et des technologies, la direction générale du trésor, l'INSEE, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, la direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services, la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, la délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale, l'inspection générale du tourisme, le secrétariat général, l'inspection générale des finances, la direction des personnels, la direction des affaires juridiques, le service du contrôle économique et financier.

- [66] La convention-cadre du 15 septembre 2010 relative au contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires territoriaux retient cinq CPAM dans le ressort desquelles des collectivités locales volontaires pourront participer à l'expérimentation : Puy-de-Dôme, Rhône, Alpes-Maritimes, Ille-et-Vilaine, Bas-Rhin. L'expérimentation est ouverte aux collectivités employant au moins 500 fonctionnaires titulaires et stagiaires à temps complet. Les collectivités volontaires concluent de même des conventions locales avec les CPAM du ressort, conventions recensées par la CNAMTS.

2 UN PROJET QUI A RAPIDEMENT TROUVE SES LIMITES

2.1 Une conception maladroite de l'ingénierie de l'expérimentation

2.1.1 Une absence de diagnostic *ex ante*²⁴ préjudiciable

- [67] En l'absence de diagnostic *ex ante* des arrêts de maladie et plus particulièrement d'une définition précise de ceux considérés comme abusifs, dont on peut supposer qu'ils étaient particulièrement ciblés par l'expérimentation, la mission n'a pu rapprocher les résultats d'une situation antérieure.
- [68] Le rapport précité de septembre 2009 relatif aux arrêts maladie dans la fonction publique indique que les données administratives sur les arrêts de maladie issues des applications de gestion des administrations de l'État comportent de nombreuses limites et insuffisances. Six ans après, force est de constater que ces observations peuvent être reprises en y ajoutant le fait que l'expérimentation n'a pas permis de progresser en ce domaine.
- [69] Ainsi, par exemple, il n'a jamais été indiqué, dans les documents en possession de la mission, pourquoi le contrôle des arrêts longs et des arrêts itératifs s'imposait comme prioritaire alors que toutes les investigations menées montrent que les enjeux se situent, à l'évidence, sur les arrêts très courts (jusqu'à une semaine) et courts (entre 8 et 14 jours).
- [70] Aussi, faute d'un état des lieux au début de l'expérimentation et d'objectifs partagés, tirer des leçons du dispositif apparaîtrait-il extrêmement malaisé.

2.1.2 Un cahier des charges inadapté aux besoins et aux capacités du terrain

- [71] L'absence de construction détaillée de l'ensemble du processus et de positionnement des acteurs n'a pas permis un déroulement optimal de l'expérimentation.
- [72] L'article 91 précité de la LFSS pour 2010 précise, dans son paragraphe premier, les deux modes de contrôles exercés : contrôle médical des arrêts de travail et celui des heures de sortie autorisées. Les conventions-cadres nationales conclues entre la CNAMTS et chacun des trois versants de la fonction publique déterminent quant à elles :
- le champ d'application : nature des contrôles réalisés, les fonctionnaires concernés, les CPAM, les services médicaux et les administrations retenus ;
 - la mise en œuvre du dispositif : l'outil dédié au contrôle « Arrêts Maladie Des Fonctionnaires » (ADTF) partagé avec les informations à renseigner, le résultat des contrôles, les décisions données par l'administration à la suite du contrôle ainsi que les éventuels contestations ou recours ;
 - le suivi et l'évaluation assurés par un comité de pilotage se réunissant tous les trimestres.
- [73] La liste des indicateurs ainsi que celle des services participant à l'expérimentation sont précisées dans des annexes spécifiques.
- [74] Cependant, une fois les grands principes énoncés, leur traduction opérationnelle n'a pas été élaborée avec précision, ni partagée avec l'ensemble des acteurs de terrain. Certains paramètres de l'expérimentation se sont d'ailleurs révélés particulièrement inadaptés.

²⁴ A noter que les données sur le contrôle ne sont ni collectées ni intégrées dans aucun bilan social...

- [75] Par exemple, les conditions matérielles d'enregistrement des arrêts de travail dans ADTF n'ont pas tenu compte des réalités du terrain, très variables selon les fonctions publiques et au sein même de chacune d'entre elles. Ainsi, dans certaines administrations d'Etat, comme les directions départementales interministérielles, un service de ressources humaines (RH) de proximité peut avoir à gérer simultanément 3, voire 4, systèmes informatiques différents alors que d'autres ne suivent plus les arrêts maladie des agents, centralisés au niveau d'un secrétariat général²⁵ ou d'un centre de services RH²⁶. Les délais de transmission des arrêts s'en trouvent donc particulièrement impactés.
- [76] De même, les informations minimales nécessaires aux médecins-conseils pour un contrôle de qualité, notamment la pathologie des fonctionnaires, n'ont pas été identifiées dès le départ.
- [77] Enfin, la déclinaison du pilotage n'ayant pas été clairement définie dans les territoires expérimentaux, le respect des engagements des administrations quant aux suites à apporter aux avis médicaux n'a pu être garanti.
- [78] **A défaut d'avoir identifié les besoins et les capacités, et d'avoir mobilisé les acteurs en charge de la mettre en œuvre, les conditions de réussite de l'expérimentation, dès sa conception, n'ont pas été réunies.**

2.1.3 Des critères de contrôle restrictifs et peu cohérents au regard des objectifs affichés

- [79] Les choix restrictifs réalisés quant aux critères de contrôles ont nui *in fine* au caractère représentatif de l'expérimentation.
- [80] Les conventions-cadre ont considérablement réduit la population cible pour les trois versants de la fonction publique, là où la loi ne l'imposait pas, et bien peu d'éléments éclairants ont été présentés à la mission (*cf. infra* § 3.1.1).
- [81] L'expérimentation a été invoquée comme un instrument du renforcement des contrôles médicaux des fonctionnaires à l'occasion du débat sur l'abrogation du jour de carence²⁷, mais ces deux notions relèvent de logiques radicalement différentes. Les critères du contrôle choisis à l'origine de l'expérimentation semblent déconnectés de certains objectifs affichés mais surtout des besoins des administrations.
- [82] Si la volonté du législateur de cibler « les arrêts prescrits pour une durée inférieure à six mois et n'ouvrant pas droit au régime des CLD ou CLM » apparaît justifiée, l'option des conventions-cadre nationales de ne retenir que les seuls arrêts de plus de quarante-cinq jours et les arrêts itératifs²⁸ ne semble pas correspondre aux préoccupations des employeurs publics.
- [83] Ainsi, le choix des seuls arrêts de 45 jours, excluant tout contrôle d'arrêts de courte et très courte durée²⁹, suscite des interrogations.

²⁵ Notamment pour les services de Bercy.

²⁶ Régional, interrégional voire national.

²⁷ En contrepartie de la suppression du jour de carence, modification du 1^{er} alinéa du 2^o de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 en le complétant par la phrase suivante de l'article 126 de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014 : « *Le bénéfice de ces dispositions est subordonné à la transmission par le fonctionnaire, à son administration, de l'avis d'arrêt de travail justifiant du bien-fondé du congé de maladie dans un délai et selon les sanctions prévus en application de l'article 42* ». Dispositif entrant en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2014.

²⁸ Pour mémoire, plus de trois arrêts de travail de courte durée au cours des 12 derniers mois, dès lors que le 4^e arrêt est d'une durée supérieure à 15 jours.

²⁹ Tout contrôle d'arrêt de moins de 15 jours semble difficilement envisageable.

- [84] S'il correspond à la volonté de se conformer au contrôle systématique exercé par les services médicaux des CPAM en raison de son coût pour le régime général, sa pertinence en termes de prévention des arrêts abusifs des fonctionnaires reste à établir. Bien au contraire, les entretiens conduits par la mission lors de ses déplacements font ressortir que les arrêts de 45 jours ne sont ni générateurs d'abus ni les plus perturbateurs sur l'organisation, le remplacement de l'agent ou la réorganisation du service étant en général assuré.
- [85] En revanche, les arrêts unanimement considérés par les gestionnaires des ressources humaines et les cadres des services comme les plus perturbateurs sont ceux d'une durée inférieure ou égale à une semaine. Ils génèrent selon eux de grandes difficultés d'adaptation et sont source de tension au sein des services, notamment lorsqu'il s'agit d'organiser la continuité de service (patrouilles de police, bloc opératoire hospitalier, vedettes des douanes ...)
- [86] Au surplus, sur l'ensemble du champ de l'expérimentation, ces arrêts ne représentent que moins de 5 % du nombre d'arrêts³⁰ et sur un échantillon plus réduit (DRFiP 63, DRFiP 69 et UT 69 Direccte) que 1,55 % des arrêts et 11,6 % de la durée totale d'absence pour congés de maladie ordinaire.
- [87] Par ailleurs, si le signalement opéré par l'employeur public après le 3^{ème} arrêt de l'agent semble avoir eu un certain effet dissuasif selon les services des ressources humaines rencontrés, il n'a, *in fine*, pas été clairement objectivé.

2.1.4 Le choix d'un dispositif relativement neutre pour l'administration et plus lourd pour les échelons locaux du service médical

2.1.4.1 Vis-à-vis des administrations et de leurs agents

- [88] Dans la mise en œuvre, les signataires des conventions-cadre ont minimisé l'impact de l'expérimentation sur l'administration et ses agents. S'agissant des agents, le dispositif adopté se révèle globalement neutre avec des modalités de transmission d'arrêt inchangées (volets 2 et 3 adressés à leur gestionnaire et conservation du volet 1). S'agissant des services gestionnaires, la double saisie dans le logiciel ADTF constitue la seule charge de travail supplémentaire notoire engendrée³¹.
- [89] En aval des contrôles, les services administratifs ne donnent pas automatiquement suite aux résultats des contrôles des médecins-conseils, contrairement à ce qui était prévu au départ³². D'après les entretiens réalisés par la mission, ce point ne semble pas avoir été clairement présenté par les administrations centrales.
- [90] En outre, l'expérimentation n'a pas d'impact financier pour les administrations, les conventions-cadre nationales stipulent que le service rendu par les ELSM et CPAM l'est « à titre gracieux ».

³⁰ Les arrêts de plus de 30 jours représentent 5,5 % du total des arrêts enregistrés dans ADTF.

³¹ Si la phase indispensable d'enregistrement des données sur le logiciel « Arrêt de travail des fonctionnaires » (ADTF) est un peu décriée par les administrations expérimentatrices rencontrées, notamment celles qui gèrent déjà plusieurs systèmes d'information RH, cette charge de travail supplémentaire apparaît néanmoins surmontable (quatorze items sont à renseigner lors de la saisie d'un premier arrêt de travail, contre 5 au moment de saisies ultérieures).

³² Au sein de l'article 3 des conventions-cadre, il est précisé « Les administrations s'engagent : - à donner suite aux résultats des contrôles de l'assurance maladie en envoyant une notification au fonctionnaire suite à l'avis donné par l'assurance maladie dans un délai maximum de cinq jours ouvrés (...) »

- [91] Si ce choix semble compréhensible en période de fortes contraintes budgétaires, il interroge néanmoins quant à l'engagement de la partie chargée de mettre en œuvre un dispositif novateur sans moyen dédié. Cette gratuité n'a-t-elle pas déséquilibré la relation entre le commanditaire et son prestataire, ce dernier étant fondé, dans l'hypothèse d'un travail « gratuit », à fournir ce qui est immédiatement disponible à moindre coût ? A l'inverse, la gratuité n'a-t-elle pas inhibé les demandes du commanditaire, ce dernier intériorisant par avance une réticence de son fournisseur à prolonger la gratuité de la prestation si sa demande se fait trop exigeante ?

2.1.4.2 Vis-à-vis des services médicaux des CPAM

- [92] Si l'expérimentation n'a pas induit d'évolution majeure dans les habitudes des services et des agents, elle a en revanche modifié les pratiques des médecins-conseils. Ces derniers ont du investir une procédure nouvelle *via* le logiciel ADTF mais totalement dépassée, selon eux, dans son approche médicale.
- [93] En effet, la méconnaissance de la pathologie du fonctionnaire convoqué ainsi que l'impossibilité d'avoir accès à sa consommation de soins avant sa convocation ont été jugées par les médecins-conseils comme une régression par rapport à leurs pratiques professionnelles au sein du régime général et source d'inefficience du dispositif.
- [94] Si le volume limité de contrôles réalisés pendant l'expérimentation leur a permis d'absorber cette charge de travail supplémentaire, les conditions de sa mise en œuvre semblent avoir plongé les médecins-conseil dans une certaine perplexité.

2.1.5 Le choix d'un système d'information *ad hoc* minimaliste

- [95] Le logiciel ADTF a fait l'objet d'une attention particulière au regard de la sécurité des données personnelles mais il ne semble pas disposer de toutes les fonctionnalités espérées par les différentes parties prenantes rencontrées.
- [96] Ce logiciel a coûté, en maîtrise d'ouvrage, la somme de 52 751 €³³. Les chiffres de la dépense côté maîtrise d'œuvre n'ont pas été communiqués à la mission, malgré plusieurs demandes.
- [97] Conçu avec le souci de respecter les normes relatives à la sécurité des données informatiques, le logiciel a obtenu une habilitation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)³⁴. L'accès est filtré et chaque utilisateur dispose d'un identifiant et d'un mot de passe, dont l'obtention est conditionnée à une habilitation personnelle. Les quelques difficultés de gestion des habilitations lors de la mise en place de l'expérimentation ont été résolues par la CNAMTS, en charge de son déploiement. Cet outil semble avoir été conçu pour répondre, plutôt *a minima*, aux indicateurs chiffrés de l'expérimentation.
- [98] Les services gestionnaires rencontrés soulignent essentiellement la perte de temps occasionnée par la double-saisie. Il est également dommage qu'ADTF ne soit pas en capacité de générer de courrier automatique lors de la transmission des avis des praticiens conseils, alors même que des courriers type ont été prédéfinis. Le cahier des charges prévoit que l'ELSM et l'administration consultent l'application pour être informés respectivement de la saisie d'un nouvel arrêt maladie et des suites données à ce dernier. Toutefois, les utilisateurs du logiciel auraient souhaité un système de notifications et d'alertes. Cette possibilité aurait sans nul doute amélioré le respect des engagements des administrations de donner suite aux résultats des contrôles des médecins-conseils. Enfin, aucune requête ne semble pouvoir être effectuée localement, interdisant aux services RH concernés toute utilisation du logiciel comme outil de gestion.

³³ Soit 107 jours/homme à 493 €(source CNAMTS).

³⁴ Délibération CNIL n°2010-100 du 15 avril 2010.

- [99] Il semblerait pourtant qu'il n'y ait pas eu de remontées du terrain concernant les évolutions possibles du logiciel³⁵.
- [100] Les instructions se sont délitées à mesure que l'expérimentation se prolongeait. Si un manuel d'utilisation a été distribué par la CNAMTS à la première génération d'utilisateurs du logiciel, force est de constater que les personnels gestionnaires actuels n'ont pas eu accès à ce document ; ils ont, *in fine*, le sentiment d'être livrés à eux-mêmes, d'autant qu'ils n'ont aucun référent en cas de problème. La non-prise en compte de leurs besoins et l'absence de formation ont contribué à la diminution progressive de l'utilisation du logiciel.
- [101] Quant aux médecins-conseils, ils déplorent l'absence de toute information médicale relative au patient, l'impossibilité de modifier une information le concernant (notamment en cas de justification d'une absence à convocation) et l'absence de tout retour des administrations après leurs contrôles. Enfin, outre l'envoi parfois tardif des arrêts maladie par les agents, la saisie dans le logiciel, très variable d'un service à l'autre, ne permet pas d'optimiser les délais de contrôle, d'où une proportion très importante d'arrêts échus³⁶ au moment du contrôle.
- [102] **En conséquence, les fonctionnalités actuelles du logiciel ne répondent ni aux attentes des médecins-conseil ni à ceux des services administratifs gestionnaires.** Conçu sans concertation avec ceux-ci, il ne permet ni un suivi efficace des arrêts maladie des agents ni une meilleure connaissance de leur consommation de soins. Il ne répond donc pas à certains objectifs affichés de l'expérimentation.

2.2 Une mise en œuvre erratique

2.2.1 Une phase de démarrage laborieuse

- [103] Si l'article 91 de la LFSS du 24 décembre 2009 pour 2010 fixait à deux ans la durée de l'expérimentation, cette dernière a d'abord été prorogée pour deux années supplémentaires par l'article 76 de la loi du 21 décembre 2011 de financement pour 2012. Cette prorogation est imputable à divers retards accumulés au démarrage de l'expérimentation, parmi ceux-ci :
- les délais de signature des conventions nationales de coopération Etat – CNAMTS ;
 - les délais d'adoption du dispositif réglementaire (incluant la consultation préalable de la CNIL) pour instaurer des traitements de données à caractère personnel dans le cadre de l'expérimentation³⁷ ;
 - les délais d'adoption du dispositif réglementaire fixant les conditions et les modalités de remboursement des frais de transport des fonctionnaires soumis au contrôle des caisses primaires d'assurance maladie³⁸ ;
 - les délais d'information des administrations locales concernées ;
 - les délais d'adhésion des hôpitaux et collectivités territoriales volontaires, compte tenu de leurs procédures internes de délibération ;
 - les délais inhérents au fonctionnement opérationnel du système d'information (ADTF et accès infrastructure GALOPS³⁹) permettant de recueillir, d'échanger les données sur les

³⁵ Seuls les délais de saisie sont cités pour expliquer le fort taux d'arrêts échus (COPIL du 7 juillet 2011).

³⁶ Soit 75 % pour la FPE, 53 % pour la FPH et 65 % pour la FPT (Bilan statistique au 30 juin 2015, données CNAMTS).

³⁷ Délibération CNIL du 15 avril 2010 (JO 19 avril 2010) et décret n°2010-1095 du 17 septembre 2010 autorisant la création d'un fichier pour le contrôle des fonctionnaires d'Etat (JO 19 septembre 2010) ; délibération CNIL 28 avril 2011 (JO 27 octobre 2011) et décret n°2011-1359 du 25 octobre 2011 autorisant la création d'un fichier pour le contrôle des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux (JO 27 octobre 2011).

³⁸ Décret 2010-1176 du 5 octobre 2010 pour les fonctionnaires d'Etat (JO 7 octobre 2010) ; décret 2011-1216 du 29 septembre 2011 pour les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux (JO 1 octobre 2011).

³⁹ GALOPS : Gestion des Accès LOGiques des Partenaires, système de gestion des habilitations des utilisateurs externes de la CNAMTS.

arrêts maladies entre les différents intervenants puis d'assurer leur traitement par chaque CPAM et de suivre des indicateurs de performance ;

- les délais relatifs aux habilitations individuelles des agents chargés de saisir les informations sur ADTF et leur formation initiale au nouvel outil.

[104] Au final, si le contrôle des agents de la FPE a débuté le 22 octobre 2010⁴⁰, ceux des FPH et FPT n'ont commencé qu'en janvier 2012⁴¹.

[105] Une seconde prolongation est autorisée jusqu'au 31 décembre 2015 par l'article 126 de la loi du 29 décembre 2013 de finances pour 2014. Cette prolongation s'inscrit dans le cadre du débat relatif à la suppression du jour de carence et est présentée comme un volet de renforcement du contrôle des arrêts abusifs. La perspective de la généralisation du dispositif est clairement annoncée pour le terme de cette prolongation.

2.2.2 Un pilotage centralisé et inadapté à l'ingénierie spécifique que requiert une démarche d'expérimentation territorialisée

2.2.2.1 Un pilotage global peu formalisé

[106] Malgré l'ambition et le caractère innovant de l'expérimentation engagée, il n'a pas été constitué de direction de projet dédiée. Les conventions nationales Etat-CNAMTS se sont bornées à instituer un comité national de pilotage (COFIL) pour chacune des fonctions publiques. Ce comité était composé des représentants de l'Etat⁴², de la CNAMTS, des caisses et des services du contrôle médical expérimentateurs, ainsi que, selon le cas, des administrations locales, des agences régionales de santé et des collectivités territoriales. Mais, alors que les fonctionnaires de l'éducation nationale représentent plus de la moitié des effectifs de l'Etat, aucune direction du ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur n'a été associée à ce pilotage national.

[107] Aucune lettre de mission n'est venue préciser le contenu des responsabilités, des objectifs confiés et des résultats attendus. En d'autres termes, la prise en charge collective de l'expérimentation par l'administration centrale et la CNAMTS n'a pas été suivie d'un partage clair des responsabilités entre ces deux acteurs. Les fonctions de maître d'ouvrage, pilote de la conception et de la détermination des besoins attendus de l'expérimentation qu'auraient dû assumer les administrations centrales, sont demeurées largement soumises au format imposé par le maître d'œuvre, la CNAMTS.

[108] *A contrario*, des fonctions de maîtrise d'œuvre ont été assumées par la DGAFP, bien que ne disposant d'aucune compétence en la matière. Elle a ainsi pris directement en charge la gestion individuelle des habilitations des personnes appelées à utiliser le système ADTF dans chaque administration expérimentatrice : création des profils utilisateurs, attribution d'identifiants et de mots de passe, réactivation des droits en cas de blocage, etc.

2.2.2.2 Un pilotage national distancié

[109] Le pilotage national ainsi conçu a privilégié deux modes d'action pour engager la mise en œuvre de l'expérimentation et en suivre le déroulement.

⁴⁰ Selon le rapport d'évaluation au Parlement d'octobre 2011 : au 22 octobre 2010 débute le contrôle médical ; le 13 décembre 2010 débute le contrôle des heures de sortie par la CPAM du Rhône

⁴¹ Selon la note de DSS de 2013 intitulée « note sur ADTF fonctionnaires »

⁴² Direction de la sécurité sociale, et selon la fonction publique concernée, la direction générale de l'administration et de la fonction publique, la direction générale de l'offre de soins ou la direction générale des collectivités locales

- [110] En premier lieu, la communication et la sensibilisation des services déconcentrés ont été réalisées par voie de circulaires.
- [111] La direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) a adressé plusieurs lettres-circulaires aux directions des ressources humaines et du personnel des ministères ainsi qu'aux préfets des ressorts des cinq sites expérimentateurs (hors Paris)⁴³. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a effectué ce travail de sensibilisation des ARS et des établissements de santé par circulaire du 17 janvier 2012.
- [112] La CNAMTS, pour sa part, a diffusé des lettres-réseaux, les 30 septembre 2010 et 29 novembre 2011, aux CPAM et aux médecins conseils concernés pour présenter l'expérimentation et son déploiement. Elle a élaboré également un vademecum présentant les modalités de fonctionnement de l'outil (qui fait quoi, quand, quel code utiliser ? etc.)
- [113] **Toutefois, ce travail de communication n'a pas été réitéré après mars 2012, alors même que les administrations hospitalières et territoriales intégraient le dispositif.**
- [114] Aucune nouvelle directive nationale n'a été adressée aux services déconcentrés, y compris pour leur annoncer la seconde prorogation de l'expérimentation décidée par le législateur fin 2013. Nombre de chefs de service interrogés par la mission étaient même persuadés que l'expérimentation avait pris fin depuis plusieurs années. D'autres avaient cessé d'enregistrer les arrêts de travail de leurs agents, faute d'intérêt manifesté par les administrations centrales à l'égard de l'expérimentation.
- [115] En second lieu, des réunions nationales périodiques des membres des COPIL devaient permettre d'échanger sur les problématiques rencontrées dans la mise en place de l'expérimentation et de commenter les chiffres communiqués par la CNAMTS.
- [116] La fréquence de ces réunions, initialement trimestrielle (en 2011)⁴⁴, s'est rapidement distendue pour devenir bisannuelle (2012)⁴⁵ puis annuelle (2013)⁴⁶, avant de cesser totalement (aucune réunion ne s'étant tenue en 2014 et 2015)⁴⁷. La composition de ces COPIL conduisait à une surreprésentation de la CNAMTS, des CPAM et des représentants des échelons locaux du service médical⁴⁸. Très peu de services déconcentrés, pourtant acteurs au premier chef, ont participé aux COPIL et aucun établissement hospitalier ou collectivité territoriale n'y ont été représentés.
- [117] Faute d'avoir constitué une instance de dialogue ouverte, le procédé exclusif de COPIL « parisiens », centrés sur une analyse des résultats, apparaît avoir méconnu les besoins et les attentes de chacune des parties⁴⁹. Son caractère distancié a généré nombre d'incompréhensions, en particulier sur le bien-fondé de l'expérimentation.

⁴³ Lettres-circulaires des 4 février 2010, 12 mars 2010 et 7 octobre 2010.

⁴⁴ Une réunion de lancement au niveau national pilotée par la DSS la DGAFP et la CNAMTS a eu lieu le 26 mai 2010, en présence des CPAM et ELSM expérimentateurs, des représentants des plates-formes RH et des ministères économique et financier. S'agissant de la fonction publique d'Etat, quatre COPIL ont été organisés en 2011 (9 février, 27 mai, 7 juillet, 12 septembre et 2 décembre 2011).

⁴⁵ COPIL des 12 avril et 4 mai 2012.

⁴⁶ COPIL du 19 juin 2013.

⁴⁷ Sous réserve d'un point d'étape interne CNAMTS-DGOS-DSS en juin 2014.

⁴⁸ A titre d'exemple : COPIL du 9 février 2011 : 14 membres CNAMTS-CPAM-ELSM, 5 représentants des administrations expérimentatrices, 5 représentants des administrations centrales ; COPIL du 7 juillet 2011, 21 membres CNAMTS-CPAM-ELSM, 3 représentants des administrations expérimentatrices, 7 représentants des administrations centrales ; COPIL du 19 juin 2013 : 11 membres CNAMTS-CPAM-ELSM, 5 représentants des administrations expérimentatrices, 6 membres des administrations centrales.

⁴⁹ Les administrations locales attendant de connaître les avis des médecins-conseils, ces derniers attendant un retour des décisions des employeurs publics à leurs avis notamment défavorables.

2.2.2.3 Un pilotage inadapté

- [118] Aucune structure de pilotage au niveau déconcentré n'a été établie à un niveau décisionnel pertinent.
- [119] Il n'y a donc eu, pour chacun des cinq départements concernés (hors Paris), ni relais de coordination des acteurs locaux, ni animation du réseau constitué par l'ensemble des parties prenantes à l'expérimentation, placées alors en seule position d'exécutants isolés. La visite de la mission dans chacun de ces départements a constitué, pour les administrations impliquées, la première occasion en cinq ans de se rencontrer et d'échanger tant sur leurs pratiques que les difficultés rencontrées.
- [120] Au-delà, aucune réunion locale n'a jamais été organisée entre ces administrations, la CPAM territorialement compétente et son ELSM. Reliés exclusivement par le lien informatique constitué par l'application ADTF, les acteurs sont demeurés cloisonnés dans leurs attributions propres, ignorant totalement les contraintes de fonctionnement des autres.
- [121] La circulaire de la DGAFP du 7 octobre 2010 a confié aux seuls conseillers à l'action sociale et à l'environnement professionnel (CASEP) des plates-formes régionales d'appui interministériel à la gestion des ressources humaines (PFRH) concernées le soin de recenser les personnes à habilitier sur ADTF et d'être un « référent » local pour la DGAFP. Or, ces CASEP, placés sous l'autorité des SGAR, ne disposent d'aucun pouvoir d'autorité sur les services déconcentrés de l'Etat de niveau départemental. Ils ne sont pas non plus les interlocuteurs de l'académie ou du rectorat, des établissements de santé ou des collectivités territoriales du ressort des CPAM. Il ne leur a pas été demandé d'établir un recensement des services susceptibles d'être mobilisés, ni de suivre des indicateurs propres au déroulement de l'expérimentation. Aucun retour périodique d'expérience ne leur a été demandé.

2.2.3 Des réajustements marginaux malgré les alertes et évaluations intermédiaires négatives

- [122] Au-delà des difficultés techniques propres à l'appropriation d'un nouveau système d'information, les premiers COPIL ont rapidement identifié trois difficultés récurrentes :
- le caractère tardif de la saisie informatique des arrêts de travail conduisant à un taux élevé d'arrêts échus à la date même de leur enregistrement ;
 - la relative faiblesse de la mobilisation des services déconcentrés ;
 - l'insuffisance des suites données par les administrations aux retours des contrôles effectués par les médecins conseils de l'assurance maladie.
- [123] Trois circulaires des 11 mai 2011 (aux préfets), 7 septembre 2011 (aux ministères) et 4 mars 2012 (aux préfets) ont interpellé l'ensemble des acteurs centraux et locaux sur ces sujets en invitant à une démarche corrective rapide.
- [124] Toutefois, la mission n'a relevé aucune directive ou instruction sectorielle ou locale prise pour l'application de ces consignes nationales. Dans son rapport de juillet 2012 sur les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie⁵⁰, la Cour des Comptes souligne ainsi, une nouvelle fois, « l'attentisme » des différents acteurs dans la mise en place et le suivi du dispositif expérimental.

⁵⁰ Rapport Cour des Comptes de juillet 2012 sur les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie p.81.

- [125] **Les objectifs de l'expérimentation n'ont pas été accompagnés d'un positionnement clair des employeurs publics quant à la gestion des arrêts maladie des fonctionnaires. Si des orientations ont été exprimées dans les conventions-cadre, elles n'ont pas fait l'objet de partage avec l'ensemble des acteurs. Par conséquent, la conception et le pilotage de ce dispositif expérimental comportaient des fragilités qui n'ont pas permis de garantir une mise en œuvre efficace.**
- [126] **Le bilan qui en découle s'avère, en toute logique, pour le moins insatisfaisant.**

3 UN BILAN LACUNAIRE ET PEU EXPLOITABLE

3.1 Un échantillon peu représentatif et rapidement démobilisé qui ne permet pas une exploitation crédible des résultats de l'expérimentation

- [127] Les conventions-cadre nationales ont considérablement réduit la population cible pour les trois versants de la fonction publique, là où la loi ne l'imposait pas. Si l'on conçoit aisément la détermination d'un panel restrictif de sites concernés dans un dispositif expérimental, il convient néanmoins de veiller à ce qu'il puisse être, *a minima*, représentatif, en particulier lorsque sa généralisation est envisagée dès l'origine.
- [128] Or, les critères de choix des administrations, collectivités et établissements de santé, voire même des territoires retenus, posent question. L'analyse, par la mission, des travaux de conception de l'ingénierie de l'expérimentation met en lumière l'absence de toute réflexion approfondie sur la constitution de l'échantillon destiné à relever du régime de contrôle délégué mis en place. Aucun des critères ayant conduit aux choix des départements tests ou aux seuils d'éligibilité des administrations participantes n'a pu être explicité à la mission⁵¹.

3.1.1 Le choix d'un échantillon trop réducteur

- [129] L'échantillon initial ne reflète pas la diversité des structures - et modalités de gestion RH - du paysage administratif français, tout en incluant la participation de services aux régimes de contrôle d'absentéisme dérogatoires.
- S'agissant de la fonction publique territoriale :
- [130] Le prisme retenu, à savoir l'importance des effectifs de la collectivité volontaire devant excéder 500 fonctionnaires, a conduit à exclure concrètement toutes les communes et intercommunalités de moins de 40 000 habitants, soit 98 % des collectivités locales⁵². Ainsi, seuls un conseil régional (pendant deux mois), deux conseils départementaux et deux villes ont participé à l'exercice.
- [131] Aucun établissement public local d'envergure n'a été intégré dans le dispositif (CCAS, EPCI, SDIS)⁵³ et aucun centre de gestion départemental n'a été sollicité.
- S'agissant de la fonction publique hospitalière :

⁵¹ A tout le moins, il apparaît que le département du Rhône aurait été retenu en raison de la politique active de la CPAM en 2010 sur le contrôle administratif à domicile des salariés relevant du régime général.

⁵² Moins de 1.7% des collectivités comprennent plus de 350 agents. Cf. DGCL, « Les collectivités locales en chiffres, 2013 », p. 12.

⁵³ CCAS : Centre communal d'action sociale ; EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale ; SDIS : Service départemental d'incendie et de secours.

- [132] Le même prisme réducteur a conduit à une situation paradoxale. Alors que le choix des départements sélectionnés aurait permis l'inclusion de grosses structures hospitalières, telles l'AP-HP en région parisienne ou les Hospices civils de Lyon, celles-ci n'ont pas été invitées à s'associer à l'expérimentation.
- [133] De même, la fixation du seuil de participation aux seuls établissements employant plus de 400 fonctionnaires n'a pas permis d'y inclure les « petits » hôpitaux, pour lesquels la problématique de l'absentéisme médical est pourtant très sensible. Il est établi que l'absentéisme pour raison médicale diffère selon la taille de l'établissement hospitalier⁵⁴. En 2012, il varie entre 7 % pour les structures de plus de 100 agents et 14 % pour celles de moins de 50 agents.
- [134] En choisissant les établissements hospitaliers de plus de 400 agents, l'expérimentation retient au final les organismes les moins touchés par l'absentéisme. En outre, ce critère laisse à l'écart un tiers des centres hospitaliers dont le nombre moyen d'agents n'excède pas la centaine⁵⁵. Ce traitement uniforme ne permet donc pas de constituer un échantillon représentatif des différentes strates de centres hospitaliers.
- S'agissant enfin de la fonction publique d'Etat :
- [135] Le caractère indéterminé des administrations entrant dans le périmètre géographique de l'expérimentation a été source d'incompréhensions, voire de dysfonctionnements pour un certain nombre de services. Il en est ainsi pour les services de la police nationale dont l'autorité de gestion sur le plan des ressources humaines est située au niveau zonal du SGAMI.
- [136] D'une part, la gestion d'ADTF s'est révélée particulièrement chronophage pour les services RH concernés, compte tenu de la nécessité de trier préalablement les arrêts de travail à enregistrer afin que ne figurent sur l'application que ceux correspondant aux effectifs positionnés dans les départements expérimentateurs (le SGAMI de Rennes gère ainsi 20 départements).
- [137] D'autre part, l'inclusion dans l'expérimentation, par exemple, des fonctionnaires de police s'est révélée de moindre intérêt, ces derniers relevant déjà d'un régime spécialement réglementé de médecine statutaire. Ces fonctionnaires font l'objet d'un contrôle médical systématique pour les arrêts de travail d'une durée égale ou supérieure à 15 jours, d'un contrôle administratif de leur présence à domicile fréquent, et leur reprise de travail est aussi subordonnée à une visite médicale préalable⁵⁶.
- [138] Plus généralement, **l'expérimentation n'a pas intégré l'hétérogénéité des modes de gestion administrative des ressources humaines au sein de l'administration déconcentrée de l'Etat**. La logique de mise en œuvre d'ADTF repose sur le postulat que l'enregistrement est opéré par le gestionnaire RH de proximité, dans des délais proches de la date de réception de l'avis d'arrêt de travail du fonctionnaire du service⁵⁷. Or, la plupart des administrations ont procédé depuis 2010 à une profonde modification de leurs processus de gestion RH, par regroupement ou mutualisation des fonctions support à un niveau supra-départemental, régional, voire interrégional ou national.
- [139] Enfin, l'absence de participation d'établissements publics administratifs de l'Etat a privé l'expérimentation de résultats utiles à la préfiguration d'une éventuelle généralisation du dispositif.

⁵⁴ Sofaxis (décembre 2013) « Absence au travail pour raison de santé dans les établissements de santé en 2012 » : *Analyse et conjecture*.

⁵⁵ Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, *Données démographiques à l'horizon 2015*, mai 2003. URL : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/horizon2015-2.pdf>

⁵⁶ Voir notamment les articles 113-45 à 113-56 de l'arrêté du 6 juin 2006 modifié portant règlement général d'emploi de la police nationale

⁵⁷ D'où l'engagement conventionnel de l'Etat pris à l'égard de la CNAMTS d'opérer les enregistrements dans ADTF dans un délai maximal de 5 jours suivant la réception de l'arrêt de travail du fonctionnaire.

[140] Obtenir des résultats probants avec un échantillon aussi réduit constitue une gageure. **Dès le départ, le panel retenu pour l'expérimentation ne pouvait laisser espérer de résultats quantitatifs probants permettant de valider ce dispositif.**

3.1.2 Une participation effective des services déconcentrés de l'Etat bien en deçà des projections initiales

[141] La mobilisation effective des services de l'Etat sollicités est demeurée fortement en deçà du potentiel théorique initialement envisagé.

Tableau 1 : Services de l'Etat ayant participé à l'expérimentation

Appréciation du taux de mobilisation des administrations expérimentatrices au regard de leur potentiel et de l'objectif initial									
POTENTIEL DEPARTEMENTAL (06 - 35 - 63 - 67 - 69)		ESTIMATION OFFICIELLE AU LANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION		ENGAGEMENT MAXIMAL ATTEINT PENDANT L'EXPERIMENTATION		ENGAGEMENT ACTUEL (07/2015)			
Services concernés (estimation a minima)	Nombre d'agents publics employés	Total des services concernés	Nombre de fonctionnaires employés (a)	Total des services engagés sur une période au moins de l'expérimentation	Nombre d'agents publics employés (estimation)	Total des services encore acteurs de l'expérimentation mi- 2015	Nombre d'agents publics employés (estimation) (b)	a / b (total brut)	a / b (total affiné en agents titulaires)
FPE	3 208	227 900	176 000 <i>non chiffré</i> <i>dont 6 400 fonctionnaires des</i> <i>administrations centrales économiques et</i> <i>financières</i>	240 22 services centraux	82 753	104 22	30 701	17,4%	estimation de la part réelle de fonctionnaires concernés aujourd'hui par l'expérimentation au regard de l'objectif initial
FPH	81	97 600	16	12	32 844	5	12 287	33,5%	
FPT	61	167 600	9	5	10 817	1	2 960	17,4%	
	3 350	493 100	229 700	279	126 414	132	45 948	20,0%	

Les estimations proposées sont assez largement survalorisées : les calculs sont établis en agents publics et non en personnels titulaires; les calculs découlent d'un ratio nombre de services engagés / agents rattachés très en deçà du total réels de services déconcentrés existants. En d'autres termes, les volumes d'agents publics mentionnés sont surévalués et constituent des maxima théoriques.

Source : Mission

[142] Cette extrême faiblesse des effectifs réels impliqués dans le champ de l'expérimentation s'explique essentiellement par la quasi absence des services de l'éducation nationale, alors même qu'ils représentent environ la moitié de la fonction publique d'Etat en services déconcentrés.

[143] *In fine*, l'expérimentation a concerné un nombre très réduit d'agents.

3.1.3 Une démobilitation continue des administrations participantes au regard de la durée excessive de l'expérimentation

[144] **Le nombre d'acteurs impliqués n'a cessé de décroître de manière continue à compter de 2013**, rendant inexploitables les données consolidées obtenues.

[145] Quatre collectivités territoriales se sont engagées au lancement de l'expérimentation en 2012. Trois d'entre elles ont poursuivi sur l'année 2013, puis deux sur l'année 2014. Une seule poursuit encore sa participation au 31 juillet 2015.

[146] Douze établissements publics hospitaliers ont participé à l'expérimentation en 2012 et 2013. Ils n'étaient plus que 9 à compter de février 2014 et 5 poursuivent encore l'expérimentation au 31 juillet 2015 (*cf. annexe 2 sur l'expérimentation dans la FPH*).

[147] S’agissant des administrations de l’Etat, si le nombre de services des administrations centrales relevant des ministères économiques et financiers est demeuré relativement stable, il n’en est pas de même pour l’ensemble des services déconcentrés. Au 31 juillet 2015, plusieurs administrations locales encore engagées en 2012 ont renoncé à alimenter ADTF. Le tableau ci-dessous détaille l’évolution de la mobilisation des services déconcentrés de l’Etat.

Tableau 2 : Evaluation de l’assiduité des services de l’Etat participant à l’expérimentation

Evaluation de la mobilisation et de l’assiduité des services déconcentrés de l’Etat dans le cadre de l’expérimentation						
2010-2015						
Nombre d’administrations engagées dans l’expérimentation : 240 services et établissements déconcentrés de l’Etat dans 5 départements						
	Nombre de services participants (a)	Taux d’évolution de la participation par rapport à l’année n-1	Taux d’évolution de la participation par rapport à 2012	Taux de participation sur l’année (a / 240)	Nombre de services assidus sur tous les mois de l’année (c)	Taux d’assiduité sur l’année (c/a)
depuis le 01/10/2010	74		*	30,8%	27	36,5%
2011	193	160,8%	*	80,4%	53	27,5%
2012	199	3,1%	*	82,9%	63	31,7%
2013	175		-12,1%	72,9%	62	35,4%
2014	129	-26,3%	-35,2%	53,8%	51	39,5%
Au 31/07/2015	104	-19,4%	-47,7%	43,3%	48	46,2%
MOYENNE	146			60,8%	51	34,7%

Lecture colonne (a) : par exemple, en 2012, 199 services ont, sur un mois au moins de l’année, enregistré leurs arrêts de travail sur ADTF
 Lecture colonne (c) : par exemple, en 2012, sur les 199 services participants, seuls 63 ont enregistré leurs arrêts de travail sur ADTF sur tous les mois de l’année

Nombre de services ayant participé au moins un mois à l’expérimentation	Nombre de services ayant participé au plus un an	Nombre de services ayant participé au plus deux ans	Nombre de services ayant participé au plus 3 ans	Nombre de services ayant participé au plus 4 ans	Nombre de services ayant participé au plus 5 ans	Nombre de services ayant participé à l’ensemble de la période d’expérimentation
	34	32	41	28	43	53
	14,2%	13,3%	17,1%	11,7%	17,9%	22,1%
240	44,5 % des services ont cessé toute participation au bout de trois ans.					dont 8 ont été assidus sur l’ensemble des mois de toute la période d’expérimentation

Source : Mission

3.2 L’expérimentation ne permet pas de se prononcer sur la pertinence des choix opérés en matière de contrôle médical

3.2.1 Le contrôle des arrêts de plus de 45 jours n’apparaît pas comme un critère pertinent

[148] Comme évoqué précédemment, les contrôles des arrêts de plus de 45 jours ne sont pas considérés par les services comme présentant un enjeu majeur pour eux, qu’il s’agisse de réprimer les abus ou de bonne gestion des services.

[149] Selon les services de l’État et les établissements hospitaliers, les arrêts longs, moins sujets à suspicion d’abus, présupposent, dans l’immense majorité des cas, l’existence d’une pathologie lourde impliquant souvent des expertises destinées aux comités médicaux qui statuent sur la nécessité de placer l’agent en CLM puis en congé de longue durée.

[150] **Dès lors, contrôler ces arrêts n’apporte aucune plus-value puisqu’il n’existe pas pour les fonctionnaires d’enjeu financier au-delà de 45 jours, à la différence des assurés du régime général.**

[151] Par ailleurs, les contrôles des arrêts de plus de 45 jours ont été réalisés par les échelons locaux du service médical de l'assurance-maladie sans informations médicales⁵⁸ leur permettant d'opérer un ciblage pertinent. La réalisation de contrôles « à l'aveugle » sur des personnes effectivement malades a généré des convocations inappropriées sans qu'il ait été possible, à ce stade des investigations, de les quantifier.

[152] **Pour l'ensemble de ces raisons, le contrôle des arrêts de plus de 45 jours dans l'expérimentation n'apparaît pas comme un critère pertinent pour les fonctionnaires de l'État, ni pour ceux de la fonction publique hospitalière.**

3.2.2 Le contrôle des arrêts itératifs, s'il semble plus pertinent, mériterait d'être expertisé

[153] Le contrôle du quatrième arrêt de plus de 15 jours apparaît comme plus pertinent en termes de ciblage. Toutefois, le nombre des contrôles des arrêts de plus de 15 jours ne représente que 1 370 des 15 077 contrôles opérés par les échelons locaux des services médicaux soit 9,1 % là où les arrêts longs représentent 89,2 %.

[154] Par ailleurs, selon les services expérimentateurs interrogés, l'impact de ces contrôles itératifs semble avoir été perçu de façon divergente. Plutôt dissuasifs pour certains, les courriers de signalement ont généré, pour d'autres, une certaine irritation de la part des fonctionnaires destinataires.

[155] L'impact d'un tel contrôle mériterait en conséquence d'être expertisé de façon plus approfondie, ce que n'a pu réaliser la mission compte-tenu du temps dont elle disposait.

[156] **Dès lors, la question centrale à laquelle l'expérimentation n'a pas permis de répondre est celle de la lutte contre les très courts arrêts suspectés d'être abusifs.** Si contrôler ces arrêts très courts apparaît comme une véritable gageure, il convient néanmoins de souligner la très forte part de ces derniers.

[157] Ainsi, une exploitation des données d'ADTF montre que les congés de maladie ordinaire entre 0 et 7 jours représentent 68,33 % de l'ensemble des CMO enregistrés durant l'expérimentation. Afin de confronter cette donnée quantitative, la mission a sollicité trois services expérimentateurs pour obtenir des données complémentaires⁵⁹. Celles-ci font apparaître que les arrêts de un à sept jours représentent 65,5 % des arrêts et 24,9 % des durées.

[158] La difficulté structurelle à contrôler les arrêts de très courte durée en raison des délais de réception entre l'arrêt de travail et sa prise en charge ne saurait dispenser d'une réflexion sur ces absences qui constituent, de l'avis de l'ensemble des responsables des ressources humaines interrogés par la mission, l'enjeu essentiel en matière de lutte contre l'absentéisme médical.

3.3 Certains enseignements de l'expérimentation sont de nature à enrichir la réflexion future

[159] Compte-tenu de l'absence de résultats exploitables concernant la fonction publique territoriale, les développements qui suivent concernent essentiellement la fonction publique d'Etat et, dans une moindre mesure, la fonction publique hospitalière.

⁵⁸ Comme le volet 1 de l'arrêt de travail et/ou l'accès à la consommation de soins.

⁵⁹ DRFIP de Rhône-Alpes et du département du Rhône, DRFIP d'Auvergne et du département du Puy-de-Dôme et DIRECCTE Rhône-Alpes – Unité Territoriale du Rhône.

3.3.1 Des arrêts maladie majoritairement justifiés

A titre liminaire, la mission souhaite apporter une précision sur la **signification médicale de l'avis défavorable**. Cet avis du médecin-conseil est donné lorsqu'au moment où il rencontre le fonctionnaire, l'arrêt n'est plus justifié, ce qui ne veut en aucune façon indiquer qu'il ne l'était pas précédemment. C'est donc plus la durée de l'arrêt qui est remise en cause et non sa justification d'origine. Cet avis implique que l'agent est en capacité de reprendre son travail à compter de la visite avec le médecin-conseil.

Il convient donc de veiller à ne pas tirer de conclusion hâtive en termes d'abus voire de fraude, cette dernière étant souvent évoquée à tort en la matière, quand l'avis de l'ELSM indique « avis défavorable médicalement ».

[160] **Les arrêts maladie contrôlés par les médecins-conseils sur l'ensemble de la durée de l'expérimentation sont majoritairement justifiés : 72 % pour la FPE et la FPT et 79 % pour la FPH.**

[161] Les pourcentages d'arrêts non justifiés restent quant à eux compris entre 7,9 % et 10,6 %. Ce résultat n'est pas sensiblement différent des données du régime général recueillies auprès de certaines CPAM rencontrées, pour des typologies d'arrêts similaires, soit plus de 45 jours. Néanmoins, cette apparente similitude est trompeuse au regard :

- de la stratégie de ciblage des arrêts maladie des ELSM⁶⁰ ;
- du fait que les ratios d'avis défavorables du régime général ne sont pas superposables à ceux donnés dans le cadre de l'ADTF. Le régime général effectue un suivi des arrêts longs et de nombreux avis défavorables précèdent immédiatement la mise en invalidité.

Tableau 3 : Résultats cumulatifs de l'expérimentation au 30 juin 2015

Fonction Publique d'Etat	275 474 arrêts de travail saisis concernant 63 440 agents (dont 75% d'arrêts échus au moment de la saisie) 8 698 arrêts contrôlés : ➔ 6 266 arrêts justifiés (72 %) ➔ 1 150 absences à convocation ➔ 1 282 jugés médicalement injustifiés (8,5%) ➔ 240 mises en demeure de l'administration : 79 agents ont repris le travail. ➔ Décisions administratives : 5 interruptions ou retenues de rémunération.
Fonction Publique Territoriale 4 collectivités locales expérimentatrices	30 000 arrêts saisis pour 7 186 fonctionnaires. (dont 65% d'arrêts échus au moment de la saisie) 1 137 arrêts contrôlés : ➔ 820 arrêts justifiés (72 %) ➔ 227 absences à convocation ➔ 90 arrêts jugés médicalement injustifiés (7,9 %) ➔ 78 mises en demeure de l'administration, 23 agents ont repris le travail ➔ Décisions administratives : 4 interruptions ou retenues de rémunération
Fonction Publique Hospitalière 12 établissements expérimentateurs	57 236 arrêts saisis pour 16 671 fonctionnaires. (dont 53% d'arrêts échus au moment de la saisie) 2 442 arrêts contrôlés : ➔ 1 945 arrêts justifiés (79 %) ➔ 238 absences à convocation ➔ 259 arrêts jugés médicalement injustifiés (10,6 %) ➔ 172 mises en demeure de l'administration : 41 agents ont repris le travail. ➔ Décisions administratives : 5 interruptions ou retenues de rémunération

Source : CNAMTS

⁶⁰ Par exemple, à Rennes les contrôles des arrêts de 45 jours entraînent un taux d'avis défavorables de 15 %. Selon le médecin-conseil chef, sans ciblage, ce taux se rapprocherait des 6 à 7%. A titre de comparaison, pour les fonctionnaires contrôlés par l'ELSM d'Ille-et-Vilaine, les arrêts non ciblés aboutissent à 15% d'arrêts injustifiés en 2014, soit deux fois plus.

[162] Si les arrêts maladie sont majoritairement justifiés, il n'en demeure pas moins que les employeurs publics ne se sont pas emparés des avis transmis par les médecins-conseils des ELSM.

3.3.2 Les services ne se sont pas approprié les retours du contrôle médical

[163] Si près d'un tiers des agents ont repris le travail suite aux mises en demeure de leur administration, la mission constate que tant les absences à convocation que les arrêts injustifiés n'ont donné lieu qu'à très peu de sanctions, comme le montre le tableau suivant. Par ailleurs, de nombreux dossiers ont été clos sans aucune notification (cf. pièce n°5 bilan ADTF 30 juin 2015).

Tableau 4 : Suite données aux arrêts jugés injustifiés par le contrôle médical (y compris l'absence aux convocations) entre 2010 et le 30 juin 2015 pour les fonctionnaires de l'Etat et de la fonction publique hospitalière

Type de suite	FPE		FPH		Ensemble	
	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part
Absence de notification	5 537	87,42 %	1095	75,78 %	6 632	85,26 %
Interruption de rémunération	3	0,05 %	0	0,00 %	3	0,04 %
Retenue d'une partie de la rémunération	3	0,05 %	5	0,35 %	8	0,10 %
Avertissement sur un éventuel contrôle complémentaire	54	0,85 %	0	0,00 %	54	0,69 %
Mise en demeure de reprendre le travail	52	0,82 %	76	5,26 %	128	1,65 %
Reprise spontanée du travail	502	7,93 %	178	12,32 %	680	8,74 %
Reprise du travail après mise en demeure	76	1,20 %	41	2,84 %	117	1,50 %
Clos sans notification après absence à convocation justifiée	107	1,69 %	50	3,46 %	157	2,02 %
Total suites données	6 334	100,00 %	1 445	100,00 %	7 779	100,00 %

Source : CNAMTS – Extraction des données ADTF pour la FPE et la FPH - Calculs mission.

[164] Ainsi, sur 332 710 arrêts saisis dans l'application ADTF (cf. *supra*), seuls 7 779 (2,34 %) ont fait l'objet d'une suite au sens large. Le même calcul par rapport aux 26 905 arrêts signalés par l'administration montre un taux de suite apparent de 28,91 %. Néanmoins, cette donnée doit être retraitée des « fausses suites » que sont l'absence de notification et la clôture sans notification après absence à convocation justifiée. En agrégeant les seules suites ayant le caractère d'actions (interruption de rémunération, retenue d'une partie de la rémunération, avertissement sur un éventuel contrôle complémentaire, mise en demeure de reprendre le travail, reprise spontanée du travail, reprise du travail après mise en demeure), ce sont seulement 990 suites apportées, soit un taux de 3,68 % de suites apportées. En retranchant de ce chiffre les reprises spontanées du travail, on aboutit à un taux de suites ayant le caractère de « sanctions » de 1,15 %.

[165] **En confrontant ces suites « sanctions » au nombre total d'arrêts saisis, le taux est de 0,09 %. Le taux d'effort rapporté au résultat aboutit inévitablement à considérer la très faible efficacité du dispositif retenu et la disproportion entre les moyens engagés et les résultats obtenus.**

- [166] Outre ces faibles chiffres sur la durée de l'expérimentation, il n'est pas possible, à ce stade des investigations, de discerner si une progression est intervenue au fil du temps faute de disposer de données annuelles.
- [167] Ce faible taux de suite, conjugué à la durée d'expérimentation et à l'absence de gouvernance a entraîné une interrogation forte des acteurs, et notamment des échelons locaux du service médical de l'assurance maladie qui se sont indiscutablement investis dans cette expérimentation.
- [168] Cette absence de gestion des suites données, alors même qu'un engagement formel figurait dans les conventions-cadre et dans les conventions locales signées, a grandement participé des interrogations des différents acteurs, certains pensant même de bonne foi que l'expérimentation avait été arrêtée.
- [169] Ainsi, l'absence d'instruction aux services gestionnaires et aux responsables hiérarchiques locaux, en dehors de descriptions du dispositif au début de l'expérimentation et des indications nécessaires à la gestion de la relation avec les organisations syndicales pour certaines d'entre elles, force est de constater que les administrations expérimentatrices ont été livrées à elles-mêmes depuis environ deux ans. Ainsi, le dernier comité de pilotage national s'est réuni en avril 2013 sans qu'aucun des interlocuteurs rencontrés par la mission n'ait pu lui indiquer quelles conclusions en avaient été tirées, ni quelles instructions en avaient découlé.
- [170] **Si l'administration souhaite poursuivre le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires, elle devra clairement définir les objectifs poursuivis, s'engager à prendre les décisions qui s'imposent en cas d'avis médicalement défavorables et accompagner les services gestionnaires.**

3.3.3 La confirmation de l'impossibilité de contrôler les arrêts de courte durée

- [171] Pour des raisons d'ordre technique, les arrêts de moins de 15 jours avaient été, à juste titre, exclus au démarrage de l'expérimentation.
- [172] Cette approche reste d'actualité.
- [173] En effet, la mission a constaté que la transmission des arrêts des fonctionnaires à leur administration était non seulement variable d'un service à l'autre mais pouvait prendre des circuits relativement complexes, allongeant alors inexorablement les délais.
- [174] Si l'on ajoute à cela les délais de communication à l'ELSM *via* le logiciel ADTF en fonction des habitudes de saisies des services concernés⁶¹, on comprend aisément les raisons du fort taux d'arrêts échus au moment des contrôles⁶².
- [175] Même si l'application du décret du 3 octobre 2014 relatif au contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires laisse espérer une transmission des arrêts dans un délai plus proche de 48h, il apparaît difficile d'arriver à contrôler les arrêts de travail de moins de 15 jours et totalement illusoire ceux de moins d'une semaine.
- [176] Le régime général n'est guère plus en capacité de contrôler des arrêts de courtes durées. Un contrôle médical de la CPAM ne peut être diligenté que si le service est matériellement en possession de l'arrêt de travail. En intégrant le délai de convocation du salarié, les arrêts de travail inférieurs à une semaine sont globalement « incontrôlables ».
- [177] **Le contrôle ne semble donc pas la voie la plus adaptée à la prévention des arrêts de très courte durée, qu'il s'agisse de salariés ou de fonctionnaires.**

⁶¹ Allant de l'instantané pour certains à une fois par semaine pour d'autres.

⁶² Au 30 juin 2015, le taux d'arrêts échus au moment de la saisie est de 75 % dans la FPE, 53 % dans la FPH et de 65 % dans la FPT.

- [178] D'autres systèmes seraient donc à privilégier⁶³ pour juguler le recours potentiellement abusif à des arrêts de courte, voire de très courte durée impactant l'organisation des administrations, notamment celles devant assurer la continuité des soins ou du service public.

3.3.4 La mise en place à contre-courant d'un contrôle des heures de sortie pour la fonction publique

- [179] L'article 91 de la LFSS pour 2010 prévoit, outre le contrôle des arrêts maladie par les médecins-conseils, un contrôle administratif des heures de sorties autorisées au domicile du fonctionnaire avec une sanction *ad hoc* en cas de non respect de ces heures de sorties non justifiées par des soins ou des examens médicaux⁶⁴.
- [180] Ces contrôles, expérimentés uniquement pour les administrations situées sur le ressort géographique de la CPAM du Rhône ont été réalisés par une personne dédiée, recrutée à la mise en place de l'expérimentation, pour les agents résidant dans le Rhône.

3.3.4.1 Des résultats rapidement décroissants

- [181] Le nombre des contrôles, relativement important au démarrage de l'expérimentation, n'a cessé de décroître au fil des années, comme le montre le tableau ci-dessous. Ces résultats sont le reflet d'un désengagement progressif des services des administrations locales. De ce fait, les contrôles sont organisés à raison d'une journée de tournée toutes les trois semaines.

Tableau 5 : Résultats des contrôles administratifs des heures de sortie

	2010-2011	2012	2013	2014	2015
Nombres de contrôles	220	249	159	113	80
Agents présents	101	153	105	62	41
Agents absents	57	54	36	28	19
Contrôles impossibles	62	42	18	23	20
dont FPT		59	36	14	0*
Kms parcourus		2627	1668	1354	1334
Moyenne jours de contrôles		28	18	13	

Source : CPAM du Rhône, retraités par la mission

* Le conseil départemental a souhaité se désengager de l'expérimentation en 2014.

- [182] **Les suites de ces contrôles, en cas d'absence de l'agent, se révèlent inexploitable.** En effet, contrairement à ce qui est pratiqué dans le régime général⁶⁵, l'avis est transmis à l'ELSM qui réalise un contrôle médical. Le résultat est alors globalisé avec ceux du contrôle médical classique. De ce fait, **l'administration n'a jamais été en mesure de prendre les sanctions financières spécialement prévues par l'expérimentation.**

⁶³ Comme, par exemple, le jour de carence pour maladie, supprimé dans la fonction publique à compter du 1^{er} janvier 2014.

⁶⁴ L'administration peut retenir une partie de la rémunération l'agent, dans la limite de 50 %. Le fonctionnaire peut, dans le cadre de l'expérimentation, contester la décision de l'administration devant le comité médical prévu par le décret du 14 mars 1986 (ce comité est habituellement saisi dans différentes circonstances pour donner un avis sur l'état de santé de l'agent).

⁶⁵ Dans le régime général, si un contrôle administratif conclut à une absence de la personne, l'avis est transmis au service des prestations en nature en vue d'une suppression des indemnités journalières.

3.3.4.2 Un contrôle administratif des heures de sortie discutable dans son principe

- [183] Le principe même d'un contrôle administratif d'heures de sorties autorisées issues d'une décision médicale interpelle. Le non respect éventuel par le patient de l'obligation de rester à son domicile ne saurait présumer l'absence d'état pathologique. En témoigne le fort taux d'annulation des suspensions de versement d'IJ des CPAM pour ce motif par les commissions de recours amiables (CRA).
- [184] L'enjeu de ce type de contrôle ne cesse de s'amenuiser⁶⁶ au regard de la proportion grandissante des prescriptions « sorties libres » sur celles indiquant des horaires précis.
- [185] Enfin, l'efficacité de ces contrôles se révèle très faible, eu égard à l'impossibilité de réaliser des ciblage pertinents, même en écartant d'office les post hospitalisations⁶⁷.
- [186] Pour toutes ces raisons, les contrôles administratifs au sein du régime général sont devenus aujourd'hui symboliques.
- [187] **Ainsi, la CPAM de Lyon les a totalement abandonnés pour les salariés du régime général et ne les poursuit plus qu'à l'égard des fonctionnaires entrant dans le champ d'application de l'expérimentation.**
- [188] La mission considère, dès lors, qu'un contrôle administratif ne saurait constituer une réponse adaptée aux arrêts potentiellement abusifs. La surveillance réalisée par la CPAM des médecins « hyper » prescripteurs lui apparaîtrait une voie plus pertinente⁶⁸.

3.3.5 L'expérimentation démontre l'intérêt de pérenniser le recours aux médecins-conseils à l'initiative des administrations

3.3.5.1 Un savoir faire de qualité en matière de contrôle médical sous investi dans le cadre contraint de l'expérimentation

- [189] Les objectifs des contrôles médicaux organisés par le régime général sont différents de ceux recherchés par la fonction publique. Les priorités des CPAM, outre le ciblage d'abus éventuels, sont principalement concentrées sur la maîtrise des dépenses de santé, la régulation d'indemnités journalières indues, les enjeux financiers pour les administrations, certes importants, étant moins prégnants⁶⁹.

⁶⁶ Dans le Rhône, les derniers contrôles significatifs relatifs aux assurés du régime général ont été effectués entre le 27 février 2013 et le 06 juin 2013. Sur cette période, 67 contrôles ont été réalisés pour 38 présents (soit 57%), 28 absents (soit 42%) et 1 contrôle impossible (soit 1%). Ces taux peuvent baisser fortement suite à un examen en Commission recours Amiable (CRA).

⁶⁷ Les données médicales sont inaccessibles

⁶⁸ Mise sous objectifs ou sous autorisation préalable : dans le Rhône, sur 1690 médecins généralistes, un peu moins de 10 % sont sous autorisation préalable.

⁶⁹ Selon l'ELSM de Paris, même si 75 % des arrêts sont de courte durée, les plus grosses dépenses sont celles relatives aux indemnités journalières des arrêts de plus de 6 mois. Pour le secteur privé, 1 751 531 avis ont été donnés en 2014 par les ELSM suite aux contrôles d'arrêt maladie dont 96 % de longue durée. Les avis médicalement défavorables représentent 5,9 % dont 93 % concernent les arrêts de longue durée. **Le montant des économies potentielles liées au contrôle des arrêts de travail du régime général s'élèverait à 375 M€ Pour la fonction publique** et ses 5 millions de fonctionnaires, le gain potentiel à procédure de contrôle identique pourrait représenter près de 80 M€ **Sans ciblage, ce qui est actuellement le cas, l'enjeu serait plutôt de l'ordre de 40 M€, soit 0,014 % des dépenses de la FP.**

- [190] Les contrôles du régime général sont donc légitimement orientés sur les arrêts longs, coûteux ou sur certains arrêts ciblés de façon spécifique. Pour ce faire, des requêtes automatiques permettent de croiser différentes données en fonction de la durée des arrêts, de la typologie des soins, de l'historique de remboursement de soins et de la présence d'affection longue durée (ALD). L'analyse de ces requêtes permet d'éliminer un grand nombre d'arrêts justifiés. Elle peut mettre également en lumière certaines incohérences, par exemple lorsqu'un arrêt n'entraîne aucune consommation de soins. Des contacts éventuels avec les médecins prescripteurs permettent alors d'orienter plus finement les contrôles.
- [191] Les administrations, assurant le maintien de la rémunération de leurs titulaires en cas d'arrêt maladie cherchent, quant à elles, à juguler les absences plutôt de courte durée, qui désorganisent particulièrement les services, notamment ceux chargés de la continuité des soins, en charge de la sécurité, etc.
- [192] Les finalités des contrôles entre régime général et fonction publique étant divergentes, les choix opérés par l'expérimentation (arrêts de 45 jours ou itératifs), calqués sur les pratiques du régime général, se sont avérés inadaptés aux besoins de la fonction publique.
- [193] La rencontre avec les six médecins-conseils chef des ELSM expérimentateurs a permis à la mission de constater, outre la mobilisation des médecins-conseil, l'inadéquation de la procédure de contrôles médicaux des fonctionnaires retenue dans le cadre de l'expérimentation. Ainsi, un nombre important de médecins-conseils ont :
- investi le logiciel spécifique ADTF mis à leur disposition pour recevoir la liste prédéfinie des contrôles à effectuer et entrer leurs avis ;
 - convoqué et reçu des fonctionnaires dont ils ne connaissaient ni la pathologie (d'où certaines convocations malheureuses⁷⁰), ni l'employeur, sauf à le rechercher dans la table des correspondances ;
 - émis des avis à un instant donné sans pouvoir proposer de nouvelle visite à des agents qu'ils n'ont plus revu par la suite.
- [194] L'expérimentation a donc reposé sur des critères, des outils et des données très différents de ceux habituellement pratiqués par les médecins-conseils. De fait, l'absence des éléments médicaux (pathologie ayant motivé l'arrêt, historique et consommation de soins) dans le périmètre expérimental n'a pas permis aux médecins-conseils de convoquer les fonctionnaires avec pertinence et d'émettre des avis « éclairés ».
- [195] La méconnaissance des suites données par les employeurs publics à leurs avis défavorables n'étant que le paroxysme d'une gestion que certains praticiens-conseils ont qualifié de « contrôles à l'aveugle ».
- [196] Toute poursuite des contrôles des arrêts maladie des fonctionnaires par les médecins-conseils des CPAM ne pourra être envisagée, selon la mission, qu'au regard de certaines conditions et *a minima* (cf. annexe 5 fiches départementales avec avis des ELSM sur l'expérimentation) :
- accès au diagnostic ayant motivé l'arrêt de travail pour convoquer avec discernement les intéressés : pour les médecins-conseils, disposer du motif de l'arrêt consiste à avoir 70 % des informations nécessaires ; en termes opérationnel, cela impliquerait donc l'envoi du volet 1 à l'ELSM ;
 - transmission de l'arrêt maladie dans les plus brefs délais ; cela nécessite l'application du décret d'octobre 2014 précité ;

⁷⁰ Après quelques convocations totalement injustifiées, l'ELSM de Paris a pris le parti de prendre systématiquement contact avec l'agent (après recherches auprès de l'employeur pour avoir ses coordonnées). C'est le seul service médical, sur les 6 expérimentateurs, à avoir retenu cette option.

- l'optimisation du logiciel ADTF : plus de fonctionnalités permettant d'avoir plus d'informations et d'échanges (avoir connaissance de l'employeur, pouvoir disposer d'un champ libre pour pouvoir mettre un commentaire.....).

[197] Et pour gagner en qualité et en efficacité :

- avoir la possibilité de connaître la consommation de soins ; ce qui implique des liens avec les mutuelles des fonctionnaires ;
- avoir la possibilité d'avoir un suivi du fonctionnaire, éventuellement de le convoquer à nouveau ;
- avoir connaissance des suites données par l'employeur public ; une évolution d'ADTF sur ce point pourrait être envisagée.

3.3.5.2 Des compétences qui pourraient être utiles à la fonction publique

- La lutte contre la désinsertion professionnelle

[198] Que ce soit dans la fonction publique ou le secteur privé, l'absentéisme augmente fortement avec le niveau d'exposition aux contraintes physiques et psychosociales. Il ne semble pas contesté que certaines conditions de travail génèrent des problèmes de santé pouvant entraîner des difficultés dans le maintien dans l'emploi.

[199] La désinsertion professionnelle est un sujet dont la fonction publique pourrait s'emparer utilement, à l'instar de ce qui est pratiqué dans le secteur privé. Par ailleurs, le contexte de réforme actuel, objet de constantes observations des services de l'Etat à la mission lors de ses déplacements, a de forts impacts sur les services et sur les conditions de travail des agents. Il ne fait qu'accroître, du point de vue de la mission, la nécessité pour la fonction publique de s'emparer de ces sujets.

[200] La démarche de prévention de la désinsertion professionnelle, tendant à prévenir ce type de difficultés, peut-être de deux ordres :

- La prévention dite « tertiaire » : individuelle et à court terme, elle vise à limiter les dommages, éviter la survenue de complications, de récurrences, et les incapacités professionnelles. Elle consiste à détecter une éventuelle apparition d'un risque de désinsertion au vu de l'examen de santé et à mettre en œuvre les moyens d'aménagement de poste ou de reclassement professionnel pour l'adapter à la santé de l'intéressé ;
- La prévention dite « primaire ou secondaire » : elle présente une dimension plus collective, avec la mise en œuvre d'une politique d'adaptation collective et préventive des facteurs de santé au travail tout au long de la vie professionnelle, du début de carrière jusqu'à la retraite. Cette prévention a vocation à éviter que n'apparaissent les risques de désinsertion professionnelle.

[201] Des entretiens de la mission avec les ELSM expérimentateurs, les contrôles réalisés par les médecins-conseils revêtent un triple objectif :

- la justification médicale de l'arrêt ;
- la prévention de la désinsertion professionnelle, avec la possibilité d'établir un lien avec la médecine du travail, les assistantes sociales⁷¹ ;
- la délivrance d'informations et de conseil aux salariés sur leurs droits.

⁷¹ L'ELSM du Rhône a construit des partenariats avec la CARSAT (assistantes sociales) et les associations de médecine du travail.

- [202] Si ce troisième temps semble difficile à mettre en œuvre pour les agents de la fonction publique, il apparaît tout à fait pertinent d'envisager la transposition de la prévention de la désinsertion professionnelle, seule la justification médicale de l'arrêt ayant fait l'objet de l'expérimentation.
- [203] La mission estime qu'il apparaît primordial d'intégrer la prévention de l'absentéisme dans une démarche plus globale de prévention des risques professionnels, dont la prévention de la désinsertion professionnelle, en lien avec les médecins de prévention, pourrait être un élément essentiel.
- Des bonnes pratiques à généraliser
- [204] Même si leur utilisation est récente en France⁷² et non totalement stabilisée, le recours aux référentiels de durée des arrêts maladie tend à se développer (cf. *annexe 5*). Non prescriptives à l'égard des médecins, ces fiches repères ont vocation à devenir des outils particulièrement intéressants, d'autant qu'ils recouvrent plusieurs enjeux :
- une base de données sur laquelle peut s'appuyer tout médecin-conseil de l'Assurance-maladie pour rendre ses avis. Les dépenses en indemnités journalières (IJ) sont *in fine* rationalisées ;
 - une aide à la prescription pour les praticiens. Les référentiels s'inscrivent ainsi dans un objectif de « bonnes pratiques » ;
 - un outil facilitant le dialogue singulier entre le médecin et son patient.
- [205] Actuellement, 62 pathologies sont couvertes par les référentiels de durée. En outre, les logiciels d'arrêts de travail dématérialisés proposent systématiquement les durées de références, certes indicatives, se rapportant à la pathologie saisie dans le logiciel. Actuellement, environ 25 % des arrêts de travail sont réalisés par voie dématérialisée au niveau national.
- [206] La plupart des CPAM rencontrées réalisent des actions de sensibilisation des médecins tant pour la vulgarisation des fiches repères⁷³ que pour la dématérialisation. On pressent les enjeux qui sous-tendent la généralisation de ces principes, commun aux secteurs privé et public. La mission estime qu'il s'agit effectivement d'une dynamique à accentuer.

3.4 La faible efficacité de l'expérimentation ne permet pas de démontrer sa valeur ajoutée, aucun de ses objectifs n'ayant été atteint

- [207] Au total, l'absence d'efficacité du contrôle administratif et médical dans le cadre de l'expérimentation ne permet pas de démontrer sa valeur ajoutée et n'apparaît pas satisfaisante : elle n'a pas conduit à harmoniser les règles et modalités de contrôle des assurés et des fonctionnaires, ni à prévenir ou dissuader l'usage abusif de congés de maladie ordinaire, ni à combattre la fraude.
- [208] Ainsi, les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation (longue durée, faible gouvernance) et ses résultats négligeables n'ont pas permis de pallier ce qui apparaît aujourd'hui comme des faiblesses structurelles : objectifs mal définis, confusion entre les notions d'abus et de fraude...

⁷² Les référentiels sont introduits par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dont l'article 53 initie la possibilité pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de consulter la Haute autorité de santé (HAS) sur tout projet de référentiel de durées indicatives d'arrêts de travail.

⁷³ La CPAM des Alpes-Maritimes a mis ces fiches-repères à la disposition des médecins par messagerie électronique « Flash Info ».

- [209] **Dès lors, la mission considère que l'expérimentation est aujourd'hui marginalisée et que sa poursuite en l'état ne saurait constituer une option de bonne administration. La prolongation, dans les conditions actuelles, n'apportera aucun enseignement complémentaire aux pouvoirs publics.**
- [210] En termes d'objectifs assignés à l'expérimentation, seul celui de l'équité entre assurés du régime général et fonctionnaires apparaît comme partiellement atteint dans la mesure où le processus de contrôle par l'assurance-maladie portait en lui même cette égalité de traitement. Néanmoins, le mauvais ciblage des critères et l'absence de modification du circuit de transmission des arrêts de maladie ne permettent pas de considérer cet objectif comme complètement satisfait.
- [211] S'agissant de l'objectif de fraude, entendu au sens impropre de lutte contre les arrêts de travail abusifs, rien dans les résultats analysés ne révèle de progression en ce domaine. Tout au plus, l'existence d'un contrôle peut elle être présumée dissuasive.
- [212] Concernant la connaissance des habitudes de soins des fonctionnaires, qui constituait également un objectif de l'expérimentation, l'existence de données enregistrées dans le logiciel ADF, malgré les nombreuses imperfections du processus et de l'outil, doit permettre de progresser, sous réserve qu'une exploitation des données soit réalisée, diffusée et surtout utilisée, que ce soit administrativement ou médicalement. Or, sur le premier plan, force est de constater l'absence d'analyses réalisées localement et nationalement sur le sujet des arrêts de maladie ordinaire. Quant à l'exploitation sur un plan épidémiologique, il conviendrait de rapprocher ces données de celles des soins et des pathologies, puis de les comparer aux données des assurés du régime général pour déterminer d'éventuelles divergences ou convergences. De fait, ce travail n'a pas été réalisé. Aussi ne peut-on considérer que l'objectif de mieux connaître les habitudes de soins des fonctionnaires est atteint après 5 ans d'expérimentation.
- [213] Enfin, s'agissant des économies générées, l'indigence des suites données aux contrôles des ELSM ne permet pas de dire qu'une économie massive aurait été générée du fait de l'expérimentation.
- [214] **Au final, hormis celui d'équité partiellement acquis, aucun des objectifs de l'expérimentation n'est atteint.**

4 UN CONTROLE RENFORCE DES ARRETS MALADIE DES FONCTIONNAIRES IMPLIQUE DES MODIFICATIONS RADICALES

4.1 Après deux prolongations et cinq ans d'application, le procédé expérimenté n'est ni prorogable en l'état ni généralisable

[215] L'expérimentation a conduit à la mobilisation d'ETP dans les services gestionnaires, à la CNAMTS et dans les CPAM et leurs ELSM. Le peu de résultats obtenus au final, après plusieurs années d'exercice, ne plaide pas en faveur d'une reconduite à conditions constantes. La majorité des responsables et des gestionnaires rencontrés par la mission ont insisté sur l'absence de bien-fondé d'opérations consistant à faire saisir des informations sans avoir de dialogue avec les autres acteurs, dans un process sans retour en matière d'informations finales, pour des résultats peu significatifs et peu exploitables. Ils estiment qu'il y a là une perte de temps et de motivation qui n'incite pas à reconduire en l'état l'expérimentation.

[216] Sur le fond, l'expérimentation s'est avérée limitée, s'arrêtant aux aspects du contrôle des arrêts. Elle n'a pas pris en compte les aspects de prévention et de santé. Les aspects relatifs à la santé sont présents dans les contrôles du régime général, que ce soit à travers le ciblage des contrôles, le lien possible entre médecins conseils et médecins prescripteurs, l'accès aux soins suivis par le patient. S'agissant des personnels des services publics, faire un lien avec l'action en matière de prévention aurait enrichi le contenu et les résultats de l'expérimentation.

[217] Englober les trois versants de la fonction publique dans le périmètre de l'expérimentation pouvait paraître logique à l'origine pour la réalisation de comparaisons. Cette option semble difficilement généralisable sans examen plus approfondi. En effet, les collectivités locales s'administrent librement et relèvent d'une situation distincte en termes de gestion avec des contraintes juridiques particulières (adhésion aux centres départementaux de gestion, notamment pour la gestion de leurs agents en dessous d'un certain seuil démographique).

[218] **De l'avis de la mission, le procédé expérimenté n'est actuellement pas généralisable en l'absence de résultats probants, ni prorogable à conditions d'exercice inchangées.**

4.2 Il est indispensable que l'Etat définisse une stratégie vis-à-vis de l'absentéisme médical

[219] Avant d'envisager toute évolution du dispositif, la mission estime indispensable que l'Etat se positionne clairement sur ses attentes en termes de gestion de l'absentéisme et **recommande de définir une stratégie dynamique de lutte contre l'absentéisme médical qui emprunte d'autres voies que le seul alignement, souvent inadéquat, sur le secteur privé.**

[220] Trois dimensions stratégiques, telles que l'« exemplarité » de la fonction publique, la continuité du service et la prévention de l'absentéisme et de la désinsertion professionnelle pourraient guider utilement les réflexions.

[221] L'équité entre secteur privé et public, qui peut constituer pour l'opinion publique un point d'attention, doit être traité sous l'angle de l'intensité des contrôles plutôt que sous l'angle d'un alignement des processus, qui s'est avéré inopérant dans le cadre de l'expérimentation.

[222] Outre ces problématiques, le décideur public doit se positionner expressément sur les objectifs à atteindre en s'interrogeant sur les orientations suivantes :

- l'équité, entre le secteur privé et le secteur public ainsi qu'entre les fonctionnaires des différentes administrations ;
- la lutte contre les arrêts abusifs ;

- la réduction des coûts liés à l'absentéisme ;
- la prévention des arrêts de longue durée, de courte durée et de très courte durée ;
- la connaissance fine des arrêts de travail des fonctionnaires, en ce qu'elle peut renseigner sur la qualité de vie au travail et permettre de distinguer les difficultés personnelles des éventuelles situations de management anxigène.

[223] De la définition des priorités découleront les critères du dispositif à retenir, en particulier la nature, la durée des arrêts à cibler et les modalités de gestion les plus pertinentes.

[224] Par exemple, la mission a clairement constaté que le contrôle médical n'est pas adapté à la lutte contre les arrêts de très courte durée (moins de 7 jours), pourtant particulièrement déstabilisants pour bon nombre de services. Quant au contrôle des arrêts de plus de 45 jours, s'il répond aux contraintes de maîtrise des dépenses de l'Assurance-maladie, il ne paraît pas l'outil le plus adapté à la fonction publique.

[225] L'Etat doit donc hiérarchiser ses priorités et établir *ab initio* le schéma-cible qu'il souhaite atteindre. Il doit également établir clairement la portée et les suites qu'il entend donner aux contrôles. S'il décide de sanctionner les abus, il doit prendre les mesures adéquates, se doter des indicateurs de pilotage dédiés et mobiliser l'ensemble des services administratifs concernés.

[226] **Les objectifs doivent donc être clarifiés, hiérarchisés, assumés et leur mise en œuvre doit être accompagnée, suivie et évaluée.**

[227] Quelle que soit l'approche retenue, la mission estime indispensable que soit intégrée à la prévention de l'absentéisme la notion de prévention de la désinsertion professionnelle. Dès lors, il s'avère indispensable que les services RH de proximité soient responsabilisés quant à la gestion de l'absentéisme.

4.3 La lutte contre l'absentéisme médical doit avant tout reposer sur un renforcement de la gestion de proximité

[228] Compte tenu de ses constats, la mission propose que le contrôle des arrêts maladie repose avant tout sur le renforcement du contrôle de droit commun et l'amélioration des outils existants, notamment RH.

[229] Les conventions relatives à l'expérimentation passées avec la CNAMTS deviennent dans cette hypothèse sans objet.

[230] Trois points doivent plus particulièrement être examinés :

- le processus de contrôle et les suites ;
- le reporting et la gouvernance du dispositif ;
- l'inclusion d'un volet « prévention ».

4.3.1 Le renforcement du processus de contrôle de droit commun

[231] A ce stade de ses réflexions, la mission propose que soient expertisées les possibilités de renforcement et d'enrichissement du droit commun, en laissant aux administrations gestionnaires la possibilité de recourir, au choix, à un médecin agréé ou à un médecin conseil des caisses.

[232] Concernant les médecins agréés, la mission recommande de déterminer très rapidement comment le système pourrait être rendu plus efficace, notamment en termes de délais : vérification de la complétude des listes départementales, revalorisation de la prestation....

- [233] S'agissant de la possibilité de faire appel à un médecin conseil des caisses primaires d'assurance maladie, le dispositif devra prévoir une nouvelle convention entre l'Etat et la CNAMTS. Il conviendra notamment de définir les données utiles aux contrôles, les modalités de transmission des informations tout en laissant une certaine flexibilité aux gestionnaires locaux. Il devra être notamment envisagé la transmission du volet 1 de l'arrêt de travail au praticien-conseil. De la même manière, l'accès aux données des mutuelles de fonctionnaires devra être recherché.
- [234] En termes de transmission, il convient de respecter strictement les dispositions du décret du 3 octobre 2014 relatif au contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires, notamment le délai d'envoi sous 48 h de l'arrêt à l'employeur.
- [235] En termes de ciblage, les employeurs seraient libres de déterminer leur politique de contrôle. L'analyse menée par la mission l'amène à proposer, en dehors des réflexions spécifiques sur les arrêts de courte durée (cf. § 4.3.3), de cibler prioritairement les arrêts de 15 à 45 jours ainsi que les arrêts réitérés, quelle qu'en soit la durée.
- [236] Cette solution aurait pour avantage de responsabiliser les DRH et gestionnaires de proximité qui pourraient ainsi s'adapter aux situations particulières ou récurrentes locales.
- [237] En termes de suites données, il conviendra que l'ensemble de la chaîne hiérarchique soit en mesure de réaffirmer que les contrôles considérés comme injustifiés seront suivis de sanctions systématiques. Cela suppose une démarche volontariste pour donner l'impulsion à un processus aujourd'hui largement délaissé.
- [238] Toutefois, cette politique de contrôle renforcé de l'absentéisme médical pour lutter contre des abus suppose que le processus fasse l'objet d'un pilotage, d'un « reporting » et d'une gouvernance renouvelés.

4.3.2 Le pilotage, le « reporting » et la gouvernance du dispositif

- [239] En premier lieu, il importe que les contrôles effectués soient obligatoirement enregistrés et retracés par les gestionnaires des ressources humaines de proximité. Ces données devraient être intégrées annuellement à chaque bilan social et progressivement consolidées au niveau national.
- [240] Plus généralement, le contenu de l'ensemble des bilans sociaux devra faire l'objet d'informations complémentaires permettant de mieux caractériser les absences pour congés de maladie ordinaire.
- [241] Par exemple, indiquer le nombre et la durée des CMO en les répartissant par tranche : 1-7 jours, 8-14 jours, 15-45 jours et plus de 45 jours apparaît aujourd'hui comme une information minimum, qui n'est pas disponible à ce stade, les textes actuels⁷⁴ ne les prévoyant pas. L'intérêt d'un système d'information partagé pourrait être expertisé dans le cadre des choix opérés.
- [242] Cependant, au-delà de l'adoption des textes, la mission estime indispensable de mettre en place une véritable politique régionale interministérielle de la gestion des contrôles des congés de maladie ordinaire. Il pourrait être envisagé, par exemple, de déterminer un objectif quantifié (5 %, 10 %...) à 3 ans, de réduction des congés de maladie ordinaire qui s'appuierait sur le volet du contrôle mais aussi sur celui de la prévention, seul véritable moyen de faire diminuer le nombre d'arrêts très courts.

⁷⁴ Arrêté du 23 décembre 2013 fixant la liste des indicateurs contenus dans le bilan social prévu par l'article 37 du décret n° 2011-184 du 15 février 2011 relatif aux comités techniques dans les administrations et les établissements publics de l'Etat ; arrêté du 24 juillet 2013 fixant la liste des indicateurs contenus dans le rapport sur l'état de la collectivité prévu par l'article 33 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ; Arrêté du 5 décembre 2012 fixant les modalités d'adoption et le contenu du bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

- [243] Ainsi, un comité de pilotage stratégique regroupant les administrations concernées pourrait se constituer autour des DRH sous l'égide de la DGAFP.
- [244] Afin d'assurer la mise en œuvre opérationnelle, la DGAFP pourrait constituer une équipe projet dédiée (deux personnes). Cette direction de projet assurerait, pour la FPE, la liaison avec les plateformes dédiées aux ressources humaines placées sous l'autorité des préfets de région (PFRDH) et avec les ARS pour la FPH. Cela permettrait de déterminer un objectif régional de réduction des CMO décliné finement chaque année pour chaque administration, en fonction de leurs caractéristiques propres.
- [245] Toutefois, ce pilotage régional plutôt orienté sur le suivi et le contrôle ne saurait constituer l'unique volet d'une politique de prévention des arrêts maladie. Il doit être, du point de vue de la mission, impérativement complété d'un renforcement des dispositifs de prévention.

4.3.3 Une réflexion spécifique à engager en ce qui concerne les arrêts de très courte durée : l'inclusion d'un volet prévention

- [246] Comme rappelé précédemment, 68,33 % de l'ensemble des CMO enregistrés durant l'expérimentation sont de moins de 7 jours, données corroborées par trois services déconcentrés indiquant que 65,5 % des arrêts sont de un à sept jours. Ces chiffres démontrent par eux-mêmes la nécessité d'engager une réflexion spécifique sur cette typologie d'arrêts.
- [247] Avant d'entamer toute analyse, deux constats peuvent être réalisés :
- le contrôle médical n'est pas adapté à la gestion de l'absentéisme de courte durée en raison des délais de réception de l'arrêt de travail et des conditions de sa prise en charge ;
 - les arrêts réitérés de courte durée constituent un indicateur important de la qualité de vie au travail.
- [248] Partant de là, il apparaît essentiel à la mission d'intégrer la prévention de l'absentéisme dans une démarche plus globale de prévention des risques professionnels. Des discussions sur cette thématique pourraient utilement être intégrées aux négociations du ministère de la fonction publique avec les partenaires sociaux.
- [249] Différentes pistes de réflexions pourraient être explorées, notamment :
- en cas d'arrêts réitérés (dont il conviendrait de fixer le seuil) : imposer une visite systématique avec le médecin de prévention, le psychologue du travail ou tout autre professionnel selon le dispositif retenu localement ;
 - pour répondre aux besoins identifiés des agents, et en relation avec le service RH de proximité, examiner la mise en place de cellules d'accompagnement au vu des bonnes pratiques de certains services, à l'instar de celles observées par la mission.

CONCLUSION

- [250] L'expérimentation évaluée par la mission n'a pas démontré de valeur ajoutée et n'a pas atteint les objectifs qui lui avaient été assignés.
- [251] Aux termes des premières investigations, il est impératif que l'Etat définisse sa politique en matière de lutte contre l'absentéisme lié aux arrêts maladie ordinaire. Cette politique active de gestion et de contrôle, déclinée par les responsables et les services RH, devra comporter des objectifs quantifiés et des indicateurs de reporting.
- [252] Si l'expérimentation était à nouveau reconduite, elle devra impérativement être reconfigurée et intégrer des objectifs précis et quantifiés avec des échéanciers de travail.
- [253] Pour ce faire, elle devra disposer d'une « équipe projet » dédiée à compter du 1^{er} janvier 2016, en charge du pilotage à tous les niveaux, particulièrement au niveau local.
- [254] Le volet « contrôles » pourrait monter en charge tout au long du second semestre 2016 en s'appuyant sur des textes rénovés donnant de nouvelles possibilités d'action à l'administration. A cet égard, la mission propose un projet de décret relatif au contrôle des arrêts maladie dans la fonction publique, qui figure en annexe 6 du présent rapport.
- [255] Parallèlement, dans le cadre des négociations avec les partenaires sociaux, l'accent devra être mis sur les causes de l'absentéisme dans le cadre plus général de la prévention des risques professionnels afin de contribuer plus concrètement à l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Marie-Louise SIMONI

Véronique MARTIN SAINT LÉON

Henri HAVARD

Renaud FOURNALÈS

Inspection générale de l'administration

Inspection générale des affaires
sociales

Inspection générale des finances

Avec la participation de Julie
JOYEUX - stagiaire

Inspection générale des affaires
sociales

LETTRE DE MISSION



LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE
LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

LE MINISTRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

LA MINISTRE DE LA DÉCENTRALISATION
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Paris, le 05 AOUT 2015

À

Madame la cheffe de l'inspection générale des finances

Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales

Monsieur le chef du service de l'inspection générale de l'administration,

L'article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 a confié, à titre expérimental, à six caisses primaires d'assurance maladie (Alpes-Maritimes, Bas-Rhin, Ille-et-Vilaine, Puy-de-Dôme, Rhône et Paris) le contrôle des arrêts de travail d'origine non professionnelle des fonctionnaires des trois versants de la fonction publique affectés sur le territoire de ces caisses. Cette expérimentation a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2015 par la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014. La transmission au Parlement d'un rapport d'évaluation de l'expérimentation est prévue au plus tard six mois avant son terme.

L'objectif de ce dispositif est, en matière de contrôle des arrêts maladie, d'harmoniser les règles et modalités applicables aux fonctionnaires sur celles applicables aux salariés.

Si l'on pouvait attendre de l'expérimentation qu'elle prépare la généralisation des contrôles des arrêts de travail des fonctionnaires, cette expérimentation a rencontré des difficultés dans sa mise en œuvre opérationnelle, invitant à la prudence quant à la fiabilité des premiers résultats recueillis.

Au terme de cinq années de mise en œuvre effective de cette expérimentation, un premier bilan peut être dressé dans la fonction publique de l'État. Ainsi, au 31 décembre 2014, 242 255 arrêts de travail ont été saisis dans le logiciel ADTF de l'assurance maladie dédié au contrôle des fonctionnaires concernant 59 953 agents. 13 935 arrêts ont été contrôlés, parmi lesquels 6.2 % ont été jugés médicalement injustifiés par les caisses primaires d'assurance maladie. Dans leur grande majorité, les arrêts considérés comme étant médicalement injustifiés ont donné lieu soit à une reprise spontanée du travail, soit à une reprise après mise en demeure envoyée par l'administration. Ces constats sont toutefois à considérer avec prudence compte tenu du très fort taux d'arrêts échus à la date de leur saisie dans le logiciel et donc avant toute procédure de contrôle.

.../...

Dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, le faible nombre de collectivités locales (9) et d'établissements de santé (16) participants ne permet par ailleurs pas de disposer d'éléments statistiques représentatifs pouvant être extrapolés à l'ensemble de ces deux versants de la fonction publique.

La Cour des comptes a ainsi, dans son rapport de juillet 2012 sur les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie, formulé des observations sur cette expérimentation. La Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a repris ces observations dans son rapport d'information n° 986 en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les arrêts de travail et les indemnités journalières du 14 avril 2013.

Ces deux instances, ainsi que les différents acteurs de l'expérimentation, ont fait les constats suivants :

- *le circuit de transmission des arrêts de travail des fonctionnaires doit être simplifié.*
L'expérimentation a mis en lumière la lourdeur administrative générée par l'utilisation du logiciel ADTF dédié au contrôle médical des fonctionnaires. En effet, compte tenu de l'obligation de double saisie par les employeurs publics dans leur propre système d'information puis dans le logiciel ADTF, un grand nombre d'arrêts de travail se trouvent être échus lors de leur transmission aux échelons locaux du service médical des caisses primaires d'assurance maladie.
- *le champ d'application du contrôle des arrêts de travail est trop restreint.*
Le champ du contrôle qui est limité aux seuls congés de maladie ordinaire de courte durée itératifs et aux congés de maladie supérieurs à 45 jours ainsi que le recours aux comités médicaux en cas de contestation des avis des caisses rendent la procédure moins lisible pour celles-ci.
- *le ciblage des arrêts de travail à contrôler doit être plus précis.*
Contrairement à leur méthode de travail habituelle pour les arrêts de travail du secteur privé, les caisses ne disposent, pour les fonctionnaires, ni de leurs habitudes de consommation de soins, ni des suites données aux contrôles.

Sur la base de ces premiers constats et en vue d'améliorer le processus de contrôle des arrêts de travail afin de rendre possible la généralisation du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires par les services médicaux de l'assurance maladie, des travaux ont été engagés entre la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et les directions en charge de la sécurité sociale (DSS) et de chacun des trois versants de la fonction publique (DGAFP, DGCL et DGOS) en vue de définir un schéma de gestion pour renforcer la liaison entre les caisses primaires et les employeurs publics, reposant sur la mise en place d'une plateforme web partagée. Il est apparu qu'il était également nécessaire que l'assurance maladie recueille les données afférentes aux habitudes de consommation de soins des fonctionnaires auprès des mutuelles gestionnaires du régime obligatoire.

Ces premiers travaux n'ont pas permis de définir les conditions financières, juridiques et en termes de systèmes d'information de réussite d'une éventuelle généralisation du contrôle des arrêts de travail et donc d'étayer et de confirmer la faisabilité du projet dans des échéances relativement proches.

Nous souhaitons donc vous confier une mission conjointe sur le sujet.

.. / ...

Dans un premier temps, à la lumière des résultats de l'expérimentation en cours, vous apprécierez l'opportunité de généraliser un dispositif de contrôle délégué des arrêts de maladie des fonctionnaires aux caisses primaires d'assurance maladie au regard de son coût global et du bénéfice attendu, notamment en termes de jours d'arrêts de travail évités.

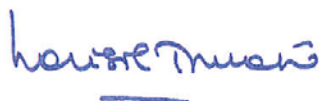
Ce premier volet constituera le rapport qui doit être remis au Parlement, de manière à en réaliser un bilan détaillé. En outre, il devra permettre de livrer des observations sur la faisabilité de cette démarche.

Dans un second temps, si cette démarche vous semble opportune, vous en définirez les conditions techniques sous l'angle de l'opérationnalité des systèmes d'information à mettre en place, tant au sein de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), qu'entre celle-ci, les employeurs et les mutuelles de fonctionnaires, sous l'angle des coûts de développement et d'exploitation et également sous l'angle de la sécurité juridique. Vous évaluerez également les conditions d'administration ainsi que les moyens nécessaires au fonctionnement d'un tel système d'information, tant pour les employeurs que pour la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Vous déterminerez enfin selon quel calendrier, et le cas échéant selon quelles étapes de montée en charge, pourrait être mise en œuvre une telle généralisation.

Enfin, si votre analyse devait conduire à écarter le projet tel qu'envisagé, vous présenterez tout scénario alternatif vous paraissant de nature à répondre aux objectifs poursuivis.

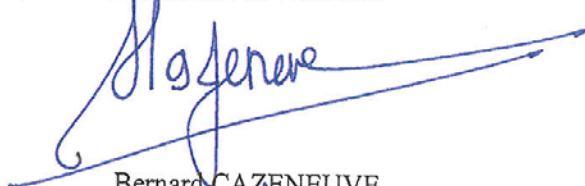
Nous souhaitons que vos conclusions puissent nous être remises d'ici le 15 novembre 2015. Un point d'étape précisant notamment le scénario retenu devra nous être transmis au 15 octobre 2015. Vous disposerez de l'appui de la DSS, de la DGAFP, de la DGCL et de la DGOS et pourrez, autant que de besoin, vous appuyer sur l'expertise technique du centre interministériel de services informatiques en matière de ressources humaines.

La ministre des affaires sociales, de la
santé et des droits des femmes



Marisol TOURAINE

Le ministre de l'intérieur



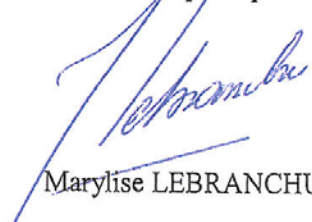
Bernard CAZENEUVE

Le ministre des finances
et des comptes publics



Michel SAPIN

La ministre de la décentralisation et de la
fonction publique



Marylise LEBRANCHU

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ET/OU AUDITIONNEES

Cabinets ministériels

- Ministère de la décentralisation et de la fonction publique :
 - ✓ Myriam BERNARD, directrice adjointe du cabinet en charge de la fonction publique et du dialogue social
 - ✓ Ghislain DERIANO, conseiller fonction publique
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
 - ✓ Juliette ROGER, conseillère financière et budgétaire au cabinet de la ministre
- Ministère des finances :
 - ✓ Sophie MARTINON, conseillère comptes sociaux
- Ministère de l'intérieur
 - ✓ Violaine DEMARET, conseillère technique chargée de la réforme de l'Etat

Administrations centrales

- Direction de la Sécurité sociale :
 - ✓ François GODINEAU, chef de service, adjoint du directeur
 - ✓ Géraldine DUVERNEUIL, chef du bureau couverture maladie universelle et prestations de santé
- Direction générale de l'offre de soins
 - ✓ Jean DEBEAUPUIS, directeur général
 - ✓ Dimitre PETROVITCH, chef du bureau Organisation des relations sociales et des politiques sociales (RH3)
- Direction générale de l'administration et de la fonction publique
 - ✓ Thierry LE GOFF, directeur général
 - ✓ Sébastien CLAUSENER, chef de bureau des politiques sociales de la santé et de la sécurité au travail (PS2)
 - ✓ Alexandre CASTER DE BIAUGUE, bureau des politiques sociales, de la santé et de la sécurité au travail
- Direction générale des collectivités locales
 - ✓ Stéphane BRUNOT, sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale
 - ✓ Madame REINER, adjointe au sous-directeur
 - ✓ Madame PERRIN, chef du bureau de l'emploi territorial et de la protection sociale

- ✓ Madame BOLNET, adjointe au chef de bureau de l'emploi territorial et de la protection sociale
- Direction des ressources humaines :
 - Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
 - ✓ Mme Françoise MESANGE, directrice fonctionnelle
 - ✓ Mme Stéphanie LECAME, adjointe
 - Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
 - ✓ Eric LEDOS, chef de service, adjoint au directeur des ressources humaines
 - ✓ Mr. BRUN, sous-directeur carrières, parcours et rémunérations
 - ✓ Mr. SOMMIER, adjoint bureau de gestion
 - Secrétariat général de Bercy
 - ✓ Hélène GALLUC, chef du bureau médecine statutaire et retraites à la DRH2
Secrétariat général des Ministères économiques et financiers
 - ✓ Régis WAJSBROT, adjoint au chef du bureau médecine statutaire et retraites

Assurance Maladie

- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés**
 - ✓ Christiane DRAICCHIO, sous-directeur
 - ✓ Bernadette MARCHAL, médecin conseil
 - ✓ Béatrice RIO, médecin conseil
- **Echelons locaux du service médical (ELSM)**
 - Paris
 - ✓ Thierry WARTEL, médecin conseil chef de service
 - ✓ Mr. COLOMBAT, en charge de la gestion de l'expérimentation
 - Ille-et-Vilaine
 - ✓ Odile BLANCHARD, directrice régionale du Service médical de Bretagne
 - ✓ Jean-François VIGOUROUX, médecin conseil chef de service de l'ELSM
 - ✓ Maurice GRIMAUD, expert
 - ✓ Catherine BEAUPLLET, manager opérationnel
 - Bas-Rhin (conférence téléphonique)
 - ✓ Gérald MULLER, médecin conseil chef de service
 - Alpes-Maritimes (conférence téléphonique)
 - ✓ Hervé COUDERT, médecin conseil chef de service
 - ✓ Jean-Michel CHAIX, chef de service
 - ✓ Mme LEONARDO, cadre
 - Puy-de-Dôme
 - ✓ Jean-François LAUBIGNAT, médecin conseil chef de service
 - Rhône
 - ✓ Philippe CATON, médecin conseil chef de service
 - ✓ Sylvie THORN, médecin conseil chef adjointe

- **Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône**
 - ✓ Valérie CHAUVEAU, sous-directrice CPAM, Direction Juridique et Prestations en Nature

Services expérimentateurs

- **Centres hospitalo-universitaires**
 - Strasbourg (conférence téléphonique)
 - ✓ Mr. LUSSET, directeur du personnel non médical et directeur de la politique sociale par intérim
 - ✓ Priscilla PAZIEWSKI, adjointe
 - Rennes (conférence téléphonique)
 - ✓ Mr. ALLEMAND, service des ressources humaines
 - Clermont-Ferrand
 - ✓ Martine BUISSON, directrice adjointe des ressources humaines
 - ✓ Elise PAEN-LEMAIRE, ingénieur hospitalier, responsable du pôle « conditions de travail et gestion du temps » à la DRH
 - Nice (conférence téléphonique)
 - ✓ Stéphanie TROMBETTA, directrice des ressources humaines
- **Centres hospitaliers**
 - Rennes : Guillaume Reynier
 - ✓ David POTIER, directeur des ressources humaines et médicales
 - ✓ Mme GABET, adjointe administrative secteur paie, en charge du volet expérimentation.
 - ✓ Mr. MOREL, contrôleur de gestion à la Direction des ressources humaines et médicales
 - Antibes (conférence téléphonique)
 - ✓ Michèle CADIOU, DRH
 - Brumath (conférence téléphonique)
 - ✓ Matthieu LEDERMANN, DRH
 - Thiers (conférence téléphonique)
 - ✓ Elisabeth ROBIN, DRH
 - Riom (conférence téléphonique)
 - ✓ Fatima BOUZAOUZA, DRH
 - Saverne (conférence téléphonique)
 - ✓ Laurent GUTH, DRH
 - Sélestat (conférence téléphonique)
 - ✓ Michel SPIESS
- **Services de l'Etat**
 - Puy-de-Dôme
 - Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) Auvergne :
 - ✓ Marc FERRAND, Direccte Auvergne
 - ✓ François PINEL, responsable RH Auvergne
 - ✓ Pascale WENGER, assistante RH

- Direction régionale des finances publiques (DRFIP) d’Auvergne et du département du Puy-de-Dôme
 - ✓ Patrice CATELLA, administrateur des finances publiques adjoint, responsable de la division des ressources humaines et de la formation professionnelle
 - ✓ Xavier DENY, administrateur des finances publiques, directeur du pôle pilotage et ressources
- Ecole nationale des finances publiques (ENFIP), établissement de Clermont-Ferrand
 - ✓ Philippe JOUFFRET, administrateur des finances publiques, directeur
- Direction régionale des douanes et droits indirects (DRDDI) d’Auvergne
 - ✓ François FAYOLLET, administrateur des douanes et droits indirects, directeur régional des douanes et droits indirects

Ille-et-Vilaine

- Direction interrégionale des Douanes de Nantes
 - ✓ Marc RICARD, chef du pôle Budget et Ressources humaines
- Défense – GSBdB – cellule administrative individuelle :
 - ✓ Mr. DANIEL, directeur du CMG Rennes
 - ✓ Mme METIVILLER, chef de division administrative
- Secrétariat général aux affaires régionales (SGAR)
 - ✓ Mme MOREAU
- Préfecture :
 - ✓ Chantal PEDRON BOUTTES, directrice des ressources et moyens
 - ✓ Mme FRIBAUD, pôle régional et départemental des ressources humaines
- Secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur (SGAMI)
 - ✓ Bertrand QUERO
 - ✓ Mr. LEMASSON

Rhône

- Préfecture
 - ✓ Mme WOLFF, directrice des ressources humaines
- Secrétariat général aux affaires régionales (SGAR)
 - ✓ Mme COURT, chef de la plateforme RH
- Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL)
 - ✓ Mme PIERRE, cheffe de service RH
- Direction départementale du travail (DDT)
 - ✓ Mme MERCIER, chef d’unité du secrétariat général des ressources humaines (SGRH)
- Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l’emploi (DIRECCTE)
 - ✓ Mme TEULIERES, DRH
- Unité Territoriale DIRECCTE
 - ✓ Mme SAHOUNE, SG UT Direccte
- Direction départementale de la protection des populations (DDPP) :
 - ✓ Mme CHAMPALLE

- Direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse Centre-Est (DIR PJJ) :
 - ✓ Mr BOUCHU, responsable RH administratif et financier
 - ✓ Mme De MILLY, responsable de l'appui au pilotage territorial
- Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse Rhône-Ain
 - ✓ Mme PONCET
- Direction régionale des finances publiques (DRFIP) :
 - ✓ Mme Christine GONZALES, inspecteur divisionnaire des finances publiques, Adjointe du responsable de division « Ressources Humaines », pôle « pilotage et ressources »
- Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) :
 - ✓ Mr. MOREUX, responsable des ressources humaines
- Secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur (SGAMI) Sud-est
 - ✓ Mme LASSALLE, directrice des ressources humaines

ANNEXE 1 : CONGE MALADIE ORDINAIRE (CMO) DE DROIT COMMUN POUR LES CONTRACTUELS DES TROIS VERSANTS DE LA FONCTION PUBLIQUE

- [256] L'objet de la présente annexe est de présenter de façon synthétique le régime auquel sont soumis les contractuels en cas de congé maladie ordinaire. Un tableau comparatif réalisé par la mission récapitule les différences de situations entre les non titulaires et titulaires, sur les trois versants de la fonction publique.
- [257] A titre liminaire, il convient de rappeler que les contractuels sont des agents non statutaires de l'administration dont la situation est régie par un contrat déterminant leurs droits et obligations. Ils sont l'une des catégories d'agents non titulaires de la fonction publique, avec les vacataires et les stagiaires.
- [258] Si le même décret⁷⁵ s'applique aux contractuels comme aux vacataires en ce qui concerne la protection sociale, les seconds doivent justifier 4 mois d'ancienneté pour prétendre à des indemnités de CMO⁷⁶.
- [259] Les contractuels se distinguent également des **stagiaires**⁷⁷, dont les droits au CMO sont similaires à ceux des titulaires.

1 UN PRINCIPE COMMUN

- [260] A l'instar de l'agent des trois fonctions publiques, le contractuel peut bénéficier d'un CMO dès lors qu'il fournit un certificat médical.

2 DES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE TRES DIFFERENTES

- [261] **Contractuels et titulaires de la fonction publique ne dépendent pas du même régime de Sécurité sociale.**
- Les contractuels relèvent du régime général d'Assurance maladie.
- [262] En cas d'arrêt de maladie ordinaire, les contractuels, comme les salariés de droit privé, doivent transmettre les volets 1 et 2 de leur arrêt maladie à leur caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Le volet 3 doit être transmis à leur administration.
- [263] Les titulaires transmettent quant à eux les seuls volets n° 2 et 3 à leur employeur.
- [264] L'Assurance-Maladie a donc connaissance des informations médicales à l'origine de l'arrêt des contractuels, contrairement à ce qui peut se passer pour les titulaires de la fonction publique.
- [265] Cette gestion de l'arrêt maladie par l'Assurance-Maladie des contractuels présente surtout des conséquences sur la gestion de la rémunération du CMO.

⁷⁵ Décret n°86 du 17.01.1986 modifié.

⁷⁶ Article 12 du décret n° 86-83 du 17/1/86 modifié.

⁷⁷ Décret n°94-874 du 7 octobre 1994 fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'Etat et de ses établissements publics.

➤ Une gestion de la rémunération spécifique

[266] Tandis que l'administration verse au titulaire en CMO l'intégralité de son traitement (primes incluses), le contractuel est soumis au système des indemnités journalières (IJ).

[267] Toutefois, le contractuel justifiant d'une certaine ancienneté dans son administration peut bénéficier d'un système mixte combinant IJ et une part de traitement, voire l'intégralité de son traitement.

[268] En outre, aucun texte ne prévoit les conditions de versement des primes ; par analogie avec les fonctionnaires, celles-ci sont généralement maintenues par l'employeur public considéré.

➤ Un contrôle potentiellement plus important.

[269] Si les modalités du contrôle de l'arrêt sont semblables, le contractuel peut être soumis au contrôle de l'administration et de la CPAM.

[270] En cas d'arrêt injustifié et d'absence de reprise, les indemnités journalières (IJ) versées par l'Assurance maladie sont suspendues. Le traitement payé par l'administration peut l'être tout autant.

ANNEXE 2 : LES ETABLISSEMENTS PUBLICS HOSPITALIERS AU REGARD DE L'EXPERIMENTATION CONFIAIT A 6 CPAM LE CONTROLE DES ARRETS MALADIE DES FONCTIONNAIRES

[271] L'objet de la présente annexe est de présenter de façon synthétique une analyse, essentiellement qualitative, de la mise en œuvre de l'expérimentation au sein de la fonction publique hospitalière. Le choix de la mission a été motivé par le périmètre retenu par le dispositif permettant de solliciter l'ensemble des établissements publics hospitaliers. Le recueil des avis s'est fait au travers d'un questionnaire élaboré autour des thèmes suivants :

- l'absentéisme au sein de l'établissement,
- la politique de contrôle des arrêts maladie ordinaire de droit commun
- la mise en œuvre de l'expérimentation et son impact (positif ou non)

[272] Tous les établissements publics hospitaliers identifiés comme volontaires lors de la mise en place de l'expérimentation ont été contactés, soit seize établissements dont les 12 participants à l'expérimentation.

[273] Dix centres hospitaliers ont répondu à l'enquête organisée par la mission dont :

- Les 4 centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU⁷⁸) représentant 28 530 agents non médicaux.
- 6 centres hospitaliers (CH⁷⁹) représentant près de 8 770 agents non médicaux

[274] Les taux d'absentéisme au sein de ces établissements sur la période 2011 – 2014 oscillent entre 2,57 à 6,94 (avec une moyenne de 4,42). Leur évolution est variable : 5 établissements voient leur taux d'absentéisme baisser (de 1 à 6 %) quand 4 autres le voient augmenter (de 1 à 34 %). Ces absences, sur la même période, représentent une volumétrie d'arrêts très disparate selon les établissements sans que l'on puisse en tirer de conclusion ou tendance claire. De 3 777,50 pour un CHRU de 6 013 agents à 56 621,75 pour un CH de 2 492 agents pour atteindre 115 032,33 pour un autre CHRU de 9 252 agents.

1 UNE PARTICIPATION A L'EXPERIMENTATION EN DEMI TEINTE

1.1 Une participation qui n'a cessé de décroître

[275] La participation des établissements hospitaliers à l'expérimentation n'a démarrée qu'en janvier 2012 mais leur mobilisation n'a cessé de régresser au fil du temps. Sur les seize établissements identifiés au départ, douze établissements publics hospitaliers participent finalement à l'expérimentation en 2012 et 2013, mais seuls 5 poursuivent encore l'expérimentation au 31 juillet 2015, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

⁷⁸ Clermont-Ferrand, Nice, Rennes et Strasbourg

⁷⁹ Antibes, Bischwiller, Brumath, Cannes, Sélestat et Guillaume Régnier

Tableau 6 : Evolution de la participation des établissements hospitaliers à l'expérimentation

	2011	2012	2013	2014	2015
CH Fougères					
CH Saint-Malo					
CH Grasse					
CH Saverne					
CH Thiers		Abandon ⁸⁰			
CH Sélestat		Abandon ⁸¹			
CHU Strasbourg		06 à 12			
CH Riom					
CH Cannes		12			01
CHU Clermont-Ferrand		03	07		
CH Antibes		04			07
CH Brumath		01			
CHU Rennes		04			
CH Guillaume Reynier		07			
CH Nice		04			
CH Bischwiller		09			

Source : Mission

⁸⁰ Décide finalement de ne pas démarrer l'expérimentation à la suite de la réunion de juin 2012 à la préfecture du Puy-de-Dôme

⁸¹ Arrêt rapide car jugé trop lourd et incohérent.

2 UNE EXPERIMENTATION NE DEMONTRANT PAS SA VALEUR AJOUTEE SUR LE DROIT COMMUN

2.1 Une politique de contrôle de droit commun disparate des centres hospitaliers

- [276] Sur les 10 établissements ayant répondu à l'enquête, 8 pratiquent des contrôles de droit commun des arrêts maladie ordinaire. Les critères de déclenchement de ces contrôles sont essentiellement la récurrence, la durée des arrêts et les demandes de l'encadrement de proximité.
- [277] Néanmoins, leur nombre reste très modeste même si deux CHRU semblent plus enclin à utiliser cette procédure. Ainsi, sur la période 2011 – 2014, ces deux établissements réalisent une moyenne de plus de 100 contrôles pendant que les autres établissements sont à une moyenne de 2 ou 2,5 ; 3 ; 5 ; 10 au plus 25 contrôles.
- [278] Suite à ces contrôles, plus de 76 % d'arrêts sont justifiés avec 3 établissements à 100 %.
- [279] Seuls 3 établissements déclarent des arrêts injustifiés. Les mises en demeure réalisées à cette occasion engendrent un retour « spontané » de l'agent presque systématiquement.
- [280] Pour certains établissements hospitaliers, le contrôle de droit commun est considéré comme plutôt efficace même si relativement coûteux. Il permet aux services RH d'être assez réactifs avec une reprise de l'agent après la contre visite médicale.

2.2 La mise en œuvre du dispositif n'a pas convaincu les établissements expérimentateurs

- [281] La mise en œuvre de l'expérimentation place les établissements face à des difficultés d'autant moins acceptées que la pertinence des contrôles leur paraît limitée.

2.2.1 Une mise en œuvre laborieuse

2.2.1.1 Un surcroît de travail dénué de sens

► Des difficultés d'ordre organisationnel

- [282] Les établissements de santé se sont d'abord heurtés à des difficultés d'ordre organisationnel. La double-saisie dans le logiciel ADTF a nécessité des adaptations dans le travail quotidien : 30% des établissements ont dû réquisitionner un agent afin d'effectuer cette tâche. Faute de moyens, un centre hospitalier ne saisit quant à lui que deux fois par semaine. Ces modalités de saisie très variables expliquent pour une bonne part le taux important d'arrêts échus au moment où l'échelon local du service médical (ELSM) de la CPAM s'en empare (entre 50% et 75%).
- [283] Un établissement souligne également l'absence d'accord préalable sur les objectifs de l'expérimentation et le rôle respectif des acteurs, ces derniers ne s'étant jamais rencontrés. De fait, un CH dénonce la confrontation entre deux autorités : les arrêts injustifiés ont tous fait l'objet d'un recours auprès du comité médical départemental qui les a finalement déclarés justifiés.
- ###### ► Une coordination entre les acteurs espérée
- [284] Les établissements de santé souhaitent voir évoluer les relations entre les acteurs. Ils aspirent à une coordination renforcée entre les différents partenaires, notamment avec les CPAM. En outre, il est nécessaire de définir un interlocuteur privilégié pour résoudre les problèmes techniques.

2.2.1.2 Un système d'information inadapté

- Une prise en main malaisée

[285] Le traitement et l'exploitation des données dans le logiciel ADTF ont généré des difficultés.

[286] Plus de la moitié des établissements interrogés (55%) dénoncent le caractère fastidieux de la saisie dans le logiciel ; l'un d'eux souligne également son manque d'ergonomie.

[287] Les problèmes techniques sont en outre récurrents : incompatibilité entre le logiciel ADTF et le SI de l'établissement (36%) et impossibilité de rentrer un nouvel utilisateur (9%).

[288] Surtout, les services gestionnaires se sont trouvés livrés à eux-mêmes, sans formation préalable (18%) ni référent en cas de difficulté (36%).

- Des évolutions espérées si le dispositif venait à perdurer

[289] 45% des établissements souhaitent une automatisation du SI afin de s'affranchir de la double-saisie des arrêts. Deux centres hospitaliers demandent une plus grande ergonomie du logiciel. Enfin, il est souhaité que le logiciel puisse émettre des notifications et alertes, afin que les courriers de mise en demeure soient effectifs et envoyés dans les délais.

2.2.2 Des avis partagés concernant la pertinence du contrôle des arrêts

[290] Les avis diffèrent sur la pertinence du contrôle au regard de la durée des arrêts.

- Concernant les arrêts itératifs : 36% des établissements estiment le contrôle pertinent, tandis que 45% ont un avis contraire. La durée retenue du 4e arrêt (15 jours) leur semble trop importante.
- Concernant les arrêts longs : Un seul établissement juge approprié le contrôle des arrêts longs, tandis que sept (64%) l'estime non pertinent. Ces établissements soulignent que les arrêts de plus de 45 jours sont généralement justifiés et basculent le plus souvent dans le régime des Congés longue maladie (CLM) ou Congés de longue durée (CLD).

2.2.3 Dans ces conditions, certains établissements ont décidé de sortir de l'expérimentation de façon anticipée

[291] La lourdeur administrative est responsable de la défection de 45% des établissements hospitaliers, d'autant que les retours sur expérience apparaissent peu concluants (27%). Deux établissements ont ainsi cessé de saisir dans ADTF suite à de nombreux dysfonctionnements et à défaut de référent. Enfin, un établissement dénonce l'« incohérence » de l'expérimentation.

[292] Des entretiens complémentaires réalisés par la mission, l'arrêt de l'expérimentation par ces établissements n'a généré aucune réaction et s'est déroulée dans la plus grande indifférence.

3 UNE EXPERIMENTATION DONT, SAUF EXCEPTION, LA POURSUITE N'EST PAS SOUHAITEE

[293] Si l'éventuelle poursuite des contrôles par les ELSM des CPAM présente des avantages identifiés, le dispositif actuel n'apparaît pas comme le support adéquat.

3.1 Les avantages identifiés à une éventuelle poursuite

- [294] Un premier établissement souligne que la généralisation des contrôles est l'occasion de renforcer l'application de l'obligation de transmission des arrêts maladie dans un délai de 48 heures (décret d'octobre 2014). Un autre établissement mentionne l'importance de l'égalité de traitement entre les secteurs privé et public, ainsi que les avantages d'un contrôle systématique des arrêts maladie. Enfin, un centre hospitalier évoque l'absence de coût des contrôles réalisés *via* l'expérimentation.
- [295] Deux établissements souhaitent des contrôles à la demande, afin de pouvoir orienter ceux-ci vers les agents pour lesquels des doutes sérieux existent. Il n'existe pas de consensus sur les arrêts à contrôler : si un établissement souhaite élargir le champ d'application du contrôle médical en revanche deux autres jugent préférable de restreindre le contrôle à des arrêts courts répétitifs.

3.2 Les freins

- [296] Le principal frein identifié est le caractère disproportionné de la charge de travail supplémentaire au regard des résultats peu concluants (36%). En effet, les établissements soulignent le faible nombre d'arrêts maladie injustifiés médicalement, ainsi que la difficulté de mesurer la valeur ajoutée du dispositif du fait de sa lourdeur administrative (coûts en termes de temps agent, courrier et expertises du comité médical). Un établissement d'ajouter dans le questionnaire que la journée de carence était un dispositif plus approprié, ce point étant évoqué régulièrement lors des entretiens réalisés par la mission.

ANNEXE 3 : FICHES DEPARTEMENTALES

- [297] La présente annexe donne des éléments synthétiques sur les 6 départements expérimentaux (par ordre alphabétique), sur l'activité générale de la Caisse primaire d'assurance maladie du département ainsi que sur les principales données transmises par l'échelon local des services médicaux dont les médecins-conseils ont mis en œuvre les contrôles des congés de maladie ordinaire des agents sur les trois versants de la fonction publique prévus par l'expérimentation en cours d'évaluation.
- [298] Elle présente en outre les données disponibles sur les trois versants de la fonction publique présents dans le département concerné.
- [299] Par ailleurs, elle intègre les données relatives aux contrôles des heures de sortie effectués par la CPAM du Rhône, seule caisse à avoir réalisé ces contrôles administratifs dans le cadre de l'expérimentation.

ALPES-MARITIMES

1 DONNEES DE CONTEXTE

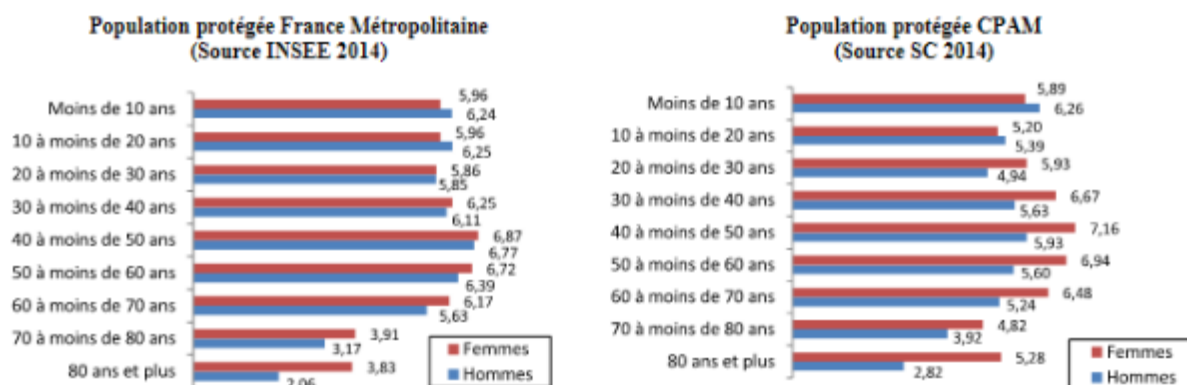
1.1 Population générale

- [300] Le département des Alpes Maritimes s'étend sur 4.299 km² et ses 163 communes accueillent 1.083.268 habitants, dont 568.112 femmes et 515.156 hommes.

DONNEES DEMOGRAPHIQUES	CIRCONSCRIPTION DE LA CAISSE	FRANCE METROPOLITAINE
Taux de natalité (2013)	11,2 ‰	12,2 ‰
Taux de mortalité (2013)	10,3 ‰	8,7 ‰
Taux de chômage (2014)	10,7 %	10,0 %
60 ans et plus/population totale (2014)	28,93 %	24,19 %
Population protégée :		
- Régime général	1.063.471	58.086.484
- dont taux d'assurés aux droits ouverts au 30/09/2014	98,06 %	97,77 %
- dont taux d'assurés aux droits à justifier au 30/09/2014	1,94 %	2,23 %
- Régime agricole	23.191	3.263.213
- TNS non agricoles	93.026	4.292.583

Source : Rapport d'activité de la CPAM des Alpes-Maritimes-Année 2014

- [301] Les Alpes-Maritimes présentent une densité de population de 252 habitants par km², contre 117 habitants par km² pour la France Métropolitaine.
- [302] Les quadragénaires sont les plus nombreux (536.284) et 2.965 seniors sont âgés de plus de 95 ans.



1.2 L'offre de soins

[303] L'offre de soins du département est retracée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Offre de soins des Alpes-Maritimes

OFFRE DE SOINS	ANNEE 2014	EVOLUTION 2014/2010 (%)
Total médecins généralistes (libéraux), dont :	1.315	- 3,66
- Secteur 1	1.023	
- Secteur 2	275	+ 0,49
- Non conventionnés	17	- 6,31
Total médecins spécialistes (libéraux), dont :	1.648	+ 1,54
- Secteur 1	690	- 1,71
- Secteur 2	947	+ 3,61
- Non conventionnés	11	+ 57,14
Chirurgiens-dentistes (libéraux)	1.102	- 0,27
Cabinets dentaires mutualistes	14	- 6,67
Sages-Femmes (libérales)	71	+ 31,48
Auxiliaires médicaux (libéraux)	4.588	+ 11,68
Laboratoires privés d'analyses médicales	113	- 0,88
Pharmacies d'officine	466	+ 0,22
Pharmacie mutualiste	1	0,00
Nombre d'hôpitaux publics (EPS en dotation) et militaires	13	0,00
Nombre d'hôpitaux ESPIC (en dotation)	10	0,00
Etablissements conventionnés Assurance Maladie		
- Nombre d'établissements privés à but non lucratif (EPBNL)	1	0,00
- Nombre d'établissements médico-sociaux (EPBNL)	254	0,00
Nombre d'établissements privés à but lucratif (EP)	33	- 10,88
Nombre de structures de soins extra-hospitalières	74	+ 42,31
Nombre de centres de soins (médicaux, infirmiers, PMI, ...)	22	- 56,86
Transports sanitaires		
- Nombre d'entreprises	159	- 5,92
Urgences (Centre 15, SMUR, SAU, UPATOU, POSU)		
- Nombre de centres	10	66,67
Transports non sanitaires		
- Nombre d'entreprises de taxis conventionnés	576	4,16
Dotations hospitalières		
Nombre d'établissements dont la CPAM est caisse pivot	54	170,00

Source : Rapport d'activité de la CPAM des Alpes-Maritimes-Année 2014

2 DONNEES GENERALES SUR L'ACTIVITE DE LA CPAM DANS LE CADRE DU REGIME GENERAL

2.1 Activité globale de la CPAM au titre de la maladie ordinaire

2.1.1 Présentation générale

[304] L'organisation de la production de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes s'effectue autour de 3 centres de paiements niçois et des 6 centres de gestion implantés dans les communes d'Antibes, Cagnes-sur-Mer, Cannes, Grasse, Le Cannet et Menton.

[305] Au 31 décembre 2014, 1 038 salariés travaillent au sein de la CPAM, dont 15,12 % à temps partiel. Il est constaté une ancienneté moyenne dans l'organisme de plus de 22 ans.

[306] Le volume global des Indemnités journalières au titre de la maladie a augmenté de 2,9 % en 2014 et représente plus de 3 millions de jours payés.

Tableau 8 : Gestion maladie, maternité, invalidité et décès (prestations en espèces)

	Au 31 Décembre 2014	Evolution 2014/2013
Dénombrement d'IJ (en jours payés)		
- Maladie	3.217.532	+ 2,9 %
- Maternité	851.930	+ 2,1 %
Nombre de pensions d'invalidité	10.437	- 0,3 %
Nombre de capitaux décès versés	469	- 8,8 %

Source : Rapport d'activité CPAM Alpes-Maritimes. Année 2014

2.1.2 Activité spécifique de la CPAM au titre des indemnités journalières

[307] Les services de la CPAM ont en 2014 mis en place différentes actions relatives aux indemnités journalières.

- Actions de sensibilisation auprès des assurés :
 - ✓ **Envoi d'un Flash Info** aux assurés en arrêt de travail pour leur rappeler les 5 obligations légales à respecter pour bénéficier des indemnités journalières⁸² ;
 - ✓ **Campagne de courriers de sensibilisation des assurés au bon usage de l'arrêt de travail et à la reprise professionnelle** à destination des assurés du Régime Général dont l'arrêt de travail en cours se situe entre 60 et 75 jours prescrits.

⁸² Le salarié doit :

- ✓ Transmettre obligatoirement, dans un délai de 48 h suivant la date de son arrêt de travail (les volets 1 et 2 de l'avis d'arrêt de travail délivré par son médecin au service médical de sa caisse d'Assurance Maladie et le volet 3 à son employeur).
- ✓ Y compris en cas de sorties autorisées, le salarié(e) devra rester présent(e) à son domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux. Le médecin peut, par dérogation, autoriser les sorties libres.
- ✓ se soumettre aux contrôles organisés par le service médical de sa caisse d'Assurance Maladie ;
- ✓ s'abstenir de toute activité non autorisée ;
- ✓ ne pas quitter son domicile et séjourner en dehors de son département de résidence sans l'accord préalable de sa caisse d'Assurance Maladie.

- ✓ **Courriers de sensibilisation** dans le cadre du contrôle des arrêts itératifs aux assurés ayant eu au moins 3 arrêts au cours des 12 derniers mois glissants.
- Actions de sensibilisation auprès des médecins
 - ✓ **Diffusion de fiches repères de durée indicative d'arrêts de travail** pour aider le médecin traitant dans sa pratique quotidienne. Mise à disposition des fiches repères pour 62 pathologies.
 - ✓ **Courriers de sensibilisation sur le thème des indemnités journalières en rapport avec un "K" opératoire** en tenant compte des durées indicatives des fiches repères, de la volumétrie et des marges de progression possibles pour réduire la durée moyenne d'arrêt de travail pour les professionnels de santé non ciblés dans le cadre des entretiens de sensibilisation.

2.2 Service de contrôle médical

[308] Le pôle contrôle des prestations et relations avec les assurés (CPRAA) se compose de :

- ✓ 62 agents
- ✓ 18 médecins

2.2.1 Bilan d'activité du pôle CPRAA de l'échelon local du service médical (ELSM)

[309] Bilan d'activité 2011 à 2014, 131 487 avis ont été émis dont :

- ✓ 25 424 donnés après examen sur personne.
- ✓ 74 115 avis donnés en matière d'affection longue durée (ALD) dont 7,99 % avis défavorables.

[310] Pour ce qui concerne les arrêts de courte durée en maladie et en accident du travail :

- ✓ 19 235 avis formulés, dont 6 342 après examen sur personne. 2 373 avis défavorables ont été émis soit 12,33 %.

[311] Pour les autres arrêts de travail en maladie, accident du travail et maladie professionnelle, hors courte durée :

- ✓ 15 141 avis donnés dont 17,65 % d'avis défavorables.

[312] Pour les arrêts supérieurs à 45 jours, 99,17 % des avis ont été émis avant le 120^e jour dont 44,39 % d'examens sur personne.

2.2.2 Les actions mises en œuvre par le Service Médical en 2014

[313] A partir du constat d'une grande hétérogénéité des durées moyennes d'arrêt de travail pour des situations identiques, des actions de contrôle des arrêts de travail mises en place en 2012 :

- **Arrêts de moins de 45 jours** avec des contrôles du service médical sur des pathologies ciblées.
- **Arrêts de 45 jours à 6 mois** avec des contrôles sur :
 - ✓ les arrêts faisant suite à une intervention chirurgicale "couverte" par un référentiel de durée indicative : convocation des assurés dont la durée d'IJ

dépasse une valeur seuil définie par la fiche repère (ex : canal carpien et hernie inguinale - 28 jours, hernie discale - 45 jours...) ;

- ✓ les pathologies les plus fréquentes. L'intensité des contrôles est modulée en fonction du profil des médecins prescripteurs, et les seuils de durée d'arrêt de la tarification AT/MP sont intégrés.
- **Arrêts de longue durée** avec une supervision sur ces arrêts dont l'optique est une stabilisation en invalidité ou de reprise progressive du travail selon la situation. Contrôles sur les assurés en arrêt de travail à temps partiel thérapeutique ou arrivant à 18 mois d'arrêt.

3 DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION DANS LE DEPARTEMENT

[314] L'expérimentation a débuté dans les Alpes-Maritimes en juillet 2010. Pour la mise en place opérationnelle des contrôles des arrêts maladie des fonctionnaires par les services médicaux de l'assurance maladie, différentes conventions tripartites ont été signées entre les services de la CPAM et les employeurs publics des trois versants de la fonction publique.

[315] Un tableau récapitulatif de ces conventions est joint en annexe.

3.1 Services et administrations impliqués dans l'expérimentation

[316] Les trois versants de la fonction publique présents dans le département ont été concernés par l'expérimentation.

[317] L'ensemble des agents du pôle CPRAA ont été mobilisés sur le contrôle médical des fonctionnaires, soit 80 agents dont tous les médecins conseils. La gestion (Traitement et exploitation d'ADTF) est effectuée par les assistantes techniques avec une habilitation spécifique.

[318] Une réunion collective d'information avec les différentes administrations concernées dans les locaux de la CPAM 06 à Nice a été réalisée le 21 février 2012.

3.1.1 Services, administrations et effectifs de fonctionnaires potentiellement concernés

DEPARTEMENT DES ALPES-MARITIMES									
Appréciation du taux de mobilisation des administrations locales au regard du potentiel départemental									
POTENTIEL DE PARTICIPATION DES ADMINISTRATIONS LOCALES					ENGAGEMENT MAXIMAL ATTEINT PENDANT L'EXPERIMENTATION		ENGAGEMENT ACTUEL (07/2015)		
Type FP	Institutions administratives de référence	Principales structures publiques déconcentrées / décentralisées locales	Estimation a minima du nombre d'institutions et services	Nombre d'agents publics employés	Nombre d'institutions et services	Estimation du nombre d'agents publics employés	Nombre d'institutions et services	Estimation du nombre d'agents publics employés	
FPE	Education nationale et enseignement supérieur	Rectorat, inspection académique, 1 université, 31 lycées, 72 collèges, 570 écoles	676	21900	13	1140	1	90	
	Intérieur	préfecture, DDSP, DZPAE, SGAMI, service médicale PN, EM région gendarmerie, DZCRS, DRRF police	8	4300	5	2687	1	538	
	Finances et comptes publics	DRFIP, DDFIP, DIRECCTE, DIR Douanes, UT Direccte, INSEE, direction contrôle fiscal	7	2500	3	1072	4	1429	
	Justice	maisons d'arrêts, SPIP, DT PJJ	5	1000	3	600	3	600	
	Autres	DDCS, DDPP, DDTM, Lycée agricole	7	2600	7	2600	5	1858	
Potentiel total FPE			703	32300	31	8099	14	4515	
FPH	Santé	5 CHR/CHU, 12 CH	17	14400	3	3801	1	1147	
Potentiel total FPH									
FPT	région	conseil régional	0	6400					
	département	1 conseil départemental, 1 SDIS	2		1	2960	1	2960	
	commune	163 dont 10 communes de plus de 20.000 habitants	10	33600	1	568	0	0	
	EPCI	4 communautés d'agglomération, 2 communautés de commune, 1 métropole	5		0	0	0	0	
	autre EP local	CCAS			0	0	0	0	
Potentiel total FPT			17	40000	2	3528	1	2960	
TOTAL			737	86700	36	15428	16	8622	
			Total par ministère ou catégories de collectivités de référence	Nombre d'agents publics employés	Total des services engagés sur une période au moins de l'expérimentation	Nombre d'agents publics employés (estimation)	Total des services encore acteurs de l'expérimentation mi-2015	Nombre d'agents publics employés (estimation)	

Source : Mission

3.1.2 Services et administrations effectivement concernées

3.2 Résultats du contrôle administratif et médical des fonctionnaires du ressort de la CPAM

3.2.1 Nombre d'arrêts maladie contrôlés

[319] Nombre total d'arrêts maladie contrôlés : 2 049.

- ✓ FPE : 827
- ✓ FPH : 884
- ✓ FPT : 338

3.2.2 Résultats consolidés 2011- 2014 par FP :

- Nombre d'arrêts justifiés (77 % en moyenne sur les 3 versants FP) : 1 597.
 - ✓ FPE : 655 (79 %)
 - ✓ FPH : 688 (77 %)
 - ✓ FPT : 254 (75 %)
- Nombre d'arrêts injustifiés (11 % en moyenne sur les 3 versants FP) : 234.
 - ✓ FPE : 79 (9.55 %)
 - ✓ FPH : 110 (12,44 %)
 - ✓ FPT : 45 (13.31 %)
- Nombre d'arrêts impossible à contrôler (ATI) sur les 3 versants de la FP : 218.

4 AVIS DE L'ELSM SUR L'EXPERIMENTATION

[320] L'ELSM met en exergue :

- les différences importantes entre la réglementation des arrêts de travail du régime général et de la FP notamment sur la prescription, le délai d'envoi de l'arrêt de travail, du droit aux IJ dans le temps ;
- une montée en charge relativement lente en 2010 et 2011 suivie d'une augmentation significative après 2012 avec l'extension à la fonction hospitalière.

4.1 Freins identifiés dans la mise en œuvre opérationnelle

- Absence de connaissance du motif médical accompagnant l'avis d'arrêt de travail : cette méconnaissance par le service médical de contrôle ne lui permet ni de cibler les contrôles, ni d'éviter d'émettre des convocations trop précoces, notamment lors des signalements au 4^{ème} arrêt, voire au 45^{ème} jour ;
- Délai de signalement des arrêts de travail tardif engendrant de nombreux signalements tardifs ;
- Gestion différente des arrêts de travail du régime général: droits / délais ;
- Absence de suivi sur la prolongation de la part du service médical, contrairement ce qui est fait pour les assurés du régime général ;
- Double gestion des arrêts avec le Comité médical ;
- Problème informatique ponctuel à la connexion sur ADTF « erreur 404 ».

4.2 Améliorations identifiées

- Connaissance du nom du prescripteur de l'arrêt ;
- Signalement dans les 48 h à partir du début de l'arrêt ;
- Amélioration de la lisibilité par le service médical sur la suite donnée aux ADM ou ATI ;
- Possibilité de donner un avis formel malgré la transmission d'un avis technique impossible (ATI) suite à carence à convocation : lors d'une absence à convocation, sans excuse, il est notifié un avis technique impossible sur lequel le service médical ne peut revenir ;
- Obtention rapide de la décision de l'expert du Comité médical suite contestation d'un avis défavorable.

BAS-RHIN

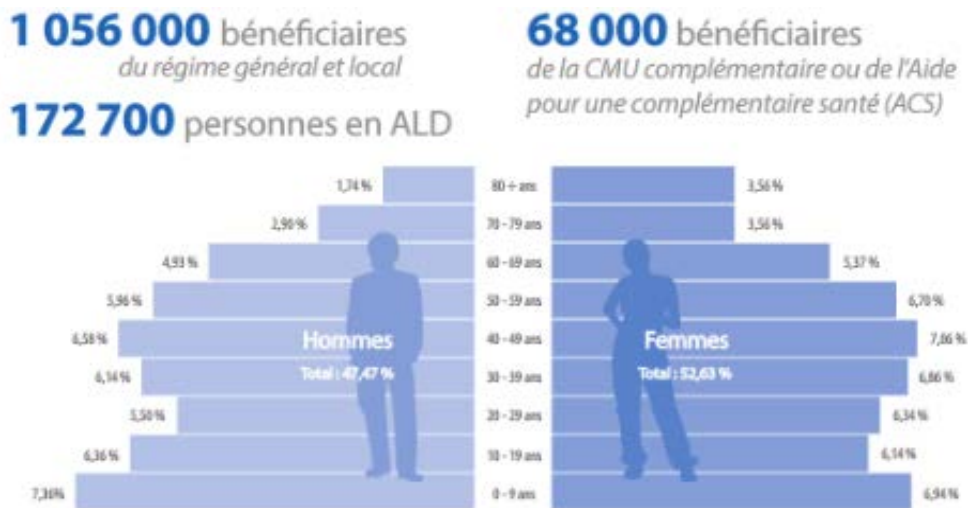
1 DONNEES DE CONTEXTE

1.1 Population générale

[321] Le département du Bas-Rhin s'étend sur 4.755 km² et compte 527 communes.

[322] Le Bas-Rhin compte 1 099 269 habitants et une densité de population de 232 habitants par km².

Schéma 1 : La population protégée dans le Bas-Rhin

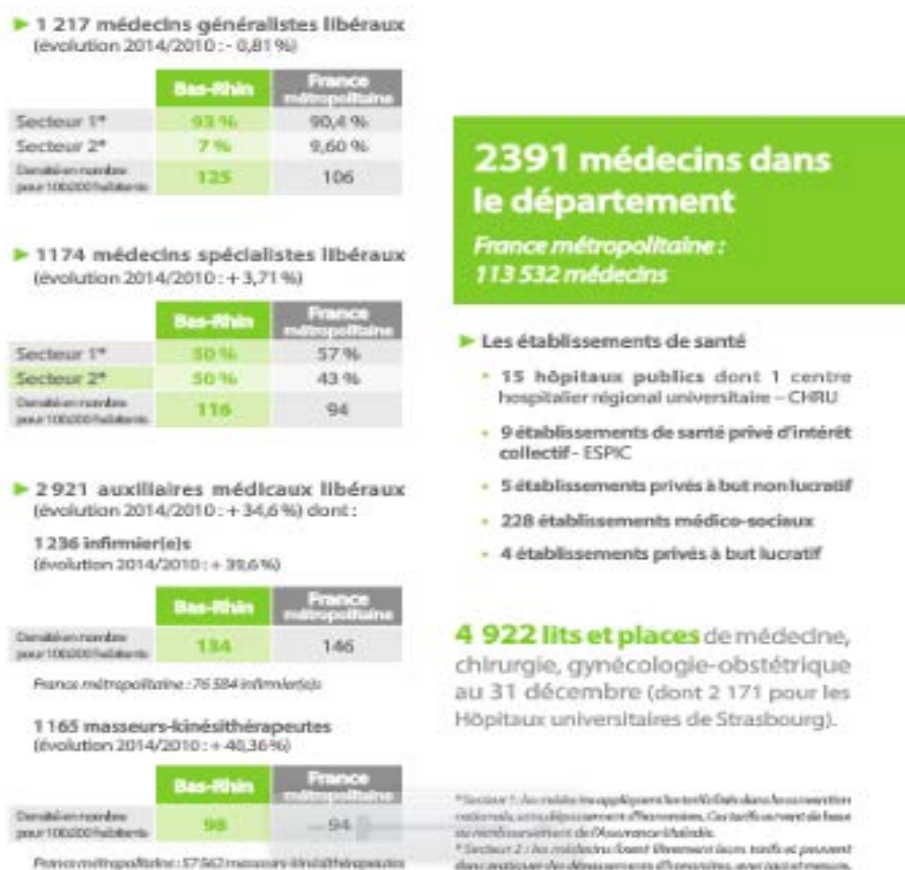


Source : Rapport d'activité de la CPAM du Bas-Rhin-Année 2014

1.2 L'offre de soins

[323] L'offre de soins du département est retracée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9 : Offre de soins du Bas-Rhin



Source : Rapport d'activité de la CPAM du Bas-Rhin-Année 2014

2 DONNEES GENERALES SUR L'ACTIVITE DE LA CPAM DANS LE CADRE DU REGIME GENERAL

2.1 Activité globale de la CPAM au titre de la maladie ordinaire

2.1.1 Présentation générale

[324] La Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin comptait, au 31 décembre 2014, 1 085 agents.

[325] En 2014, 486 075 avis d'arrêt de travail ont été réglés aux assurés et aux entreprises, ce qui représente 176 millions d'euros remboursés et 5 244 019 jours payés.

2.2 Service de contrôle médical et bilan d'activité de l'ELSM

[326] Le service de contrôle médical se compose de :

- ✓ 96 agents
- ✓ 29 médecins

[327] Bilan d'activité 2014, 50 342 avis ont été émis dont :

- ✓ 42 097 avis favorables (AF) ;
- ✓ 3 312 avis défavorables médicaux (ADM) ;
- ✓ 230 avis défavorables administratifs (ADA) ;
- ✓ 4 703 avis techniques impossibles (ATI) ;

3 DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION DANS LE DEPARTEMENT

3.1 Services et administrations impliqués dans l'expérimentation

[328] L'expérimentation a débuté dans le Bas-Rhin en 2011. Les trois versants de la fonction publique sont concernés par l'expérimentation et dans le cadre de la mise en place opérationnelle des contrôles des arrêts maladie des fonctionnaires par les services médicaux de l'assurance maladie, une convention tripartite a été signée le 20 janvier 2011 entre les services de la CPAM, l'ELSM et le département du Bas-Rhin.

[329] Ce sont en tout 22 personnes qui ont été mobilisées sur le contrôle médical des fonctionnaires.

3.1.1 Services, administrations potentiellement concernés

DEPARTEMENT DU BAS-RHIN									
Appréciation du taux de mobilisation des administrations locales au regard du potentiel départemental									
POTENTIEL DE PARTICIPATION DES ADMINISTRATIONS LOCALES					ENGAGEMENT MAXIMAL ATTEINT PENDANT L'EXPERIMENTATION		ENGAGEMENT ACTUEL (07/2015)		
Type FP	Institutions administratives de référence	Principales structures publiques déconcentrées et décentralisées locales	Estimation a minima du nombre d'institutions et services	Nombre d'agents publics employés	Nombre d'institutions et services	Estimation du nombre d'agents publics employés	Nombre d'institutions et services	Estimation du nombre d'agents publics employés	
FPE	Education nationale et enseignement supérieur	Rectorat, inspection académique, X universités, 40 lycées, 90 collèges, 547 écoles	679	26 000	77	5 352	7	920	
	Intérieur	préfecture, DDSP, SGAMI, service médicale PN, EM région gendarmerie, DRRF police	8	4 400	7	3 850	0	0	
	Finances et comptes publics	DRFIP, DDFIP, DIRECCTE, DIR Douanes, UT Direccte, INSEE, direction contrôle fiscal	7	2 800	6	2 400	3	1 200	
	Justice	maisons d'arrêts, SPIP, DT PJJ, DIR PJJ, DISP	9	1 300	6	867	2	289	
	Autres	DDCS, DDPP, DDTM, DREAL, DRJS, DRAAF, DRAC, Lycée agricole, Défense CMG, DIR Routes	14	9 500	9	6 108	2	1 358	
Potentiel total FPE			717	44 000	105	18 577	14	3 767	
FPH	Santé	ARS, 5 CHR/CHU, 12 CH	18	20 400	4	12 333	2	1 882	
Potentiel total FPH									
FPT	région	conseil régional	1	6 700	0	0	0	0	
	département	1 conseil départemental, 1 SDIS	2		0	0	0	0	
	commune	527 dont 5 communes de plus de 20.000 habitants	5	19 000	0	0	0	0	
	EPCI	1 Métropole, 33 communautés de communes	1		0	0	0	0	
	autre EP local	CCAS			0	0	0	0	
Potentiel total FPT			8	25 700	0	0	0	0	
Source : Mission			Total par ministère ou catégories de collectivités de référence	Nombre d'agents publics employés	Total des services engagés sur une période au moins de l'expérimentation	Nombre d'agents publics employés	Total des services encore acteurs de l'expérimentation mi-2015	Nombre d'agents publics employés	
TOTAL			743	90 100	109	30 910	16	5 649	

3.1.2 Services et administrations effectivement concernées

NOMBRE DE DECLARATIONS SUR ADTF PAR AN PAR INSTITUTION ETATIQUE DECONCENTREE DANS LE BAS-RHIN								
105 administrations engagées dans l'expérimentation	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Moyenne globale d'assiduité sur 2010-2015	Nombre d'années de participation
Préfecture du Bas-Rhin	3	12	12	9	0	0	62%	4
DRAAF	1	8	7	5	0	0	36%	4
DREAL	0	12	12	12	12	6	93%	5
DRAC	2	12	11	0	0	0	43%	3
DIRECCTE	2	12	12	11	12	5	93%	6
DRJSCS	2	11	11	10	4	1	67%	6
Trésorerie Générale	3	12	12	12	12	7	100%	6
Direction interrégionale des Services Pénitentiaires	0	1	12	10	11	6	69%	5
Centre de détention d'Oermingen	0	0	12	12	12	7	74%	4
Maison d'arrêt de Strasbourg	3	12	12	11	12	7	98%	6
Direction interrégionale de la Protection Judic. Jeunesse Nancy	0	0	3	0	0	0	5%	1
DDCS Strasbourg	2	10	10	12	8	6	83%	6
DDPP Strasbourg	0	10	12	11	12	7	90%	5
Région de Gendarmerie d'Alsace	1	9	5	2	0	0	29%	4
Centre Ministériel de Gestion du ministère de la défense - Metz	3	11	12	12	12	3	91%	6
SPIP (Service pénitentiaire d'insertion et de probation)	3	11	12	12	11	4	91%	6
Inspection Académique Division du premier degré	2	10	12	12	11	7	93%	6
Direction départementale des territoires	2	12	7	11	11	6	84%	6
DT PJJ BAS RHIN	3	12	10	11	12	6	93%	6
Direction régionale de l'Institut national de la statistique et des études économiques	2	12	12	6	0	0	55%	4
Direction interrégionale des douanes de Metz	2	12	12	5	1	0	55%	5
Direction des services fiscaux du Bas-Rhin	3	12	12	12	11	7	98%	6
Centre de services informatiques de Strasbourg Service des ressources humaines	3	11	12	12	12	7	98%	6
Direction départementale de la sécurité publique (DDSP)	3	12	12	12	12	6	98%	6
Délégations régionales au recrutement et à la formation (DRRF) - police nationale	1	0	1	1	2	0	9%	4
Directions zonales des compagnies républicaines de sécurité (DZCRS)	3	12	12	12	12	6	98%	6
Direction zonale de la police aux frontières (DZPAF)	3	12	11	11	10	6	91%	6
Centres régionaux de formation (CRF) - police nationale	0	1	4	0	0	0	3%	2
LPA d'Erstein	0	1	5	2	2	0	17%	4
Rectorat	3	11	12	12	12	7	98%	6
CLG PAUL WERNERT	0	0	3	0	0	0	5%	1
CLG BARR	0	7	7	3	0	0	29%	3
CLG LE RIED	0	6	8	0	0	0	24%	2
CLG LAMARTINE	0	6	8	7	2	0	40%	4
CLG SAUT-DU-LIEVRE II	0	3	7	2	0	0	21%	3
CLG ANDRE MAUROIS	0	4	1	0	0	0	9%	2
LG ANDRE MAUROIS	0	7	10	11	7	0	60%	4
LP PHILIPPE-CHARLES GOULDEN	0	7	10	10	10	4	71%	5
CLG DU BASTBERG	0	7	7	9	10	6	67%	5
LG BASTBERG	0	0	1	0	0	0	2%	1
CLG BRUMATH	0	4	9	1	0	0	24%	3
CLG DES CHATEAUX	0	1	4	0	0	0	9%	2
CLG TOMI UNGERER	0	3	2	0	0	0	9%	2
CLG DE L'EICHEL	0	6	6	9	10	7	66%	5
CLG DES RACINES ET DES AILES	0	2	3	3	0	0	14%	3
CLG DRUSENHEIM	0	4	8	3	0	0	26%	3
CLG NICOLAS COPERNIC	0	1	0	0	0	0	2%	1
CLG FOCH	0	7	11	10	6	0	59%	4
LG ROBERT SCHUMAN	0	6	8	9	9	6	66%	5
LP XAVIER NESSLER	0	6	9	2	0	0	29%	3
CLG HERRLISHEIM	0	0	2	8	0	0	17%	2
CLG GUSTAVE DORE	0	5	11	3	0	0	33%	3
LPO ALEXANDRE DUMAS (HOTELIER)	0	1	0	0	0	0	2%	1
CIO ILLKIRCH	0	1	0	0	0	0	2%	1
CLG DU PARC	0	2	0	0	0	0	3%	1
CLG DU PARC	0	2	0	0	0	0	3%	1
CLG INGWILLER	0	7	8	10	6	0	53%	4
CLG FRISON ROCHE	0	8	10	11	0	0	50%	3
CLG ANDRE MALRAUX	0	3	10	8	8	0	50%	4
CLG GEORGES HOLDERITH	0	4	0	0	0	0	7%	1
CLG JEAN JACQUES WALTZ	0	6	9	9	1	0	43%	4
CLG JACQUES TATI	0	6	8	8	10	4	62%	5
CLG HENRI MECK	0	6	7	4	0	0	29%	3
LG HENRI MECK	0	8	9	9	5	0	53%	4
CLG PAUL-EMILE VICTOR	0	7	3	0	0	0	17%	2
CLG LOUIS ARBOGAST	0	6	10	5	0	0	36%	3
LG FREPPEL	0	6	10	6	3	0	43%	4
CLG MARTIN SCHONGAUER	0	2	0	0	0	0	3%	1
CLG	0	4	2	0	0	0	10%	2
CLG HERRADE DE LANDSBERG	0	1	1	0	0	0	3%	2
CLG PIERRE CLAUDE	0	5	9	6	0	0	34%	3
LPO GEORGES IMBERT	0	8	11	5	0	0	41%	3
CLG POINCARÉ	0	5	10	9	10	5	67%	5
LG GENERAL LECLERC	0	3	0	0	0	0	5%	1
CIO SAVERNE	0	1	0	0	0	0	2%	1
CLG ROUGET DE LISLE	0	6	5	2	0	0	22%	3
CLG HAUTE-BRUCHE	0	1	0	0	0	0	2%	1
LP HAUTE-BRUCHE	0	1	0	0	0	0	2%	1
LPO JEAN-BAPTISTE SCHWILGUE	0	8	4	0	0	0	21%	2
CLG CHARLES DE GAULLE	0	1	0	0	0	0	2%	1
CLG LES SEPT ARPENTS	0	3	0	0	0	0	5%	1
CLG ALBERT CAMUS	0	1	0	0	0	0	2%	1
CLG LEZAY MARNESIA	0	6	5	0	0	0	19%	2
CLG JACQUES TWINGER	0	2	0	0	0	0	3%	1
CLG FOCH	0	1	0	0	0	0	2%	1
CLG LOUIS PASTEUR	0	3	0	0	0	0	5%	1
LP ECONOMIQUE	0	0	9	4	4	0	29%	3
CLG SOPHIE GERMAIN	0	5	7	3	0	0	26%	3
CLG ROBERTSAU	0	6	10	6	1	0	40%	4
CLG ERASME	0	2	4	0	0	0	10%	2
LG FUSTEL DE COULANGES	0	5	11	10	1	0	47%	4
LG KLEBER	0	8	10	10	12	7	81%	5
LG MARIE CURIE	0	3	0	0	0	0	5%	1
LT RENE CASSIN	0	1	10	10	10	7	66%	5
CLG LA PIERRE POLIE	0	1	0	0	0	0	2%	1
CLG MARCEL PAGNOL	0	8	7	10	7	0	55%	4
CLG WINGEN	0	0	0	4	8	6	31%	3
CLG OTFRIED	0	7	10	10	11	7	78%	5
LPO STANISLAS	0	7	6	9	9	2	57%	5
CLG MARECHAL DE MAC MAHON	0	2	0	0	0	0	3%	1
CLG MAXIME ALEXANDRE	0	3	0	0	0	0	5%	1
COLLEGE CHARLES MUNCH	0	2	7	6	0	0	26%	3
Direction Interdépartementale des Routes (DIR-EST/SG - Ressources Humaines)	0	0	1	0	0	0	2%	1
Lycée Louis Couffignal	0	3	10	10	9	4	62%	5
Lycée Louis Couffignal	0	3	10	10	9	4	62%	5

Source : Mission

Evaluation de la mobilisation et de l'assiduité des services déconcentrés de l'Etat dans le cadre de l'expérimentation						
	nombre de services participants	taux d'évolution de la participation par rapport à l'année n-1	Taux d'évolution de la participation par rapport à 2012	Taux de participation sur l'année	Nombre de services assidus tous les mois de l'année	Taux d'assiduité sur l'année
depuis le 01/10/2010	23	*	*	21,90%	12	52%
2011	96	317,4%	*	91,40%	14	14,60%
2012	83	-13,5%	*	79,00%	18	21,70%
2013	68	-18,1%	-18,1%	64,80%	13	19%
2014	48	-29,4%	-42,2%	45,70%	13	27,10%
Au 31/07/2015	33	-31,3%	-60,2%	31,40%	12	36,40%
MOYENNE	59			55,7%	14	28,5%

Lecture colonne (a) : par exemple, en 2012, 83 services ont, sur un mois au moins de l'année, enregistré leurs arrêts de travail sur ADTF
Lecture colonne (c) : par exemple, en 2012, sur les 83 services participants, seuls 18 ont enregistré leurs arrêts de travail sur ADTF sur tous les mois de l'année

Nombre de services ayant participé au moins une fois à l'expérimentation	Nombre de services ayant participé au plus un an	Nombre de services ayant participé au plus deux ans	Nombre de services ayant participé au plus trois ans	Nombre de services ayant participé au plus 4 ans	Nombre de services ayant participé au plus 5 ans	Nombre de services ayant participé à l'ensemble de la période d'expérimentation
105	24	13	18	18	16	16
	22,9%	12,4%	17,1%	17,1%	15,2%	15,2%
	52% des services ont cessé toute participation au bout de trois ans					dont 1 seul a été assidu sur l'ensemble des mois de toute la période d'expérimentation

Source : Mission

3.2 Résultats consolidés du contrôle médical des fonctionnaires

- Nombre total d'arrêts maladie contrôlés : 2 291
 - ✓ FPE : 1 868
 - ✓ FPH : 420
 - ✓ FPT : 3
- Nombre d'arrêts justifiés : 1 799 (+ 78 %) ;
 - ✓ FPE : 1445
 - ✓ FPH : 351
 - ✓ FPT : 3
- Nombre d'arrêts injustifiés : 66 (- 3 %) ;
 - ✓ FPE : 56
 - ✓ FPH : 10
 - ✓ FPT : 0
- Nombre de contrôles impossibles : 426 (18 %).

4 AVIS DE L'ELSM SUR L'EXPERIMENTATION

[330] L'ELSM met en exergue les freins suivants :

- Une méconnaissance des procédures par les fonctionnaires ;
- Une perte d'efficacité et une désorganisation des services ;
- L'absence de connaissance des suites données par l'administration en particulier pour les avis défavorables ;
- Un manque d'efficacité des contrôles basés sur le nombre et la durée des arrêts et non sur la pathologie et/ou les soins en rapport.

[331] Améliorations identifiées :

- Renforcer les contrôles avec un ciblage médical, aligner les contrôles sur le privé.

ILLE-ET-VILAINE

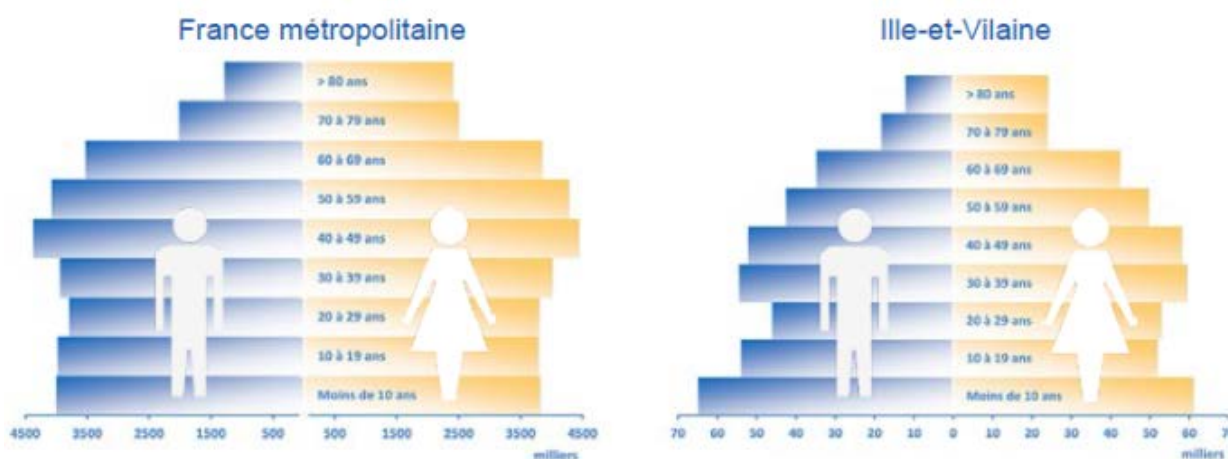
1 DONNEES DE CONTEXTE

1.1 Population générale

[332] Le département d'Ille-et-Vilaine fait partie de la région Bretagne et s'étend sur 6 775 km² avec une densité moyenne de 149 habitants/km² (99 hab/km² pour la France). La croissance démographique est soutenue, avec une population relativement plus jeune en moyenne, qu'au plan national et régional. Le cap de 1 million d'habitants a été franchi en 2012⁸³. Les indices de précarité y sont moindres comparativement à d'autres territoires.

[333] La population protégée en Ille-et-Vilaine est de 1 026 962 habitants dont 898 321 au régime général soit 87 % au total⁸⁴.

La population protégée



Source : Rapport d'activité de la CPAM d'Ille-et-Vilaine-Année 2014

⁸³ Depuis 2013, ses habitants sont appelés les Brétiliens et Brétiliennes

⁸⁴ La population protégée en France métropolitaine est de 65 800 694 habitants dont 58 086 484 au régime général soit 88 % au total

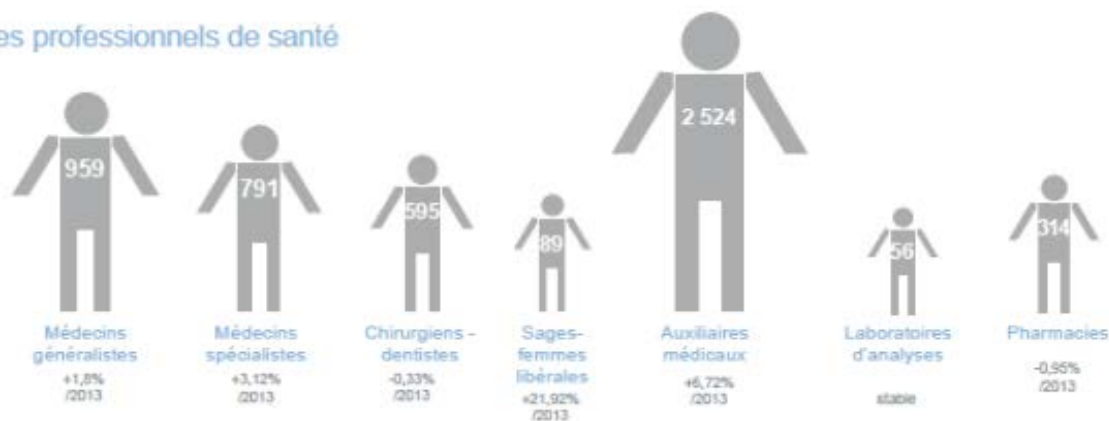
1.2 L'offre de soins

[334] L'offre de soins du département est retracée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : Offre de soins de l'Ille-et-Vilaine



Les professionnels de santé



Source : Rapport d'activité de la CPAM d'Ille-et-Vilaine-Année 2014

2 DONNEES GENERALES SUR L'ACTIVITE DE LA CPAM DANS LE CADRE DU REGIME GENERAL

2.1 Activité globale de la CPAM au titre de la maladie ordinaire

2.1.1 Présentation générale

[335] La circonscription de la CPAM du département 9 accueils permanents dont 5 hors de Rennes : St Malo, Fougères, Vitré, Cesson-Sévigné et Redon.

[336] Au 31 décembre 2014, 769 salariés travaillent en CDI au sein de la CPAM (dont CES).

[337] Le volume global des Indemnités Journalières représente plus de 4 millions d'IJ au titre de la maladie/maternité.

Tableau 11 : Gestion maladie, maternité, invalidité et décès (prestations en espèces)

Les prestations en espèces

	Au 31/12/2014	Evolution (2014 / 2013)
Dénombrement d'IJ (en jrs payés) :	4 437 454	+ 0,12 %
- Maladie	3 345 005	+ 1,06 %
- Maternité	1 092 449	- 2,65 %
Nombre de pensions invalidité en cours	13 016	+ 0,11 %
Nombre de capitaux décès versés	432	+ 2,86%

Source : Rapport d'activité CPAM d'Ille-et-Vilaine. Année 2014

2.2 Service de contrôle médical et son bilan d'activité

[338] L'échelon local du service médical (ELSM) se compose de :

- ✓ 67 agents
- ✓ 23 médecins

[339] Bilan d'activité de 2014 : 1 175 contrôles d'arrêts maladie avis ont été donnés avec 945 convoqués :

- ✓ 102 avis défavorables médicaux (ADM) ;
- ✓ 655 avis favorables (AF) ;
- ✓ 124 avis techniques impossibles (ATI) « non présentés non excusés » ;
- ✓ 64 avis techniques impossibles (ATI) « travail repris avant convocation » ;
- ✓ 230 avis favorables sur pièces.

3 DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION DANS LE DEPARTEMENT

[340] L'expérimentation a débuté en Ille-et-Vilaine en novembre 2010. Pour la mise en place opérationnelle des contrôles des arrêts maladie des fonctionnaires par les services médicaux de l'assurance maladie, une convention tripartite a été signée le 15 décembre 2010 entre les services de la CPAM, du contrôle médical et le Maire de St Malo et une convention quadripartite signée le 21 septembre 2010 entre les services de la CPAM, du contrôle médical, le directeur de l'ARS et les directeurs de centre hospitalier.

3.1 Services et administrations impliqués dans l'expérimentation

[341] Les trois versants de la fonction publique présents dans le département ont été concernés par l'expérimentation

[342] La mobilisation du service médical :

- De novembre 2010 au 15 septembre 2014 : 1 agent + l'ensemble des médecins-conseils ;
- A compter du 15 septembre 2014 : 3 agents + l'ensemble des médecins-conseils.

3.1.1 Services, administrations et effectifs de fonctionnaires potentiellement concernés

DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE								
Appréciation du taux de mobilisation des administrations locales au regard du potentiel départemental								
POTENTIEL DE PARTICIPATION DES ADMINISTRATIONS LOCALES					ENGAGEMENT MAXIMAL ATTEINT PENDANT L'EXPERIMENTATION		ENGAGEMENT ACTUEL (07/2015)	
Type FP	Institutions administratives de référence	Principales structures publiques déconcentrées et décentralisées locales	Estimation a minima du nombre d'institutions et services	Nombre d'agents publics employés	Nombre d'institutions et services	Estimation du nombre d'agents publics employés	Nombre d'institutions et services	Estimation du nombre d'agents publics employés
FPE	Education nationale et enseignement supérieur	Rectorat, inspection académique, 4 universités, 30 lycées, 59 collèges, 316 écoles	411	26 000	2	800	2	800
	Intérieur	préfecture, DDSP, DZPAF, SGAMI, service médicale PN, EM région gendarmerie, DZCRS, DRRF police	8	4 200	8	4 200	1	525
	Finances et comptes publics	DRFIP, DDFIP, DIRECCTE, DIR Douanes, UT Directe, INSEE, direction contrôle fiscal	7	2 900	6	2 486	3	1 243
	Justice	maisons d'arrêts, SPIP, DT PJJ, DIR PJJ, DISP	10	1 600	1	160	1	160
	Autres	DDCS, DDPP, DDTM, DREAL, DRJSCS, DRAAF, DRAC, Lycée agricole, Défense CMG, DIR Routes	14	11 900	9	7 650	3	1 190
Potentiel total FPE			450	46 600	26	15 296	10	3 918
FPH	Santé	ARS, 4 CHR/CHU, 13 CH	18	19 000	3	9 910	2	9 260
Potentiel total FPH								
FPT	région	conseil régional	1	9 300	0	0	0	0
	département	1 conseil départemental, 1 SDIS	2		0	0	0	0
	commune	353 dont 3 communes de plus de 20.000 habitants	3	20 700	1	809	0	0
	EPCI	2 Communautés d'agglomération, 1 Métropole, 21 Communautés de	3		0	0	0	0
	autre EP local	CCAS			0	0	0	0
Potentiel total FPT			9	30 000	1	809	0	0
Source : Mission			Total par ministère ou catégories de collectivités de référence	Nombre d'agents publics employés	Total des services engagés sur une période au moins de l'expérimentation	Nombre d'agents publics employés	Total des services encore acteurs de l'expérimentation mi-2015	Nombre d'agents publics employés
TOTAL			477	95 600	30	26 015	12	13 178

3.1.2 Services et administrations effectivement concernées

NOMBRE DE DECLARATIONS SUR ADTF PAR AN PAR INSTITUTION ETATIQUE DECONCENTREE EN ILLE-ET-VILAINE								
26 administrations engagées dans l'expérimentation	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Moyenne globale d'assiduité sur 2010-2015	Nombre d'années de participation
	*	*	*	*	*	*		
DIR PJJ GRAND OUEST	2	8	9	5	12	6	72%	6
Direction régionale de l'Institut national de la statistique et des études économiques Bretagne	3	12	11	5	0	2	57%	5
DIRRECTE	0	1	1	0	0	0	3%	2
Défense CMG - Rennes	2	12	12	11	12	7	97%	6
Trésorerie Générale d'Ille et Vilaine Service des ressources humaines	3	11	12	12	12	7	98%	6
Direction du contrôle fiscal ouest Division des ressources humaines	0	6	9	11	5	5	62%	5
Direction des Services Fiscaux d'Ille et Vilaine Service des ressources humaines	3	12	12	12	9	0	83%	5
Service Médical de la Police Nationale	1	2	0	0	0	0	5%	2
Direction départementale de la sécurité publique (DDSP)	2	12	12	12	10	4	90%	6
Délégations régionales au recrutement et à la formation (DRRF) - police nationale	2	6	9	10	8	3	66%	6
Directions zonales des compagnies républicaines de sécurité (DZCRS)	2	12	12	12	10	4	90%	6
Secrétariat général pour l'administration de la police (SGAP)	2	12	12	12	10	4	90%	6
Direction départementale des territoires et de la mer (DDTM 35)	2	12	12	12	12	7	98%	6
DISP de Bretagne, Basse Normandie et Pays de la Loire	3	12	12	12	12	7	100%	6
Direction régionale des affaires culturelles (DRAC)	0	0	8	2	0	0	17%	2
Région de gendarmerie de Bretagne à Rennes	0	9	11	11	0	0	53%	3
Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP35)	3	12	12	12	4	0	74%	5
Direction interdépartementale des routes (DIRM NAMO)	0	1	0	0	0	0	2%	1
Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)	1	11	12	12	10	7	91%	6
Direction interrégionale des douanes (DIR douanes)	3	12	12	12	12	7	100%	6
Préfecture d'Ille et Vilaine	0	3	10	6	2	0	36%	4
Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF)	0	10	11	2	0	0	40%	3
Inspection académique d'Ille et Vilaine	0	12	12	11	10	7	90%	5
Rectorat de Rennes	0	12	12	12	12	7	95%	5
Direction interdépartementale des routes (DIR OUEST)	0	0	10	1	0	0	19%	2
DREAL - Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement de Bretagne	0	0	7	2	0	0	16%	2

source : mission

Evaluation de la mobilisation et de l'assiduité des services déconcentrés de l'Etat dans le cadre de l'expérimentation

	nombre de services participants (a)	taux d'évolution de la participation par rapport à l'année n-1	Taux d'évolution de la participation par rapport à 2012	Taux de participation sur l'année	Nombre de services assidus tous les mois de l'année (c)	Taux d'assiduité sur l'année
depuis le 01 /10 /2010	15	*	*	57,70%	6	40%
2011	23	53,3%	*	88,50%	12	52,20%
2012	24	4,3%	*	92,30%	13	54,2%
2013	23	-4,2%	-4,2%	88,50%	11	48%
2014	17	-26,1%	-29,2%	65,40%	7	41,20%
Au 31 /07 /2015	15	-11,8%	-37,5%	57,70%	8	53,30%
MOYENNE	20			75,0%	9	39,1%

Lecture colonne (a) : par exemple, en 2012, 24 services ont, sur un mois au moins de l'année, enregistré leurs arrêts de travail sur ADTF
 Lecture colonne (c) : par exemple, en 2012, sur les 24 services participants, seuls 13 ont enregistré leurs arrêts de travail sur ADTF sur tous les mois de l'année

Nombre de services ayant participé au moins une fois à l'expérimentation	Nombre de services ayant participé au plus un an	Nombre de services ayant participé au plus deux ans	Nombre de services ayant participé au plus trois ans	Nombre de services ayant participé au plus 4 ans	Nombre de services ayant participé au plus 5 ans	Nombre de services ayant participé à l'ensemble de la période d'expérimentation
26	1	5	2	1	6	11
	3,8%	19,2%	7,7%	3,8%	23,1%	42,3%
	30,8% des services ont cessé toute participation au bout de trois ans					

Source : Mission

3.2 Résultats du contrôle médical des fonctionnaires du ressort de la CPAM

3.2.1 Nombre d'arrêts maladie contrôlés

[343] Nombre d'arrêts maladie contrôlés : 2 168.

- ✓ FPE : 1424
- ✓ FPH : 561
- ✓ FPT : 183

3.2.2 Résultats consolidés 2011- 2014 :

- Nombre d'arrêts justifiés : 885 soit 40 %. A noter que si l'on écarte les contrôles impossibles, le taux d'arrêts justifiés remonte à 84 %.
- Nombre d'arrêts injustifiés : 102 (4 %)
- Nombre de contrôles impossibles : 1117 (non présentés non excusés + hors champ) : 51 %
- Nombre de retours des employeurs publics sur les suites données aux contrôles : 19

[344] Le tableau ci-dessous récapitule les résultats de l'expérimentation par année et versant de fonction publique concerné.

Tableau 12 : Bilan ADTF de 2011 à 2014 sur l'ELSM d'Ille-et-Vilaine

Bilan ADTF 2011 - 2014													ELSM d'Ille-et-Vilaine	
Entité														
Etat														
Hospitalier	Hopitaux CHU Rennes, CH Guillaume Régnier Rennes, CH Saint Malo et CH Fougères conventions signées le													
Territorial	Mairie de Saint Malo convention signée le 15/12/2010													
													TYPES D'AVIS	
Année	Nombres de demandes	Convoqués		ADM	Notification renseignée dans l'outil partagé		AF sur personnes	Avis technique impossible		AF sur pièces*	HORS CHAMP**			
		Nombres	%		non présenté non excusé	reprise de travail		Nombres	%					
2011	E	666	159	23,84%	11	****	2	****	108	29	11	50	457	****
	Hospitaliers et territoriaux Début de l'expérimentation en 2012													
2012	E	471	167	35,45%	27	****	6	****	256	46	14	108	110	****
	H	250	135	54%									186	****
	T	94	41	43,61%									68	****
	TOTAL	815	343	****										364
2013	E	157	42	26,75%	19	****	4	****	79	14	2	45	64	****
	H	136	59	43,38%									90	****
	T	34	13	38,23%									14	****
	TOTAL	327	114	****										168
2014	E	130	115	88,46%	45	****	7	****	212	35	37	27	1	0,76%
	H	175	163	93,14%									3	1,71%
	T	55	51	92,72%									0	0%
	TOTAL	360	329	91,38%										4
TOTAL	360	945	****	102	****	19	****	655	124	64	230	993	****	
													* Exonération en cours soumis pour décision médecin conseil	
													** Arrêt échou - Hors département	
													La baisse significative du pourcentage de hors champ s'explique d'une part par la sensibilisation des administrations sur une saisine des arrêts de travail plus précocement (constats réalisés lors des COPIL nationaux) et d'autre part la mise en place depuis septembre 2014 d'une nouvelle organisation au sein de l'ELSM35 pour le traitement des arrêts de travail inférieurs à 120	

Source : ELSM d'Ille-et-Vilaine

4 AVIS DE L'ELSM SUR L'EXPERIMENTATION

[345] L'ELSM met en exergue :

- La difficulté de ne pas disposer des éléments médicaux permettant de rendre les convocations plus pertinentes ;
- L'impossibilité de maîtriser la durée de l'arrêt de travail, celui-ci ne faisant l'objet d'aucun suivi ;
- L'absence de retour d'informations sur les suites données en cas d'arrêts injustifiés.

4.1 Freins identifiés dans la mise en œuvre opérationnelle

- Augmentation de la charge de travail tant pour le personnel administratif que médical du service médical ;
- Coexistence de deux systèmes de production à gérer.

4.2 Améliorations identifiées

- Harmonisation des contrôles entre les deux catégories en disposant au moins du volet 1 de l'avis d'arrêt de travail pour les fonctionnaires.

PARIS

1 DONNEES DE CONTEXTE

1.1 Population générale

[346] Au 1^{er} janvier 2015, Paris compte 2 265 886 habitants soit 21 580 habitants au km². En cinq ans la population parisienne s'est enrichie de 50 689 nouveaux habitants. A Paris, une famille sur quatre est constituée d'un parent vivant seul avec ses enfants. Leur nombre a augmenté de 26 % en trente ans et de fortes disparités sociales entre les familles parisiennes se retrouvent au sein des familles monoparentales.

Données démographiques	Paris	France métropolitaine
Taux de natalité	12,9 % (en 2012)	12,4 % (en 2012)
Taux de mortalité	6,2 % (en 2012)	8,8 % (en 2012)
Taux de chômage	8,8 % (au 3 ^e trim. 2014)	9,9 % (au 3 ^e trim. 2014)
Part des 60 ans et + dans la population	20,0 % (AU 01/01/2015)	23,3 % (AU 01/01/2015)

Sources : INSEE et Caisse nationale d'Assurance Maladie

[347]

Source : *Rapport d'activité de la CPAM de Paris-Année 2014*

Schéma 2 : Population protégée de Paris et comparaison avec celle de la France Métropolitaine

Population protégée	Paris	France métropolitaine
Régime général	2 012 860	50 292 394
SLM	718 135	7 794 090
Total	2 730 995	58 086 484

Source : Caisse nationale d'Assurance Maladie

Source : *Rapport d'activité de la CPAM du Puy-de-Dôme-Année 2014 (SLM : Solutions locales Mutualistes)*

1.2 L'offre de soins

[348] L'offre de soins du département est retracée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 13 : Offre de soins de Paris



Source : Rapport d'activité de la CPAM de Paris-Année 2014

2 DONNEES GENERALES SUR L'ACTIVITE DE LA CPAM DANS LE CADRE DU REGIME GENERAL

2.1 Activité globale de la CPAM au titre de la maladie ordinaire

2.1.1 Présentation générale

[349] La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris compte au 31 décembre 2014 2 699 agents.

[350] Près de 10,4 Md€ de prestations ont été versées en 2014 (plus 10 Md € au titre de la maladie, maternité et décès et près de 251 M€ au titre des AT/MP). Les prestations en espèce se répartissent quant à elles comme suit :

Tableau 14 : Gestion maladie, maternité, décès, AT/MP (prestations en espèces)

DETAIL DES PRESTATIONS EN ESPECES

	2014	Evolution 2013/2014
Dénombrement d'IJ (en décomptes)		
• Maladie	513 655	+ 10,53 %
• Maternité	144 885	+ 1,80 %
• AT/MP	69 586	+ 6,35 %
Nombre de rentes AT en cours	53 428	- 0,09 %
Nombre de capitaux décès versés	832	+ 6,26 %

Source : Rapport d'activité CPAM de Paris- Année 2014

2.2 Service de contrôle médical et bilan d'activité de l'ELSM

[351] Le service de contrôle médical se compose de :

- ✓ 116 agents
- ✓ 23 médecins

- [352] Bilan d'activité 2014, 45 460 avis ont été émis dont :
- ✓ 38 057 avis favorables (AF) ;
 - ✓ 3 984 avis défavorables médicaux (ADM) ;
 - ✓ 121 avis défavorables administratifs (ADA) ;
 - ✓ 3 298 avis techniques impossibles (ATI) ;

3 DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION DANS LE DEPARTEMENT

3.1 Services et administrations impliqués dans l'expérimentation

- [353] L'expérimentation a débuté pour Paris le 22 octobre 2010. Les services de l'ELSM de Paris ne prendront en charge que les services centraux des ministères économiques et financiers sur lesquels le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat et le ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi ont une autorité exclusive ou conjointe, hors DGFIP⁸⁵.
- [354] Deux agents de l'ELSM dont un médecin seront mobilisés sur le contrôle médical des fonctionnaires. Une réunion locale avec les employeurs publics concernés a eu lieu le 4 mars 2011 à laquelle l'ELSM a participé.

3.2 Résultats consolidés du contrôle médical des fonctionnaires

- Nombre d'arrêts maladie contrôlés : 1 444
 - Nombre d'arrêts justifiés : 721 ;
 - Nombre d'arrêts injustifiés : 20 ;
 - Nombre de contrôles impossibles : 720.

4 AVIS DE L'ELSM SUR L'EXPERIMENTATION

- [355] L'ELSM met en exergue les freins suivants :
- Absence de connaissance du motif médical accompagnant l'avis d'arrêt de travail : cette méconnaissance par le service médical de contrôle ne lui permet ni de cibler les contrôles ;
 - L'absence de connaissance des suites données par l'administration en particulier pour les avis défavorables Contrôles à l'aveugle : outre l'absence du motif de l'arrêt, méconnaissance du médecin traitant et des éléments médicaux antérieurs éventuels ;
 - Insuffisances liées au logiciel ADTF : impossibilité de réaliser de suivi ou de requête.
- [356] Améliorations identifiées :
- Avoir les informations médicales et en particulier le Cerfa ;
 - Avoir la possibilité de joindre facilement les interlocuteurs.

⁸⁵ Ces sites exclusivement implantés dans le département de Paris (sauf la douane est à Montreuil) sont : la direction du budget, la DGME, la direction générale des douanes et droits indirects, les services de contrôle budgétaire et comptable ministériel, l'agence pour l'information financière de l'Etat, l'opérateur national de paye, le service des pensions, la DGAFP, le conseil général des mines, le conseil général de l'industrie, de l'énergie et des technologies, la direction générale du trésor, l'INSEE, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, la direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services, la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, la délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale, l'inspection générale du tourisme, le secrétariat général, l'inspection générale des finances, la direction des personnels, la direction des affaires juridiques, le service du contrôle économique et financier.

PUY-DE-DÔME

1 DONNEES DE CONTEXTE

1.1 Population générale

[357] Le département du Puy-de-Dôme s'étend sur 7.970 km² et compte 470 communes.

Données démographiques	Circonscription de la caisse	France métropolitaine
Taux de natalité (1 ^{er} janvier 2013)	10,9	12,6
Taux de mortalité (1 ^{er} janvier 2013)	9,8	8,7
Taux de chômage (1 ^{er} janvier 2013)	9,1	9,3
60 ans et plus / population totale (%) (1 ^{er} janvier 2013)	26,1	23,8
POPULATION PROTÉGÉE		
■ Régime général (31 décembre 2014)	474 506	50 292 394
- dont taux d'assurés aux droits ouverts (31 janvier 2012)	96,97 %	NC
- dont taux d'assurés aux droits à justifier (31 janvier 2012)	3,03 %	NC
■ Régime agricole (1 ^{er} janvier 2007)	37 803	3 455 679
■ Travailleurs non salariés non agricoles (1 ^{er} janvier 2007)	31 280	2 762 155
■ Autres régimes (1 ^{er} janvier 2007)	21 750	2 012 362

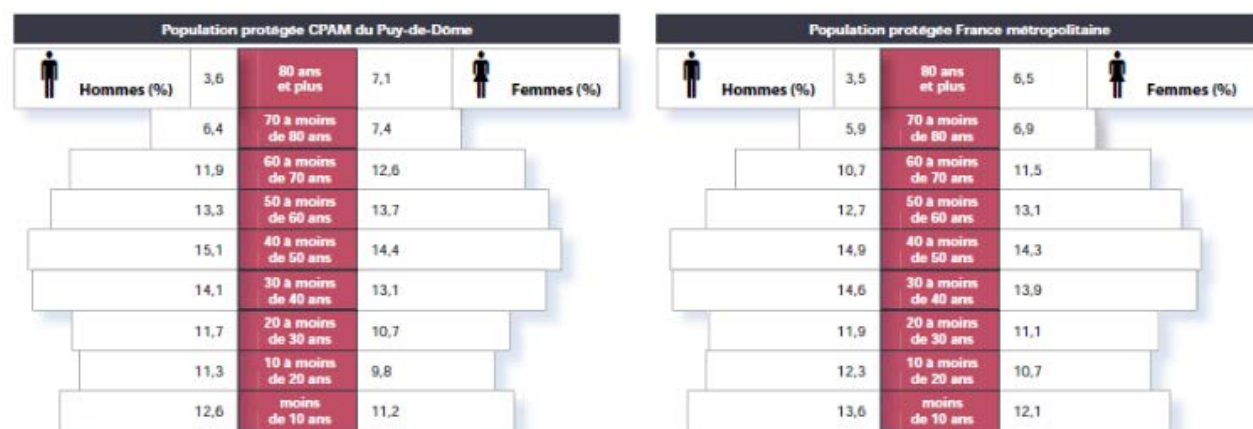
Source INSEE

Source Chamts

Source : Rapport d'activité de la CPAM du Puy-de-Dôme-Année 2014

[358] Le Puy-de-Dôme présente une densité de population de 78 habitants par km².

Schéma 3 : Comparaison de la population protégée Puy-de-Dôme/France Métropolitaine

Source RNAM - bénéficiaires du régime général au sens strict au 1^{er} janvier 2014

Source : Rapport d'activité de la CPAM du Puy-de-Dôme-Année 2014

1.2 L'offre de soins

[359] L'offre de soins du département est retracée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15 : Offre de soins du Puy-de-Dôme

L'OFFRE DE SOINS	Année 2014	(%) 2014/2010
■ Total médecins généralistes (libéraux) :	626	-2,5 %
- dont secteur 1	583	-6,7 %
- dont secteur 2	35	-28,6 %
- dont non conventionnés	8	+33,3 %
■ Total médecins spécialistes (libéraux) :	533	-0,75 %
- dont secteur 1	375	-0,26 %
- dont secteur 2	157	-1,25 %
- dont non conventionnés	1	-50 %
■ Chirurgiens-dentistes (libéraux)	449	-2,17 %
■ Cabinets dentaires mutualistes	8	-11,1 %
■ Sages-femmes (libérales)	51	+88,9 %
■ Auxiliaires médicaux (libéraux)	1 601	+17,3 %
■ Laboratoires privés d'analyse médicale	31	-3,12 %
■ Pharmacies d'officine	255	-1,16 %
■ Pharmacies mutualistes	2	0 %
■ Hôpitaux publics (EPS en dotations) et militaires	8	-11,11 %
■ Hôpitaux ESPIC (EPS en dotations)	11	10,00 %
■ Total établissements conventionnés Assurance Maladie :	170	-6,59 %
- dont établissements privés à but non lucratif (EPBNL)	5	+66,67 %
- dont établissements médico-sociaux	144	-2,70 %
- dont établissements privés à but lucratif (EP)	24	-22,58 %
■ Structures de soins extra hospitalières : (services, associations)	27	0 %
■ Centres de soins médicaux, infirmiers, PMI...	14	-12,50 %
■ Transports sanitaires	61	-3,17 %
■ Transports non sanitaires		
- nombre d'entreprises de taxis conventionnés	324	+5,54 %
■ Budget global	17	+13,33 %
- établissements dont la CPAM est caisse pivot		

Source : Rapport d'activité de la CPAM du Puy-de-Dôme-Année 2014

2 DONNEES GENERALES SUR L'ACTIVITE DE LA CPAM DANS LE CADRE DU REGIME GENERAL

2.1 Activité globale de la CPAM au titre de la maladie ordinaire

2.1.1 Présentation générale

[360] L'organisation de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Puy-de-Dôme s'effectue autour de 4 centres : Clermont-Ferrand, Riom, Thiers et Ambert.

[361] Au 31 décembre 2014, la CPAM compte 588 agents rémunérés.

[362] Le volume global des Indemnités journalières au titre de la maladie/ maternité représente près de 3 millions de jours payés. Le nombre de pensions d'invalidité évolue de +1,42 % par rapport à 2013. Cela tend à montrer l'accroissement du nombre d'arrêt de travail en lien avec une affection de longue durée générant trois ans d'indemnités journalières. À noter également, une forte régression du nombre de capitaux décès versés, près d'un tiers de moins.

Tableau 16 : Gestion maladie, maternité, invalidité et décès (prestations en espèces)

GESTION MALADIE, MATERNITÉ, INVALIDITÉ ET DÉCÈS

PRESTATIONS EN ESPÈCES

Nature des prestations	Au 31/12/2014	Evolution 2014/2013 (en %)
Dénombrement d'U (en jours payés)		
Maladie	2 343 010	- 0,42
Maternité	554 214	3,00
Nombre de pensions invalidité en cours	7 997	+ 1,42
Nombre de capitaux décès versés	213	- 31,29

Source : Rapport d'activité CPAM du Puy-de-Dôme. Année 2014

2.2 Service de contrôle médical et bilan d'activité de l'ELSM

[363] Le pôle contrôle des prestations et relations avec les assurés (CPRAA) se compose de :

- ✓ 46 agents
- ✓ 22 médecins

[364] Bilan d'activité 2014, 21 942 avis ont été émis dont :

- ✓ 18 615 avis favorables (AF), dont 6 317 avis sur personne ;
- ✓ 2 086 avis défavorables médicaux (ADM), dont 1 925 avis sur personne ;
- ✓ 11 avis défavorables administratifs (ADA), dont 3 avis sur personne
- ✓ 345 avis techniques impossibles (ATI) « non présentés non excusés » ;
- ✓ 511 avis techniques impossibles (ATI) « travail repris avant convocation » ;
- ✓ 374 avis techniques impossibles (ATI) « autres » ;

3 DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION DANS LE DEPARTEMENT

[365] L'expérimentation a débuté dans le Puy-de-Dôme en 2010. Pour la mise en place opérationnelle des contrôles des arrêts maladie des fonctionnaires par les services médicaux de l'assurance maladie, une convention tripartite a été signée le 24 septembre 2010 entre les services de la CPAM et trois Centres Hospitaliers (CHU, CH de Riom et de Thiers) et une convention avec le conseil général le 16 mai 2011.

3.1 Services et administrations impliqués dans l'expérimentation

[366] Les trois versants de la fonction publique présents dans le département ont été concernés par l'expérimentation.

[367] L'ensemble des médecins en charge du contrôle a été mobilisé sur le contrôle médical des fonctionnaires ainsi que 4 agents de l'unité de gestion en charge du contrôle de certaines Indemnités Journalières dont d'ADTF.

[368] Les réunions locales auxquelles l'ELSM a été invité : le 2 février 2011 avec le Conseil général en vue de la signature de la convention, le 23 septembre 2010 avec les 3 établissements hospitaliers concernés, également en vue de la signature de la convention et une en juin 2012 à la préfecture du Puy-de-Dôme.

3.1.1 Services, administrations et effectifs de fonctionnaires potentiellement concernés

DEPARTEMENT DU PUY-DE-DOME									
Appréciation du taux de mobilisation des administrations locales au regard du potentiel départemental									
POTENTIEL DE PARTICIPATION DES ADMINISTRATIONS LOCALES					ENGAGEMENT MAXIMAL ATTEINT PENDANT L'EXPERIMENTATION		ENGAGEMENT ACTUEL (07/2015)		
Type FP	Institutions administratives de référence	Principales structures publiques déconcentrées et décentralisées locales	Estimation a minima du nombre d'institutions et services	Nombre d'agents publics employés	Nombre d'institutions et services	Estimation du nombre d'agents publics employés	Nombre d'institutions et services	Estimation du nombre d'agents publics employés	
FPE	Education nationale et enseignement supérieur	Rectorat, inspection académique, 1 université, 24 lycées, 59 collèges, 422 écoles	508	15 400	25	1 521	6	603	
	Intérieur	préfecture, DDSP, SGAMI, service médical PN, EM région gendarmerie, DRRF police	8	2 500	2	625	1	313	
	Finances et comptes publics	DRFIP, DDFIP, DIRECCTE, DIR Douanes, UT Direccte, INSEE, direction contrôle fiscal	7	1 900	6	1 629	4	1 086	
	Justice	maisons d'arrêts, SPIP, DT PJJ, DIR PJJ, DISP	8	700	1	88	0	0	
	Autres	DDCS, DDPP, DDTM, DREAL, DRJSCS, DRAAF, DRAC, Lycée agricole, Défense CMG, DIR Routes	14	7 600	14	7 600	1	543	
Potentiel total FPE			545	28 100	48	11 463	12	2 545	
FPH	Santé	ARS, 4 CHR/CHU, 7 CH	12	13 400	2	6 800	0	0	
Potentiel total FPH									
FPT	région	conseil régional	1	5 700	1	1 700	0	0	
	département	1 conseil départemental, 1 SDIS	2		0	0	0	0	
	commune	470 dont 1 commune de plus de 20.000 habitants	1	16 300	0	0	0	0	
	EPCI	1 communauté d'agglomération, 43 communautés de communes	1		0	0	0	0	
	autre EP local	CCAS			0	0	0	0	0
Potentiel total FPT			5	22 000	1	1 700	0	0	
Source : Mission			Total par ministère ou catégories de collectivités de référence	Nombre d'agents publics employés	Total des services engagés sur une période au moins de l'expérimentation	Nombre d'agents publics employés	Total des services encore acteurs de l'expérimentation mi-2015	Nombre d'agents publics employés	
TOTAL			562	63 500	51	19 963	12	2 545	

3.1.2 Services et administrations effectivement concernées

NOMBRE DE DECLARATIONS SUR ADTF PAR AN PAR INSTITUTION ETATIQUE DECONCENTREE DANS LE PUY-DE-DOME								
48 administrations engagées dans l'expérimentation	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Moyenne globale d'assiduité sur 2010-2015	Nombre d'années de participation
Préfecture	0	1	0	0	0	0	2%	1
DDT 63	0	11	12	12	12	7	93%	5
DDPP 63	0	7	8	0	0	0	26%	2
DRAC	1	7	1	0	0	0	16%	3
DRAAF	0	11	9	3	0	0	40%	3
DIRECCTE	0	10	12	12	12	5	88%	5
INSEE	3	9	12	11	12	7	93%	6
DRFIP	3	12	12	12	12	7	100%	6
DRJSCS	2	11	12	12	12	6	95%	6
Min Défense	0	1	0	0	0	0	2%	1
Rectorat	3	12	12	12	12	7	100%	6
Inspection Académique	2	12	11	12	11	7	95%	6
Direction interrégionale des douanes	0	12	12	12	12	4	90%	5
DREAL	0	3	0	0	0	0	5%	1
CVRH, DIR, DDT63 (MEEDDM)	0	2	1	1	0	0	7%	3
DT PJJ ALVERGNE	1	2	10	10	9	3	60%	6
Centre de services informatiques de Clermont-Ferrand Service des ressources humaines	2	12	12	11	12	7	97%	6
Direction du recrutement et de la formation Ecole nationale des impôts Division des ressources humaines	2	12	12	12	12	7	98%	6
Secrétaire général pour l'administration de la Police (SGAP)	2	12	12	12	12	7	98%	6
EPLA Rochefort	0	6	1	0	0	0	12%	2
EPLA Combrailles	1	2	1	0	0	0	7%	3
Défense - CMG - CPAM PUY DE DOME	0	10	12	12	9	3	79%	5
CVRH	0	8	8	5	0	0	36%	3
Lycée (LPO) + SEP (0631824R)	0	6	10	10	9	7	72%	5
Lycée Blaise Pascal	0	3	10	6	10	3	55%	5
Lycée Jeanne d'Arc	0	0	0	0	0	1	2%	1
Lycée La Fayette	0	6	3	8	0	0	29%	3
Lycée René Descartes	0	1	2	0	0	0	5%	2
Lycée Murat	0	0	0	7	0	0	12%	1
Lycée C. et P. Virlogeux	0	7	7	10	10	5	67%	5
Lycée Montdory	0	0	8	8	2	1	33%	4
Lycée Jean Zay	0	1	6	5	6	4	38%	5
Collège Willy Mabrut	0	0	0	1	0	0	2%	1
Collège Jules Ferry	0	0	0	3	10	6	33%	3
Collège Teilhard de Chardin	0	0	2	10	10	6	48%	4
Collège Bellime	0	0	0	8	12	7	47%	3
Centre d'Etudes techniques de l'Équipement (CETE LYON DLCF)	0	0	7	12	1	0	34%	3
DIR MASSIF CENTRAL	0	0	5	0	0	0	9%	1
Lycée Marie Laurencin	0	0	1	10	0	0	19%	2
Collège Anatole France	0	0	1	9	5	0	26%	3
Collège Anatole France	0	0	1	9	5	0	26%	3
Lycée Professionnel Desaix	0	0	1	5	0	0	10%	2
Lycée Marie Curie	0	0	1	12	1	0	24%	3
Collège Gaspard des Montagnes	0	0	0	1	0	0	2%	1
Collège Audembron + SEGPA (0631178N)	0	0	0	9	8	3	34%	3
Collège Audembron + SEGPA (0631178N)	0	0	0	9	8	3	34%	3
Collège du Beffroi	0	0	0	3	1	0	7%	2
CETE LYON DLCF	0	0	3	0	0	0	5%	1

Source : Mission

Evaluation de la mobilisation et de l'assiduité des services déconcentrés de l'Etat dans le cadre de l'expérimentation

	nombre de services participants	taux d'évolution de la participation par rapport à l'année n-1	Taux d'évolution de la participation par rapport à 2012	Taux de participation sur l'année	Nombre de services assidus tous les mois de l'année	Taux d'assiduité sur l'année
depuis le 01/10/2010	11	*	*	22,90%	2	18%
2011	29	163,6%	*	60,40%	7	24,10%
2012	36	24,1%	*	75,00%	11	30,60%
2013	37	2,8%	2,8%	77,10%	12	32%
2014	28	-24,3%	-22,2%	58,30%	11	39,30%
Au 31/07/2015	24	-14,3%	-33,3%	50,00%	10	41,70%
MOYENNE	28			57,3%	9	31,1%

Lecture colonne (a) : par exemple, en 2012, 36 services ont, sur un mois au moins de l'année, enregistré leurs arrêts de travail sur ADTF

Lecture colonne (c) : par exemple, en 2012, sur les 36 services participants, seuls 11 ont enregistré leurs arrêts de travail sur ADTF sur tous les mois de l'année

Nombre de services ayant participé au moins une fois à l'expérimentation	Nombre de services ayant participé au plus un an	Nombre de services ayant participé au plus deux ans	Nombre de services ayant participé au plus trois ans	Nombre de services ayant participé au plus 4 ans	Nombre de services ayant participé au plus 5 ans	Nombre de services ayant participé à l'ensemble de la période d'expérimentation
48	9	6	14	2	8	9
	18,8%	12,5%	29,2%	4,2%	16,7%	18,8%
près de 60,5% des services ont cessé toute participation au bout de trois ans						dont 2 ont été assidus sur l'ensemble des mois de toute l'expérimentation

Source : Mission

3.2 Résultats consolidés du contrôle médical des fonctionnaires

- Nombre d'arrêts maladie contrôlés : 1 409 (au 30 août 2015)
 - Nombre d'arrêts justifiés : 1 188 ;
 - Nombre d'arrêts injustifiés : 90 ;
 - Nombre de contrôles impossibles : 131.

4 AVIS DE L'ELSM SUR L'EXPERIMENTATION

[369] L'ELSM met en exergue :

- Une mobilisation variable des administrations ;
- Pilotage national silencieux depuis plus de 2 ans et absence de pilotage régional partagé et structuré ;
- Absence de connaissance de manière simple des suites données par l'administration en particulier pour les avis défavorables ;
- Quelques demandes ponctuelles inappropriées ;
- Le contrôle « un coup » non satisfaisant tant pour le patient que pour le contrôleur ne garantissant pas l'équité et créant une asymétrie qui interroge sur les finalités réelle du dispositif.

4.1 Freins identifiés dans la mise en œuvre opérationnelle

- Absence de connaissance du motif médical accompagnant l'avis d'arrêt de travail : cette méconnaissance par le service médical de contrôle ne lui permet ni de cibler les contrôles ;
- Contrôles à l'aveugle : outre l'absence du motif de l'arrêt, méconnaissance du médecin traitant et des éléments médicaux antérieurs éventuels ;
- Impossibilité d'échéancier les avis favorables au repos thérapeutique ;
- Délai de signalement des arrêts de travail tardif engendrant de nombreux signalements tardifs ;
- Insuffisance informatique lié à ADTF : suppression de la précision entité H (hospitalier) ou T (territorial) ; absence de module d'analyses statistiques intégré à l'outil permettant notamment des analyses par administration.

4.2 Améliorations identifiées

- Réponses aux freins identifiés précédemment.

RHONE

1 DONNEES DE CONTEXTE

1.1 Population générale

[370] Le département du Rhône s'étend sur 3.249 km² et compte 296 communes sur 9 arrondissements. Le Rhône compte 1 798 511 d'habitants avec une densité de population de 553,6 habitants par km². La population est plutôt jeune, 28,7 % de la population a moins de 20 ans contre 20,6 % de plus de 60 ans.

[371] Quant à la population protégée, elle se répartie comme suit :

Schéma 4 : La population protégée dans le Rhône

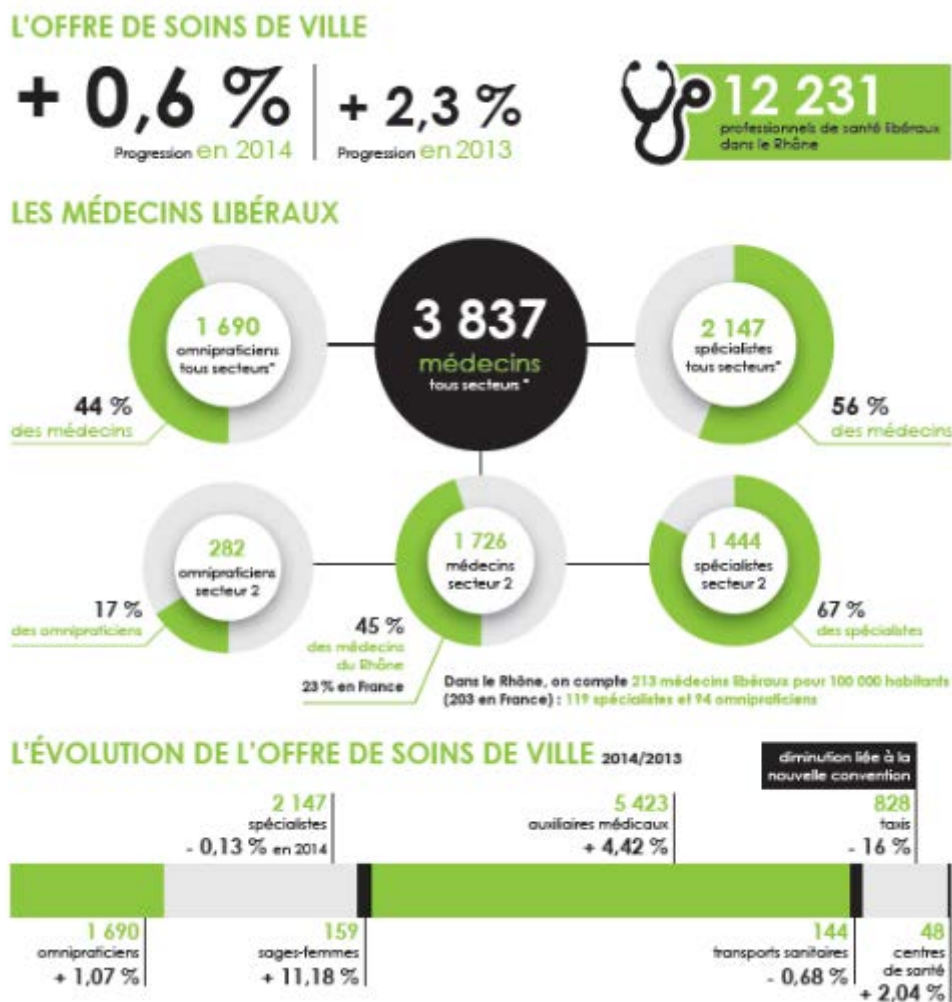


Source : Rapport d'activité de la CPAM du Rhône-Année 2014

1.2 L'offre de soins

[372] L'offre de soins du département est retracée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17 : Offre de soins dans le Rhône



Source : Rapport d'activité de la CPAM du Rhône-Année 2014

2 DONNEES GENERALES SUR L'ACTIVITE DE LA CPAM DANS LE CADRE DU REGIME GENERAL

2.1 Activité globale de la CPAM au titre de la maladie ordinaire

2.1.1 Présentation générale

[373] La production de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Rhône s'organise autour de 8 centres : Givors, Lyon (3^{ème}, 6^{ème}, 9^{ème}), Meyzieu, Oullins, Vénissieux et Villeurbanne.

[374] La CPAM compte au 31 décembre 2014, 1 748 agents en CDI, dont 80 % de femmes avec une moyenne d'âge de 45,97 ans.

[375] La répartition des décomptes quel que soit le type de prestations (en espèces et en nature) par nature d'assurance se décompose comme suit :

RÉPARTITION DES DÉCOMPTES PAR NATURE D'ASSURANCE

Quel que soit le type de prestations : prestations en nature ou prestations en espèces

	2014	2013	Évolution
Maladie	33 059 806	30 805 881	+ 7,32 %
Maternité/paternité	936 833	854 425	+ 9,64 %
Invalidité	212 428	203 828	+ 4,22 %
Prestations sociales	21 299	21 436	- 0,64 %
Décès	1 006	935	+ 7,81 %
Prévention maladie	34 460	27 800	+ 23,96 %
Accidents du travail	787 970	787 918	+ 0,01 %
TOTAL PRODUCTION EN DÉCOMPTES	35 053 804	32 702 223	+ 7,19 %

Source : SGA

Source : Rapport d'activité CPAM du Rhône- Année 2014

[376] **Le volume global des Indemnités journalières au titre de la maladie augmente de 0,52 % en 2014 et représente plus de 7,2 millions de jours payés.**

[377] En 2014, les dépenses de prestation en espèce au titre des risques maladie et accident du travail ont augmenté de + 1,4 %⁸⁶. Selon le rapport annuel, la progression enregistrée dans le Rhône résulte de deux phénomènes inverses : l'augmentation du nombre de jours d'IJ par bénéficiaire consommant (+ 3,9 %) et la diminution du nombre de bénéficiaires consommants (- 4,2 %). L'augmentation des dépenses d'indemnités journalières maladie se concentre sur la population féminine : + 2,5 % (1 % pour les hommes), en particulier celles de plus de 50 ans (+ 3,5 %).

2.2 Service de contrôle médical et bilan d'activité de l'ELSM

[378] Le service de contrôle médical se compose de :

- ✓ ? agents
- ✓ 40 médecins

[379] Bilan d'activité 2014, 57 942 avis ont été émis dont :

- ✓ 44 369 avis favorables (AF) dont 11 908 avis sur personne soit 76 % ;
- ✓ 4 794 avis défavorables médicaux (ADM) dont 2 383 avis sur personne, soit 8,3 % ;
- ✓ 15 avis défavorables administratifs (ADA) ;
- ✓ 8 752 avis techniques impossibles (ATI) soit 15,1 %.

3 DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION DANS LE DEPARTEMENT

3.1 Services et administrations impliqués dans l'expérimentation

⁸⁶ Inférieur à la tendance nationale de + 4 %.

[380] L'expérimentation a débuté dans le Rhône le 1 janvier 2011. Seuls deux versants de la fonction publique présents dans le département ont été concernés par l'expérimentation, la fonction publique hospitalière n'a pas été concernée dans ce département.

[381] 27 médecins conseils sont susceptibles de réaliser le contrôle médical des fonctionnaires dans le cadre de l'expérimentation auxquels il convient d'ajouter les 5 médecins qui sensibilisent de régulation des dépenses de santé, soit potentiellement 32 médecins-conseils.

DEPARTEMENT DU RHONE									
Appréciation du taux de mobilisation des administrations locales au regard du potentiel départemental									
POTENTIEL THEORIQUE DE PARTICIPATION DES ADMINISTRATIONS LOCALES					ENGAGEMENT MAXIMAL ATTEINT PENDANT L'EXPERIMENTATION		ENGAGEMENT ACTUEL (07/2015)		
Type FP	Institutions administratives de référence	Principales structures publiques déconcentrées / décentralisées locales	Estimation a minima du nombre d'institutions et services	Nombre d'agents publics employés	Nombre d'institutions et services	Estimation du nombre d'agents publics employés	Nombre d'institutions et services	Estimation du nombre d'agents publics employés	
FPE	Education nationale et enseignement supérieur	Rectorat, inspection académique, X universités, 65 lycées, 110 collèges, 575 écoles	752	46 800	2	800	1	400	
	Intérieur	préfecture, DDSP, DZPAF, SGAMI, service médicale PN, EM région gendarmerie, DZCRS, DRRF police	8	8 900	5	5 563	1	1 113	
	Finances et comptes publics	DRFIP, DDFIP, DIRECCTE, DIR Douanes, UT Directe, INSEE, direction contrôle fiscal	8	4 600	8	4 600	4	2 300	
	Justice	maisons d'arrêts, SPIP, DT PJJ, DIR PJJ, DISP	11	2 200	4	640	3	600	
	Autres	DDCS, DDPP, DDTM, DREAL, DRJSCS, DRAAF, DRAC, Lycée agricole, Défense CMG, DIR Routes	14	14 400	11	11 315	5	5 143	
Potentiel total FPE			793	76 900	30	22 918	14	9 556	
FPH	Santé	ARS, 1 CHR/CHU, 14 CH	16	30 400	0	0	0	0	
Potentiel total FPH								0	
FPT	région	conseil régional	1	14 400	0	0	0	0	
	département	1 conseil départemental, 1 SDIS	2		1	4 780	0	0	
	commune	288 dont 16 communes de plus de 20.000 habitants	16	35 500	0	0	0	0	
	EPCI	1 communauté d'agglomération, 13 communautés de communes, 1 métropole	2		0	0	0	0	
	autre EP local	CCAS			0	0	0	0	
Potentiel total FPT			21	49 900	1	4 780	0	0	
Source : Mission			Total par ministère ou catégories de collectivités de référence	Nombre d'agents publics employés	Total des services engagés sur une période au moins de l'expérimentation	Nombre d'agents publics employés	Total des services encore acteurs de l'expérimentation mi-2015	Nombre d'agents publics employés	
TOTAL			830	157 200	31	27 698	14	9 556	

3.1.1 Services, administrations et effectifs de fonctionnaires potentiellement concernés

3.1.2 Services et administrations effectivement concernées

NOMBRE DE DECLARATIONS SUR ADTF PAR AN PAR INSTITUTION DECONCENTREE DE L'ETAT DANS LE RHONE								
30 administrations engagées dans l'expérimentation	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Moyenne globale d'assiduité sur 2010-2015	Nombre d'années de participation
	DISP LYON	0	2	12	12	1		
DT PJJ DU RHONE	2	12	12	12	12	7	98%	6
DIR PJJ CENTRE EST	2	12	10	5	6	0	60%	5
Direction régionale de l'Institut national de la statistique et des études économiques Rhône-Alpes	0	8	12	6	0	0	45%	3
Direction départementale de la protection des populations	3	12	12	12	11	5	95%	6
DIRECCTE	1	12	12	12	12	7	97%	6
UT 69 DIRECCTE	0	11	12	12	12	6	91%	5
Direction Interrégionale des douanes de Lyon	0	12	12	12	12	5	91%	5
Défense - CMG - CPAM RHONE	2	12	12	12	12	3	91%	6
Préfecture du Rhône	3	12	12	12	12	5	97%	6
Direction départementale de la cohésion sociale	0	1	10	5	4	0	34%	4
DRJSCS	3	11	10	9	10	5	83%	6
DREAL RA	0	3	12	12	12	7	79%	5
Rectorat Académie de LYON SG	2	10	8	0	0	0	34%	3
Directions zonales des compagnies républicaines de sécurités (DZCRS)	1	0	0	0	0	0	2%	1
Secrétariat général pour l'administration de la Police (SGAP)	2	12	12	12	12	7	98%	6
Inspection académique du Rhône	2	12	12	12	12	7	98%	6
Direction régionale des finances publiques Rhône-Alpes et du département du Rhône Division des ressources humaines	3	12	12	12	12	7	100%	6
Direction Générale des Finances Publiques Centre de services informatiques de Lyon Service des ressources humaines	2	12	12	12	11	7	97%	6
Direction du contrôle fiscal Rhône-Alpes - Bourgogne Division des ressources humaines	3	12	12	12	12	7	100%	6
Ecole nationale du Trésor public service des ressources humaines	3	11	11	11	12	6	93%	6
Région de gendarmerie Rhône-Alpes (RGRA)	0	5	12	12	12	4	78%	5
Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF)	0	6	0	0	0	0	10%	1
DRAC et Service départemental de l'Architecture et du Patrimoine	0	12	12	12	10	2	83%	5
Direction départementale des territoires	0	7	12	12	12	7	86%	5
Lycée Agricole	0	6	10	11	9	7	74%	5
Maison d'arrêt de Lyon 69	0	0	1	10	12	7	52%	4
Maison d'arrêt de Villefranche sur Saone 69	0	0	5	12	12	7	62%	4
Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (CERTU)	0	3	10	4	0	0	29%	3
Centre d'Etudes Techniques de l'Equipement (CETE LYON SG/GRH)	0	0	9	7	0	0	28%	2

Source : Mission

Evaluation de la mobilisation et de l'assiduité des services déconcentrés de l'Etat dans le cadre de l'expérimentation

	nombre de services participants (a)	taux d'évolution de la participation par rapport à l'année n-1	Taux d'évolution de la participation par rapport à 2012	Taux de participation sur l'année	Nombre de services assidus tous les mois de l'année (c)	Taux d'assiduité sur l'année
depuis le 01/10/2010	15	*	*	50,00%	5	33%
2011	26	73,3%	*	86,70%	13	50,00%
2012	28	7,7%	*	93,30%	18	64,30%
2013	27	-3,6%	-3,6%	90,00%	18	67%
2014	23	-14,8%	-17,9%	76,70%	16	69,60%
Au 31/07/2015	21	-8,7%	-25,0%	70,00%	12	57,10%
MOYENNE	23			77,8%	14	56,8%

Lecture colonne (a) : par exemple, en 2012, 28 services ont, sur un mois au moins de l'année, enregistré leurs arrêts de travail sur ADTF

Lecture colonne (c) : par exemple, en 2012, sur les 28 services participants, seuls 18 ont enregistré leurs arrêts de travail sur ADTF sur tous les mois de l'année

Nombre de services ayant participé au moins une fois à l'expérimentation	Nombre de services ayant participé au plus un an	Nombre de services ayant participé au plus deux ans	Nombre de services ayant participé au plus trois ans	Nombre de services ayant participé au plus 4 ans	Nombre de services ayant participé au plus 5 ans	Nombre de services ayant participé à l'ensemble de la période d'expérimentation
30	2	1	3	4	8	12
	6,7%	3,3%	10,0%	13,3%	26,7%	40,0%
	20% des services ont cessé toute participation au bout de trois ans					

Source : Mission

3.2 Le contrôle administratif des heures de sortie

- [382] Seule la CPAM du Rhône a expérimenté le contrôle des heures de sortie des administrations situées sur son ressort géographique⁸⁷. Une personne dédiée, recrutée lors de la mise en place de l'expérimentation, gère l'outil ADFT et réalise les contrôles pour les agents résidant dans le Rhône.
- [383] Le nombre des contrôles, relativement conséquent au démarrage de l'expérimentation, n'a cessé de décroître au fil des années, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 18 : Résultats des contrôles administratifs des heures de sortie

	2010-201	2012	2013	2014	2015
Nombres de contrôles	220	249	159	113	80
Agents présents	101	153	105	62	41
Agents absents	57	54	36	28	19
Contrôles impossibles	62	42	18	23	20
dont FPT		59	36	14	0*
Kms parcourus		2627	1668	1354	1334
Moyenne jours de contrôles		28	18	13	

Source : CPAM du Rhône, retraités par la mission

* Le conseil départemental a souhaité se désengager de l'expérimentation en 2014.

- [384] Les suites de ces contrôles demeurent imparfaitement exploitables. Contrairement à ce qui est pratiqué dans le régime général, en cas d'absence de l'agent, l'avis est transmis à l'ELSM qui réalise alors un contrôle médical. Le résultat est alors globalisé avec ceux du contrôle médical classique dont les résultats sont présentés ci-après.

3.3 Résultats consolidés du contrôle médical des fonctionnaires

- Nombre d'arrêts maladie contrôlés : 2 993
 - Nombre d'arrêts justifiés : 1 716 (1411 AF sur personne) : 57,3 % AF ;
 - Nombre d'arrêts injustifiés : 86 ADM dont 80 sur personne : 2,9 % ADM ;
 - Nombre de contrôles impossibles : 1 191 soit 39,8 % avis techniques impossibles ATI (absence à convocation, reprise du travail, problème d'adresse).

4 AVIS DE L'ELSM SUR L'EXPERIMENTATION

- [385] L'ELSM met en exergue l'absence de connaissance des suites données par l'administration en particulier pour les avis défavorables. Les freins identifiés par l'ELSM dans la mise en œuvre opérationnelle de l'expérimentation :
- Absence de connaissance du motif médical accompagnant l'avis d'arrêt de travail : cette méconnaissance par le service médical de contrôle ne lui permet ni de cibler les contrôles.
 - La connaissance de la consommation de soins permettrait d'aider le médecin-conseil dans sa décision, car elle donne notamment des indices sur le nomadisme ; les classes thérapeutiques (médicaments) et la régularité des traitements (présomption de la consommation réelle).

⁸⁷ L'article 91 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2010 prévoyait, outre le contrôle des arrêts maladie par les médecins-conseil, un contrôle administratif des heures de sorties autorisées. Ce même article prévoit parallèlement la création d'une sanction ad hoc en cas de non respect des heures de sortie autorisées non justifiées par des soins : l'administration peut retenir une partie de la rémunération l'agent, dans la limite de 50 %.

ANNEXE 4 : PROCESS DU CONTROLE DES CONGES DE MALADIE ORDINAIRE

[386] Cette annexe expose de façon synthétique les grands principes de la procédure de contrôle des congés de maladie ordinaire applicable dans :

- la fonction publique ;
- l'expérimentation ;
- le régime général.

[387] Elle vient en complément des process exposés à la suite sous forme de graphique.

1 LA PROCEDURE DE DROIT COMMUN DANS LE FONCTION PUBLIQUE

1.1 Le principe

[388] L'administration peut mandater un médecin agréé pour effectuer une contre-visite. Celle-ci est de nature administrative ou médicale. La première contrôle le respect des heures de sortie et l'absence d'activité rémunérée parallèle, la seconde s'assure de la pertinence médicale de l'arrêt. L'agent a l'obligation de se soumettre à ce contrôle. Dans le cas inverse, le médecin agréé signale la non-soumission à l'administration, laquelle peut suspendre le traitement du fonctionnaire.

1.2 Les sanctions découlant d'un contrôle

- Dans le cadre du contrôle administratif

[389] L'absence au domicile en dehors des heures de sorties autorisées n'a aucun impact sur le fonctionnaire, aucun texte législatif ne prévoit de sanction ! L'exercice d'une activité rémunérée, si elle peut être objectivée, est quant à elle passible d'une suspension du paiement du traitement, voire de sanctions disciplinaires. Ces mesures restent cependant à la discrétion de l'employeur public.

- Dans le cadre du contrôle médical

[390] La contre-visite se déroule soit au domicile de l'agent, soit au cabinet médical du médecin agréé. En cas d'arrêt non-justifié, l'agent est sommé de reprendre le travail. Un refus de sa part entraîne sa radiation pour abandon de poste. En cas de justifications insuffisantes, l'agent est mis, en théorie, en congé sans traitement à compter du jour de la constatation de l'absence.

[391] Le fonctionnaire peut contester la décision du médecin agréé en exerçant un recours gracieux ou contentieux.

[392] Dans le premier cas, l'agent saisit le comité médical, instance consultative d'appel. Il peut ensuite saisir le comité médical supérieur en tant qu'instance consultative d'appel des avis rendus par le comité médical. En cas de persistance du désaccord, il est possible de demander une nouvelle consultation avant que l'affaire ne soit portée au contentieux.

[393] L'administration peut alors solliciter une contre-expertise à un autre médecin spécialiste agréé. Si les conclusions de celui-ci corroborent celles du comité médical, l'administration arrête sa décision. Si elles divergent en revanche, l'administration peut demander une nouvelle délibération à l'instance consultative. Ces démarches se font à l'initiative de l'administration.

- [394] La réglementation ne prévoit pas de délai pour contester les conclusions du médecin agréé et l'avis du comité médical.

1.3 Actualité

- [395] Le décret n° 2014-1133 du 3 octobre 2014 renforce en amont la procédure de contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires en sanctionnant la non-transmission dans un délai de 48 heures de l'avis d'arrêt à l'administration. Cette disposition rapproche la fonction publique du droit commun du régime général, dans lequel le délai de transmission est opposable depuis la réforme de l'Assurance-maladie en 2004⁸⁸.

2 L'EXPERIMENTATION

2.1 Le principe

- [396] Les agents sont susceptibles de se soumettre à un contrôle administratif (Lyon uniquement) ou médical. Dans ce dernier cas, sont systématiquement contrôlés les arrêts de plus de 45 jours consécutifs, et de façon ponctuelle ceux itératifs, c'est-à-dire comprenant plus de 3 arrêts de travail de courte durée au cours des 12 derniers mois, dès lors que le 4e arrêt est d'une durée supérieure à 15 jours.

2.2 Les sanctions découlant du contrôle

2.2.1 Dans le cadre du contrôle administratif

- [397] Contrairement aux dispositions en vigueur dans le droit commun de la fonction publique, un agent absent en dehors des heures de sorties autorisées encourt une retenue sur salaire dans la limite de 50% de son traitement.

2.2.2 Dans le cadre du contrôle médical

- [398] La contre-visite se déroule, après convocation, dans les locaux de l'Echelon local du service médical (ELSM). La non-soumission de l'agent au contrôle peut faire l'objet, après signalement à l'administration, d'une mise en demeure et éventuellement d'une interruption du paiement du traitement.
- [399] La consultation médicale vise à confirmer la pertinence de l'arrêt. Dans le cas où l'arrêt serait injustifié, l'agent est enjoint, par notification administrative, de reprendre le travail. Un refus de sa part entraîne en théorie la suspension du paiement de son traitement par l'administration.
- [400] L'agent peut contester les conclusions du médecin-conseil devant le comité médical compétent, conformément aux dispositions de la partie III de l'article 91 de la LFSS pour 2010⁸⁹.

⁸⁸ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

⁸⁹ En outre, en application des articles R. 421-1 à R. 421-7 du code de justice administrative, il peut former un recours administratif gracieux et/ou hiérarchique dans les deux mois de la notification de la décision de l'administration ainsi qu'un recours contentieux devant le tribunal administratif, dans les mêmes délais.

3 LE REGIME GENERAL

3.1 La transmission de l'arrêt de travail à la CPAM dans un délai de 48h

- [401] Depuis la réforme précitée de l'Assurance-maladie en 2004, l'agent a l'obligation de transmettre dans un délai de 48 heures l'avis d'arrêt à sa caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).
- [402] L'arrêt maladie peut ensuite être contrôlé sur **l'initiative de la Sécurité sociale** et/ou sur celle de **l'employeur**. Il s'agit de deux procédures distinctes qui suivent des règles différentes.

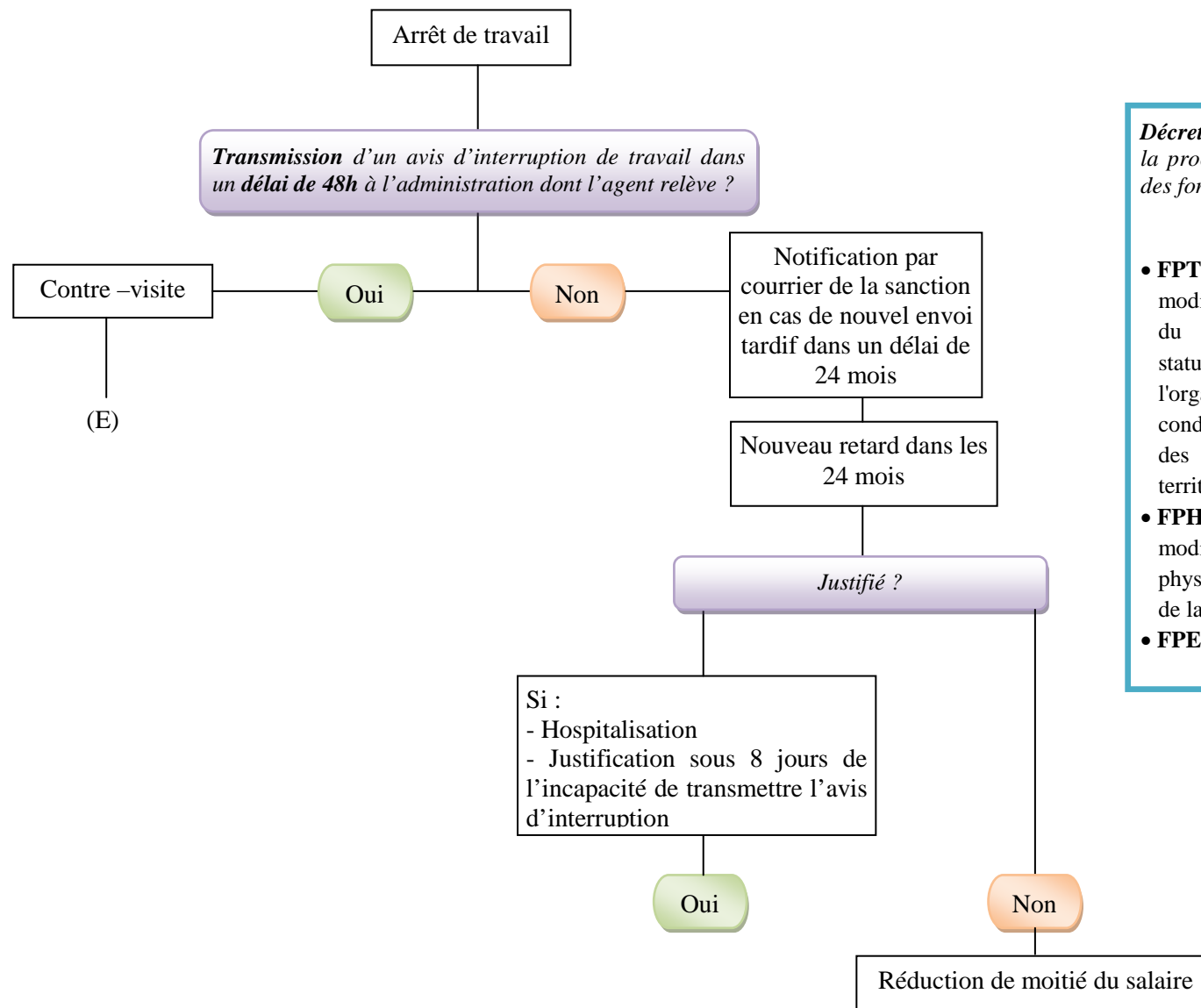
3.2 Le contrôle sur l'initiative des services médicaux de la CPAM

- [403] Outre les **contrôles systématiques** répondant à des critères de durée (par exemple 45 jours), l'Echelon local du service médical (ELSM) procède également à des **contrôles ciblés en fonction d'une analyse médico-administrative**.
- [404] La visite se fait sur convocation du médecin-conseil dans les locaux de l'ELSM. En cas d'avis de non-justification médicale, le médecin demande à la CPAM de **suspendre les indemnités journalières (IJ)** versées à l'agent.
- [405] Celui-ci peut **contester la décision**. Son médecin traitant doit alors solliciter, conjointement au médecin-conseil, un médecin expert. Ce dernier fait parvenir son avis au service du contrôle médical et les conclusions de l'expertise sont transmises à la CPAM. La caisse prend une décision suite aux conclusions de l'expert et la notifie à l'assuré.

3.3 Le contrôle sur l'initiative de l'employeur

- [406] Les employeurs recourent au médecin agréé de leur choix. Dans la pratique, ils font souvent appel à des sociétés spécialisées.
- [407] En cas d'arrêt injustifié ou d'impossibilité de contrôle, le médecin diligenté par l'employeur transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un **délai maximal de quarante-huit heures**. Au vu de ce rapport, la caisse se prononce en faveur soit de la suspension des IJ, soit d'un nouvel examen de la situation de l'assuré. Dans le premier cas, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour ré-examen de sa situation. L'avis du service du contrôle médical fait alors autorité.

Process du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires (procédure de droit commun)



Décret n° 2014-1133 du 3 octobre 2014 relatif à la procédure de contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires.

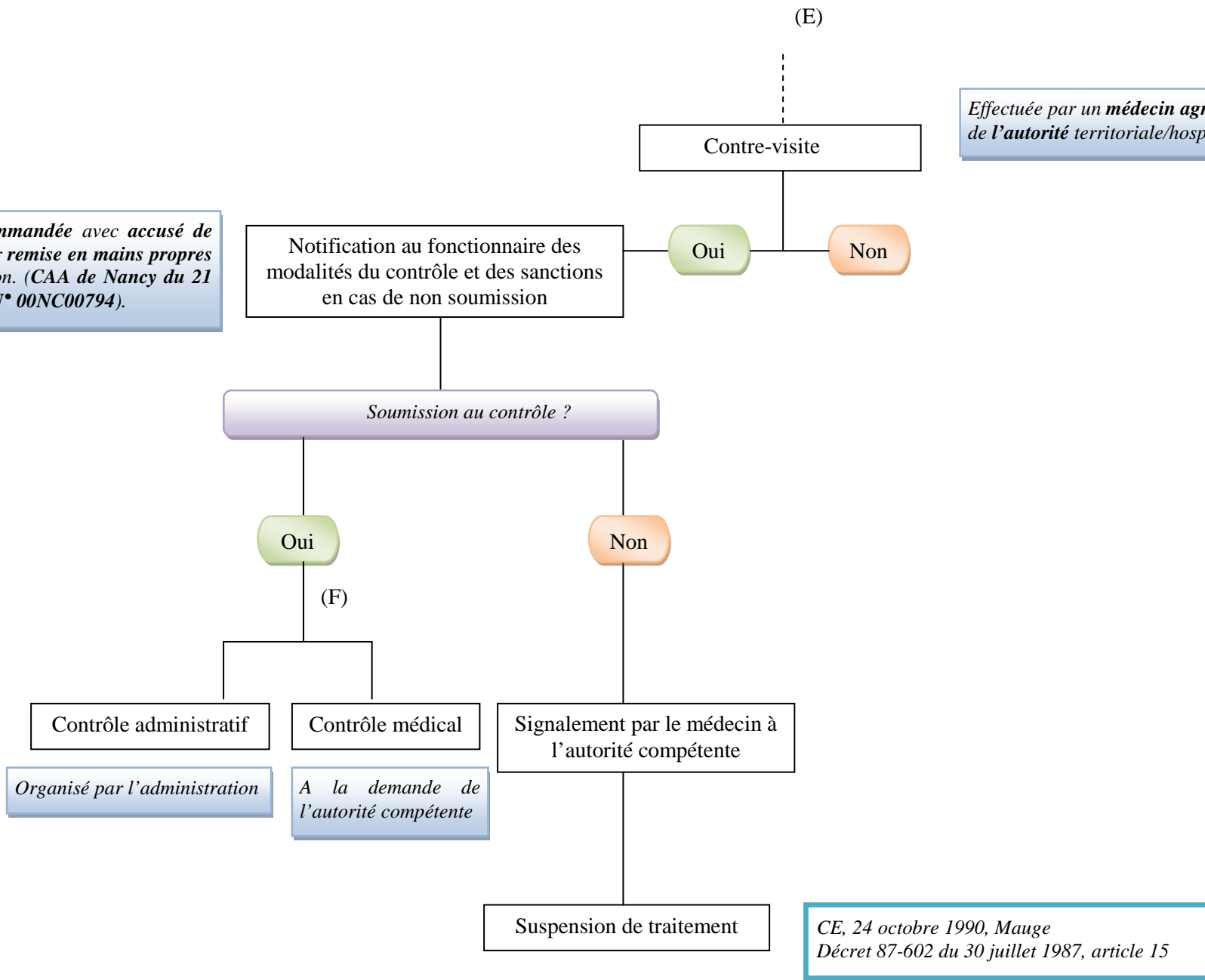
Textes modifiés :

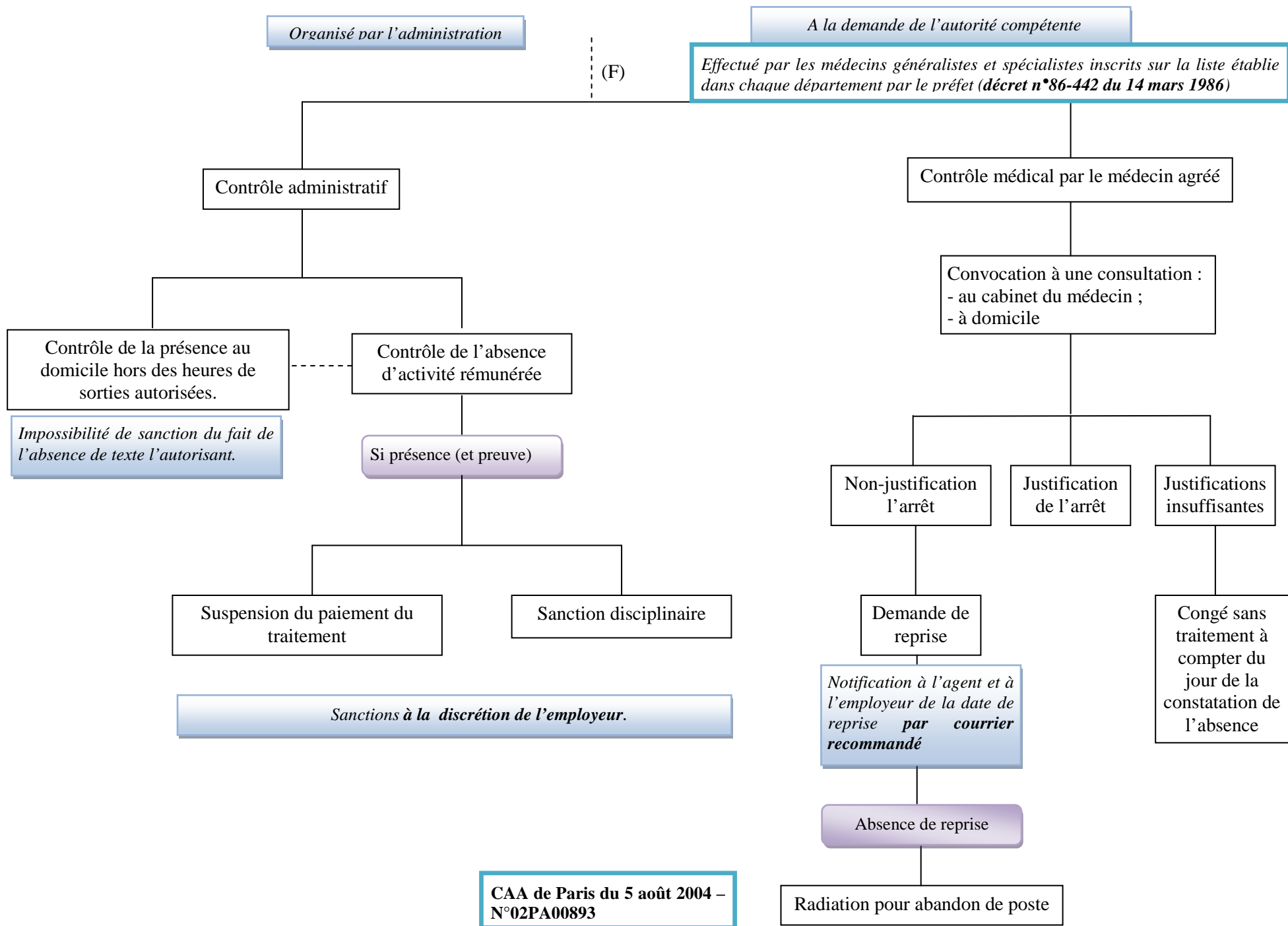
- **FPT** : décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié pris pour application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la FPT et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;
- **FPH** : décret n° 88-386 du 19 avril 1988 modifié relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la FPH.
- **FPE** : décret n°86-442 du 14 mars 1986.

(E)

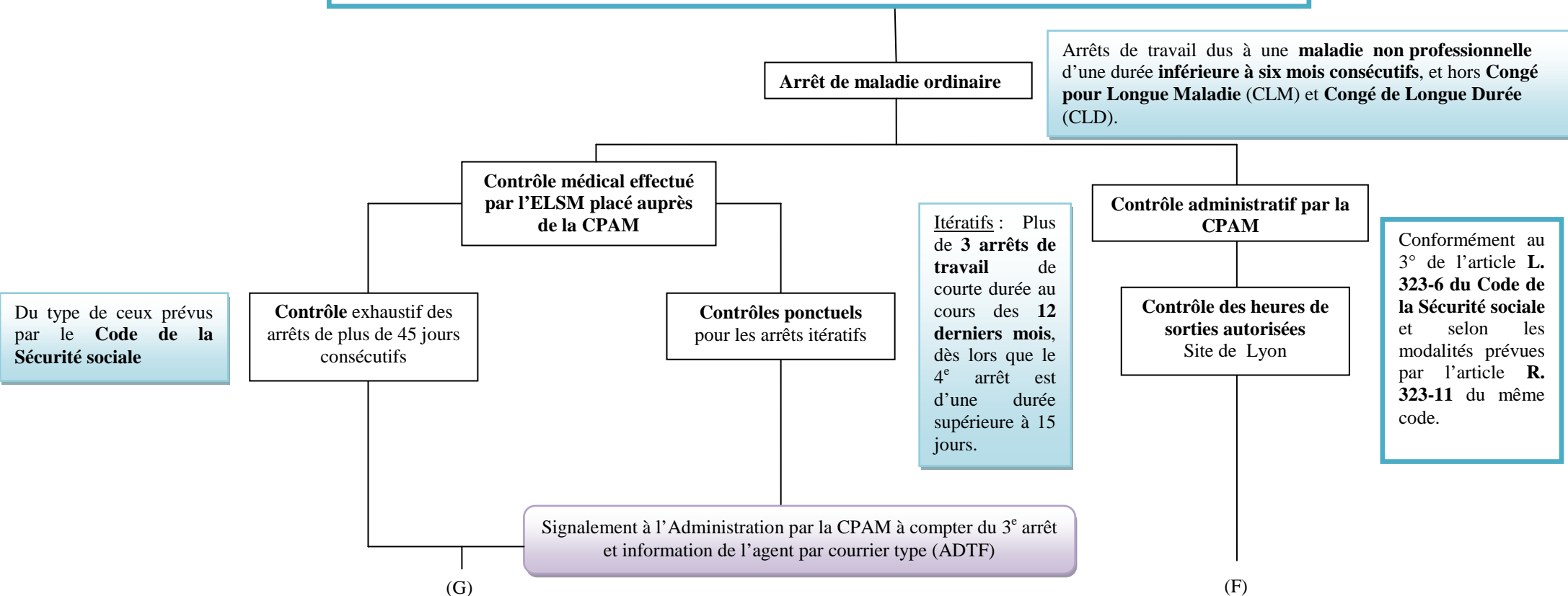
Effectuée par un **médecin agréé** à la demande de l'**autorité territoriale/hospitalière/ centrale**

Par **lettre recommandée avec accusé de réception** ou par **remise en mains propres** de la convocation. (CAA de Nancy du 21 octobre 2004 - N° 00NC00794).





Process du contrôle des arrêts maladie dans le cadre de l'expérimentation



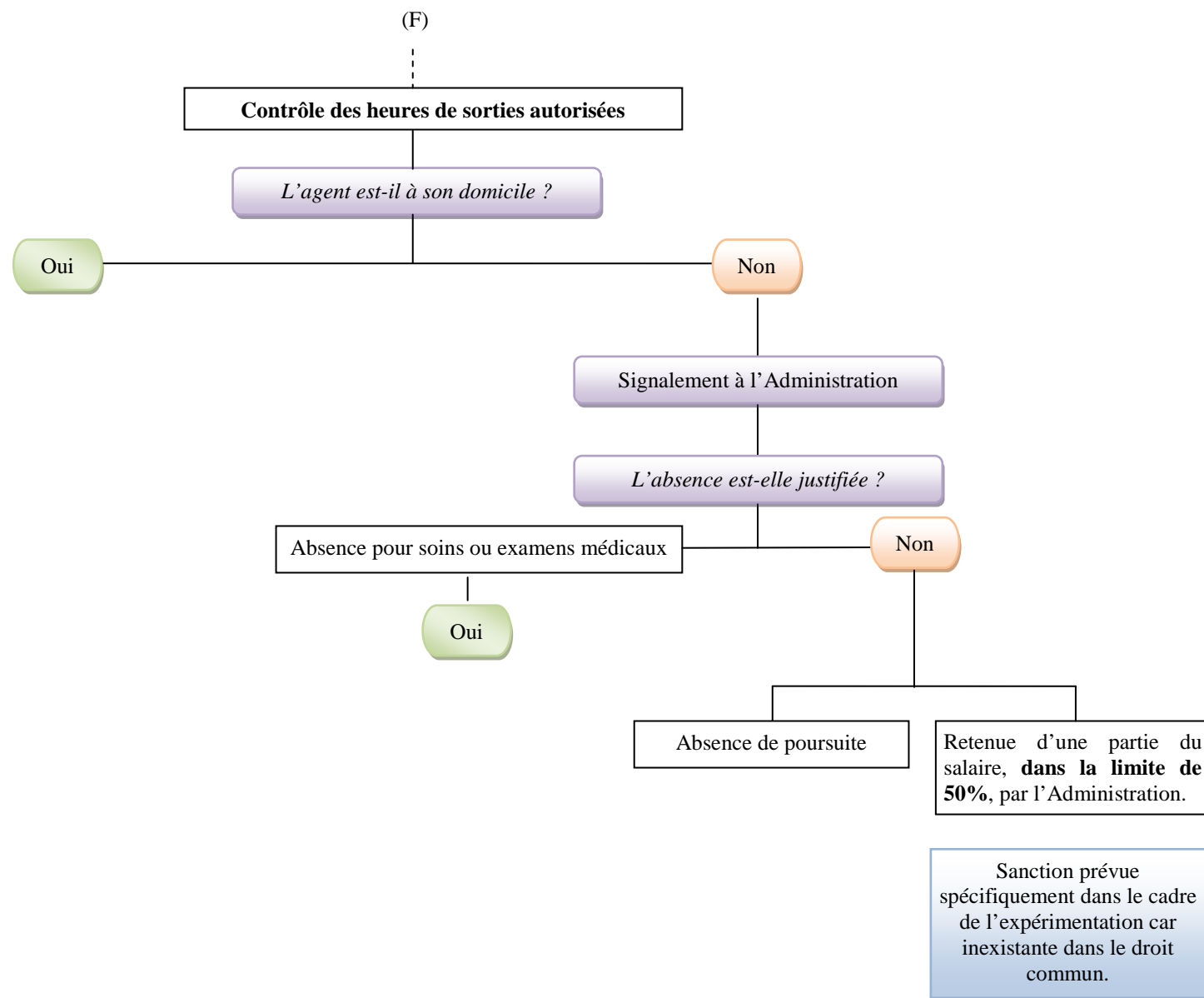
Textes principaux:

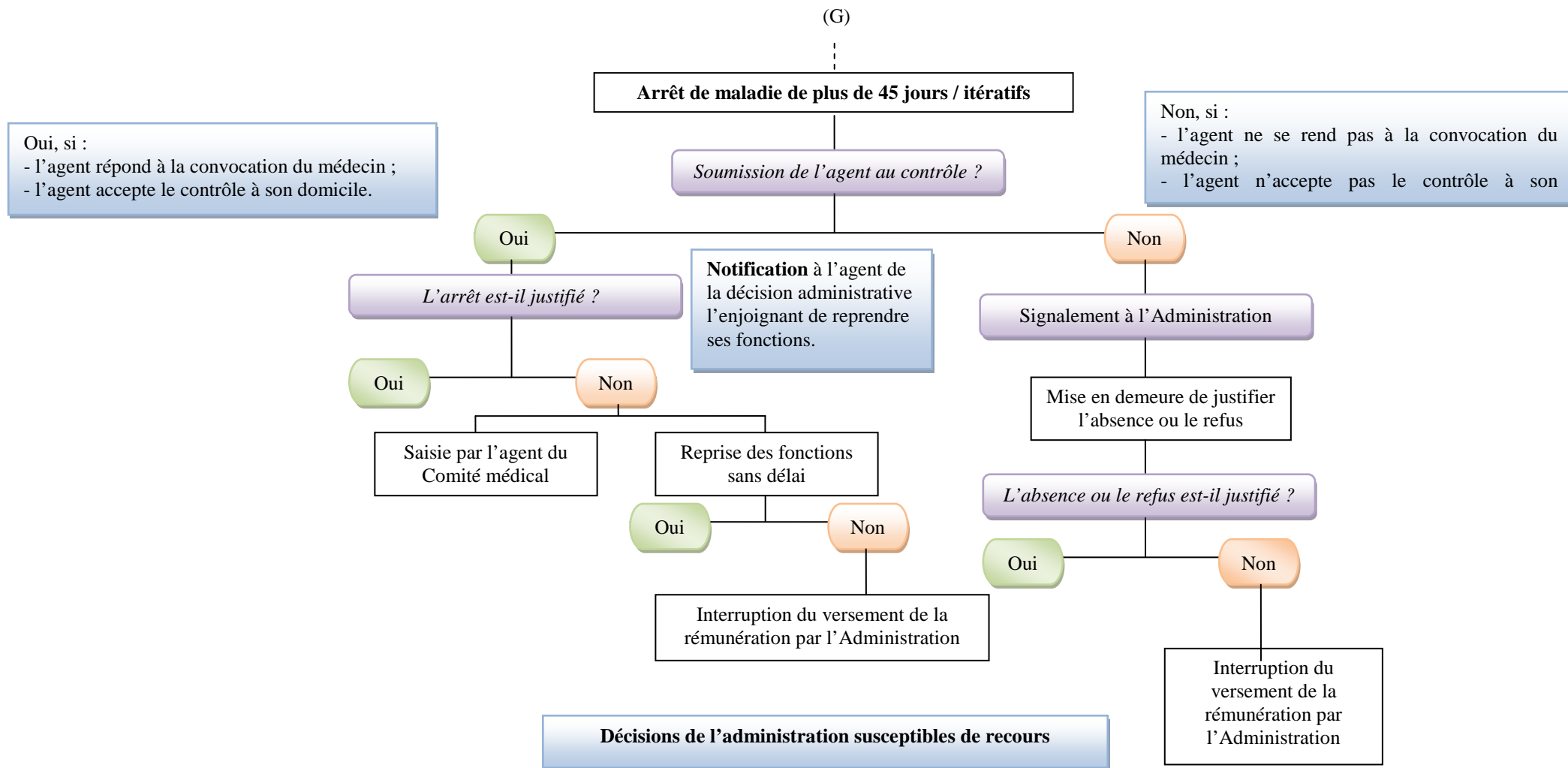
- L'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Il a autorisé l'expérimentation, pour deux ans, du transfert aux Caisses Primaires d'Assurance-Maladie (CPAM) du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires.

- Trois conventions-cadre nationales :

- Convention de partenariat Etat-CNAMTS du 26 mars 2010 sur le contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires d'Etat (JO 2 mai 2010) et avenant n°1 (JO 30 juin 2010) ;
- Convention cadre nationale ETAT-CNAMTS du 25 juin 2010 sur le contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires hospitaliers (JO 15 septembre 2010) ;
- Convention cadre nationale ETAT-CNAMTS du 25 juin 2010 sur le contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires territoriaux (JO 15 septembre 2010) et avenant n°1 (JO 31 juillet 2012).

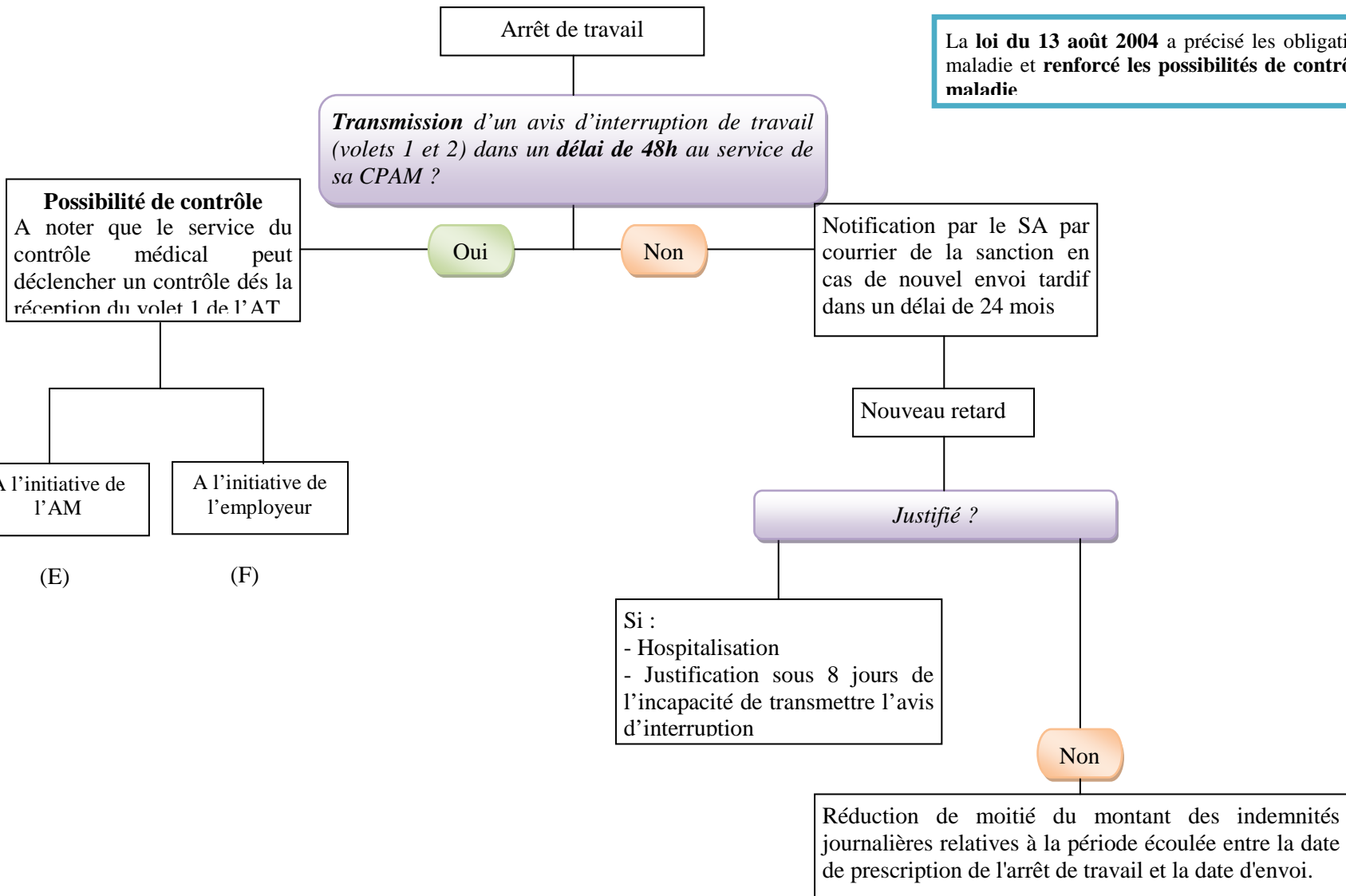




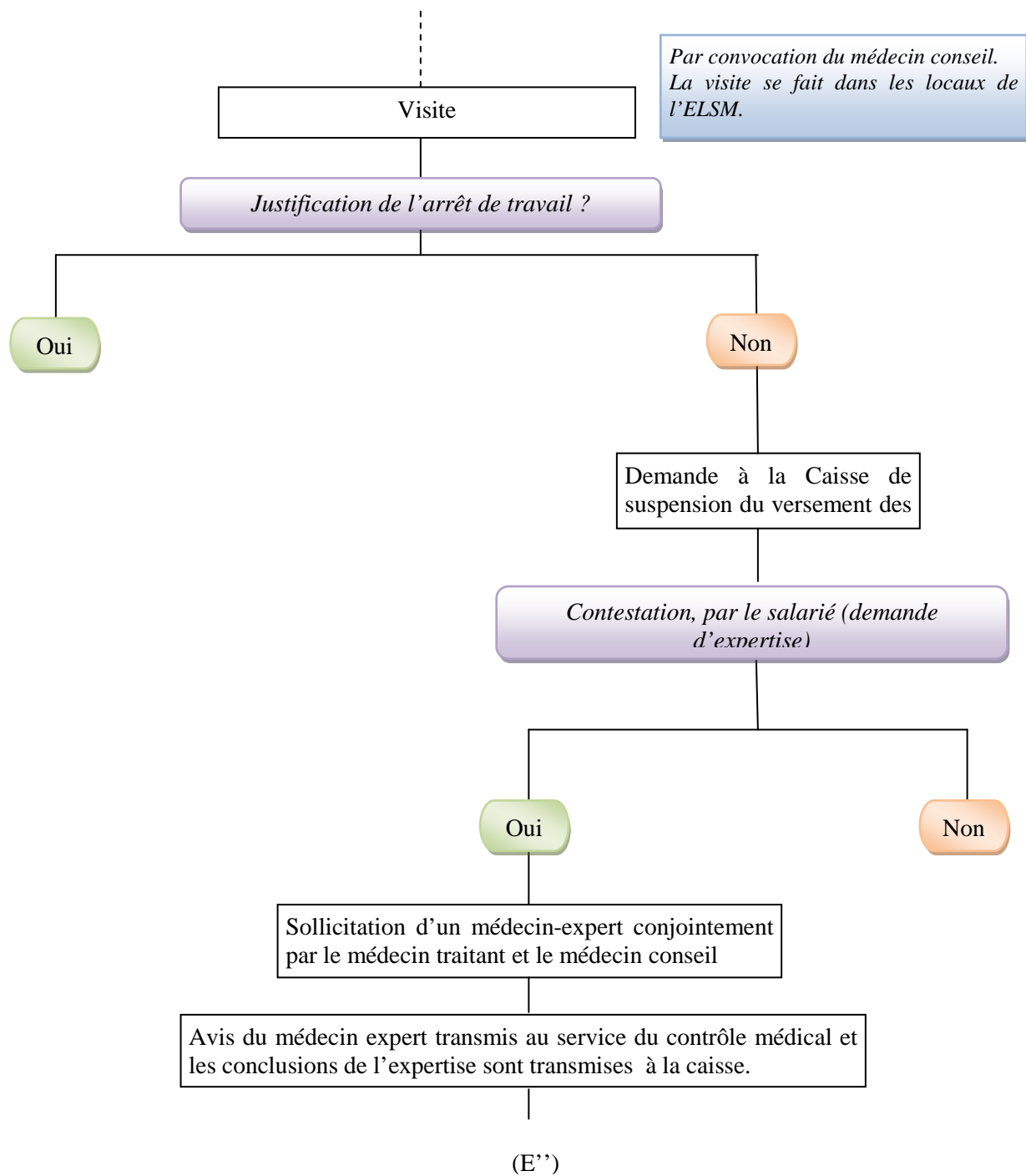
Toutes ces étapes sont saisies dans l'« **outil de partage** » (ADTF) commun aux caisses et aux administrations, de l'avis rendu après contrôle

Process du contrôle des arrêts maladie des salariés du privé (régime général)

Le bien-fondé d'un arrêt maladie peut être contrôlé à l'initiative de la Sécurité sociale et celle de l'employeur.
Deux procédures distinctes qui obéissent à des règles différentes.

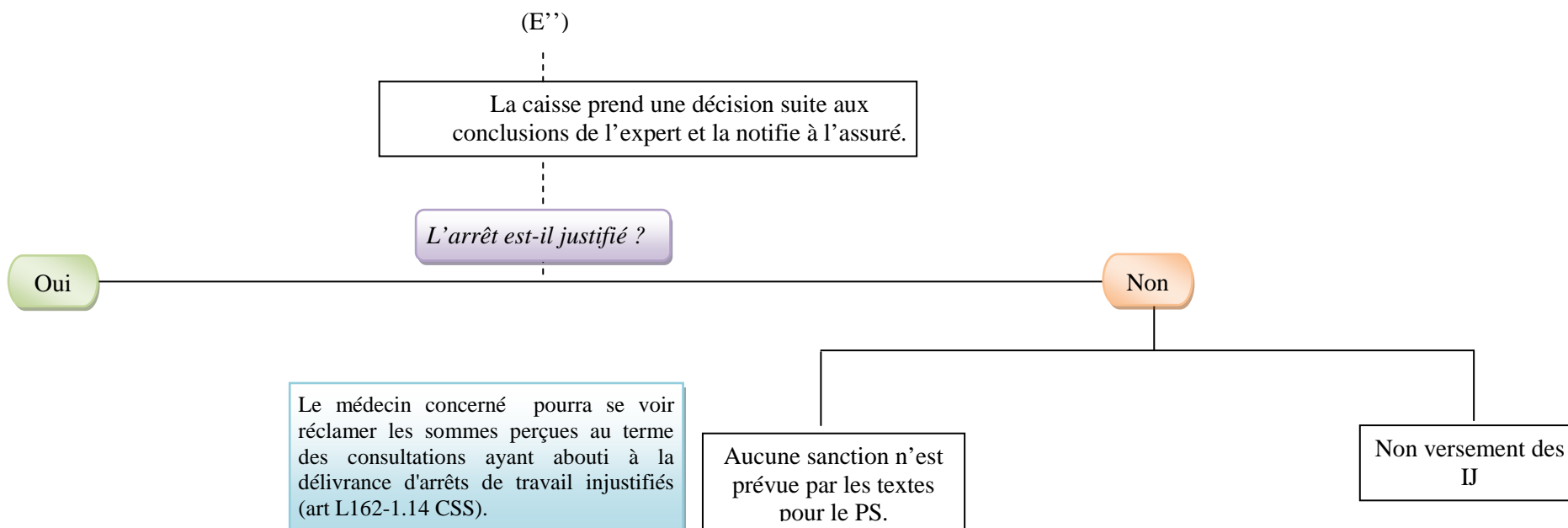


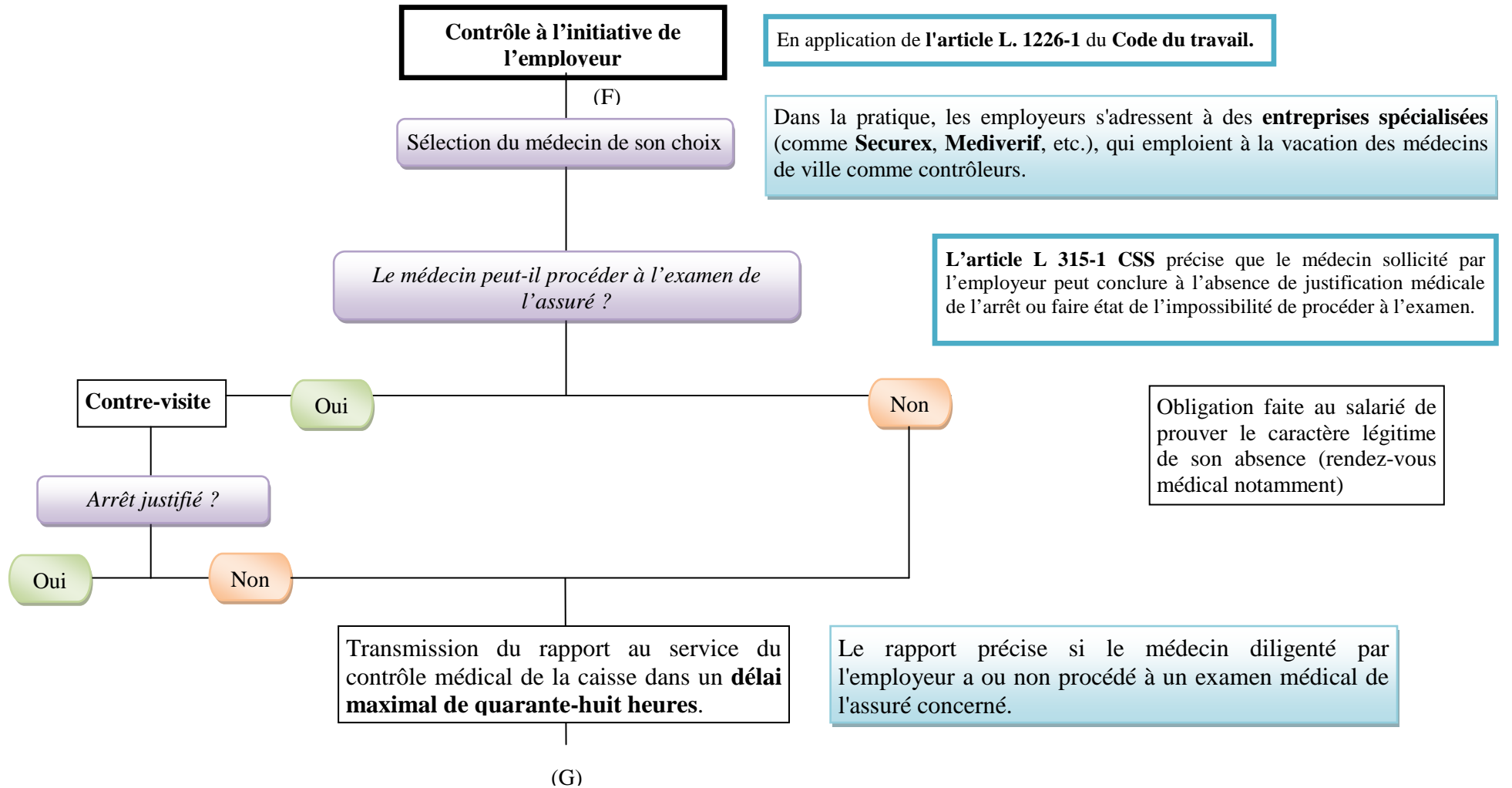
La loi du 13 août 2004 a précisé les obligations des assurés en matière d'arrêt maladie et renforcé les possibilités de contrôle et de sanction de l'Assurance maladie



La suspension prend effet au plus tôt à la date de l'examen par le médecin-conseil.

A noter : L'employeur est systématiquement averti lorsque l'assurance-maladie décide de suspendre les indemnités journalières d'un salarié. Il peut alors décider de ne plus assurer le maintien de salaire de son employé.





Textes fondateurs des pouvoirs de contrôle de l'employeur :

- Article L315-1 du CSS
- **Loi sur la mensualisation du 19 janvier 1978.**

Ces pouvoirs, distincts de ceux de la Sécurité sociale, ont été accrus par la **loi du 18 décembre 2003**.

Décision de l'ELSM à l'aune du rapport du médecin agréé.

Demande par l'ELSM à la CPAM de suspendre les IJ

Notification à l'agent.

Contestation par l'agent ?

Oui

Non

Avis du service médical

(G)

Nouvel examen de la situation de l'assuré par l'ELSM

Ce nouvel examen est **de droit** si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré.

L'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation.

ANNEXE 5 : REFERENTIEL DE DUREE DES ARRETS MALADIE

- [408] Les référentiels désignent des guides non opposables pour le professionnel de santé. Ils ont vocation à devenir des références dans le domaine concerné, d'autant qu'ils abordent plusieurs enjeux : les bonnes pratiques médicales, la relation patient-médecin et la régulation des dépenses de santé. En effet, ils sont :
- Une base de données objectives sur laquelle peut s'appuyer tout médecin-conseil de l'Assurance-maladie pour rendre ses avis. Les arrêts maladie sont optimisés en permettant une plus grande cohérence entre la durée du congé et la pathologie en cause. Les dépenses en indemnités journalières (IJ) sont *in fine* rationalisées ;
 - Une aide à la prescription pour les praticiens. Les référentiels s'inscrivent ainsi dans l'objectif de « bonnes pratiques » caractéristique des systèmes de santé développés ;
 - Un outil facilitant le dialogue entre le médecin et son patient ;
- [409] Le recours aux référentiels de durée des arrêts maladie tend à se développer de plus en plus. Une revue des pratiques à l'international puis en France permet d'appréhender la pertinence de leur usage, et d'envisager l'évolution possible des pratiques en France.

1 BREF PANORAMA DE L'UTILISATION DE REFERENTIELS DE DUREE D'ARRET MALADIE A L'INTERNATIONAL

- [410] La revue systématique de la littérature laisse supposer qu'un tel dispositif est certes peu utilisé à l'échelle mondiale, mais commencerait néanmoins à se répandre dans les systèmes de santé développés : il a ainsi été mis en place au début des années 2000 aux Etats-Unis, en 2008 en Suède, en 2010 en France et en 2011 à Dubaï. Toutefois, ces référentiels demeurent non opposables dans chacun de ces pays et non-prescriptif vis-à-vis des médecins.

1.1 En Angleterre

- [411] Il n'existe pas à proprement parlé de référentiel national des durées d'arrêt de travail.
- [412] Néanmoins, des sociétés savantes édictent des recommandations dans leur spécialité d'exercice⁹⁰.

1.2 Aux Etats-Unis

- [413] Le guide d'aide à la prescription médicale (*US-based Medical Disability Advisor*, MDA)⁹¹ se veut un outil de référence pour compléter ou assister l'expertise médicale du praticien.
- [414] Classé par blessure, pathologie ou acte traitement, il présente les durées d'arrêts sous forme de tableaux mentionnant la durée minimale, moyenne et maximale, selon le type d'emploi.

⁹⁰ Voir notamment les recommandations du Royal College of Surgeons of England concernant l'ablation de la vessie : *Get Well Soon : Helping you to make a speedy recovery after gall bladder removal* : http://www.rcseng.ac.uk/patient_information/return-to-work/gall-bladder.

⁹¹ A ce sujet, voir : Reed, P. (2001). *Medical Disability Advisor : Workplace Guidelines for Disability Duration*. 4^e édition, Boulder, Colorado.

- [415] Les informations complémentaires concernent notamment les thérapies de réadaptation, la fréquence et la durée du traitement, les co-morbidités et les autres facteurs influençant la durée de l'arrêt.

Exemple : Durée d'arrêt pour l'épicondylite (tendinite du coude)

DURATION IN DAYS				
JOB CLASSIFICATION	WORK TYPE	MINIMUM	OPTIMUM	MAXIMUM
	Sedentary	0	7	28
	Light	1	10	28
	Medium	7	21	56
	Heavy	14	28	56
	Very heavy	14	28	56

Facteurs influençant la durée :

Bras dominant/ non dominant, exigences au travail (utilisation du poignet, de l'avant-bras), thérapie conservatrice/ chirurgicale et observance du programme de rééducation influencent tous la durée d'incapacité.

Source : Reed, P. (2001). Medical Disability Advisor : Workplace Guidelines for Disability Duration. 4e édition, Boulder, Colorado.

- [416] Toutefois, les valeurs ne représentent ni des *minima* ni des *maxima* dans l'absolu. Il s'agit davantage de poser des **jalons temporels pour une éventuelle visite ou décision**.

1.3 A Dubai

- [417] Le Comité médical général de Dubai (*General Medical Committee in Dubai*) a mis en place en 2011 un *Guide des durées d'arrêts maladie*, en coopération avec le département médical de la Haute autorité de santé (Dubai Health Authority Medical Department).

- [418] Divisé en 19 spécialités médicales, le *Guide* couvre actuellement un nombre de pathologies et d'actes médicaux beaucoup plus élevé que les référentiels de la CNAMTS.

1.4 En Suède

- [419] En 2008, une série de décisions gouvernementale a institué une durée maximum d'arrêt de travail et un référentiel de durées des arrêts maladie. L'accent est mis sur l'idée que certifier et « rationaliser » les arrêts de travail est un processus requérant les mêmes standards de qualité que dans d'autres activités de soins.

2 UNE PRATIQUE EN FRANCE EN VOIE DE DEVELOPPEMENT

2.1 Les fiches-repère de l'Assurance-Maladie

- [420] Leur utilisation en France est récente.
- [421] Les référentiels sont effectivement introduits par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009⁹², dont l'article 53 initie la possibilité pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de consulter la Haute autorité de santé (HAS) sur tout projet de référentiel de durées indicatives d'arrêts de travail.
- [422] Les documents produits par la CNAMTS sont formalisés : ils se présentent sous la forme de fiches *recto-verso*, proposant des durées indicatives d'arrêt de travail en fonction d'une pathologie ou suite à un acte, avec une prise en compte du type d'emploi (sédentaire ou physique).
- [423] Afin de répondre à ces sollicitations, la HAS effectue des revues des recommandations pratiques cliniques françaises et internationales sur les thèmes de santé ciblés et sollicite les sociétés savantes. Néanmoins, les sociétés savantes semblent encore peu sensibilisées aux enjeux de tels référentiels, et *in fine* peu réactives sur ces problématiques.
- [424] Ces référentiels sont ensuite distribués aux médecins généralistes par les délégués médicaux, et aux médecins spécialistes par les médecins conseil de la CNAMTS. Actuellement, 62 pathologies sont couvertes par les référentiels de durée. En outre, les logiciels d'arrêts de travail dématérialisés proposent systématiquement les durées de références concernant la pathologie saisie dans le logiciel. Ces durées restent néanmoins indicatives.
- [425] Les actions locales de sensibilisation des médecins se développent également. Par exemple, la CPAM des Alpes-Maritimes a mis ces fiches-repères à la disposition des médecins par messagerie électronique « **Flash Info** ».

⁹² Article L161-39 du Code de la sécurité sociale

2.2 Exemple de fiche repère (source site internet de l'Assurance maladie « ameli »)



ARRÊT DE TRAVAIL

Appendicectomie

Juin
2012

i après avis de la HAS⁽¹⁾

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées.
Elles sont indicatives et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de chaque patient.

Type d'emploi		Durée de référence*	
		Coelioscopie	Chirurgie à ciel ouvert
Travail sédentaire		7 jours	10 jours
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10 kg ou Charge répétée < 5 kg	10 jours	14 jours
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 25 kg ou Charge répétée < 10 kg	14 jours	21 jours
Travail physique lourd	Charge > 25 kg	21 jours	28 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail.
Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

La durée de l'arrêt est à adapter selon :

- l'état général du patient,
- la présence d'abcès ou de péritonite,
- la notion de rupture de l'appendice,
- la technique chirurgicale employée.



Appendicectomie



Restauration des capacités fonctionnelles

Le retour aux activités habituelles est généralement plus rapide après coelioscopie. La conduite automobile et le port de charges sont déconseillés pendant 7 jours environ.

Reprise des activités professionnelles

Le plus souvent, les activités professionnelles peuvent être reprises sans condition particulière sauf pour le port de charges lourdes pendant les premières semaines.

Reprise des activités sportives et de loisir

Les activités physiques de fond (natation, jogging, vélo...) peuvent être reprises de façon progressive à partir du 15^{ème} jour.

Pour les activités physiques intenses, 1 à 2 mois peuvent être nécessaires.

▶ **Votre patient a-t-il reçu une information rassurante pour lui permettre de reprendre ses activités sans appréhension ?**

▶ **La question de la reprise de l'emploi a-t-elle été abordée dès le début de l'arrêt ?**

▶ **Votre patient a-t-il été informé des délais à respecter avant de reprendre ses activités sportives et de loisir ?**

Sources :

NHS Choices, Appendicitis UK, April 2010.
 Official Disability Guidelines, 14th Edition, 2009.
 Guide d'utilisation des arrêts de travail, Espagne, 2^{ème} édition.
 Medical Disability Advisor, Reed Group, 5th Edition, 2009.
 SAGES: Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons, Patient Information from your surgeon, Laparoscopic Appendectomy, <http://www.sages.org/publications/IGIG>
 ACS, American College of Surgeons, Appendectomy, http://www.facs.org/public_info/operation/brochures/epg.pdf
 NIH, National Institutes of Health, Appendectomy, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/article002071.htm>

© www.hes-soris.fr

Jan 2015 / DSS / 54 / 2015

ANNEXE 6 : DOCUMENT DE TRAVAIL – AVANT-PROJET DE DECRET N°XXX-2015 DU X-X- 2015 RELATIF AU REGIME DE CONGE MALADIE ORDINAIRE DES FONCTIONNAIRES ET A LA PREVENTION DE L'ABSENTEISME MEDICAL

Publics concernés : fonctionnaires des trois fonctions publiques.

Objet : Réaménagement des conditions de contrôle d'un congé de maladie ordinaire des fonctionnaires.

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, du ministre de l'intérieur et de la ministre de la décentralisation et de la fonction publique,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014, notamment son article 126 ;

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

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

Vu le décret n° 88-386 du 19 avril 1988 modifié relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2014-1133 du 3 octobre 2014 relatif à la procédure de contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires ;

Vu l'avis du conseil commun de la fonction publique du X-X-2015 ;

Vu l'avis du conseil national d'évaluation des normes du x-x-2015;

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

Décrète :

Article 1^{er}

Le décret du 24 mars 1986 susvisé est ainsi modifié :

I – L'article 25 est remplacé par les dispositions suivantes : « Pour obtenir un congé de maladie ainsi que le renouvellement du congé initialement accordé, **et sauf cas de force majeure**, le fonctionnaire :

1° informe par tout moyen son supérieur hiérarchique de son absence avant l'heure fixée pour la prise de service ;

2° adresse à l'administration dont il relève, dans un délai de 48 heures suivant son établissement, un avis d'interruption de travail ;

3° adresse au médecin de l'administration une copie du volet médical de son avis d'interruption de travail sous pli fermé comportant la mention « secret médical ».

L'avis d'interruption de travail mentionné au 2° du 1^{er} alinéa indique, d'après les prescriptions d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme, la durée probable de l'incapacité de travail. En cas d'envoi de cet avis d'interruption de travail au-delà du délai prévu au 2° du 1^{er} alinéa, l'administration informe par courrier le fonctionnaire du retard constaté et de **l'interruption** de la rémunération à laquelle il s'expose en cas de nouvel envoi tardif dans les vingt-quatre mois suivant l'établissement du premier arrêt de travail considéré.

En cas de nouvel envoi tardif dans le délai mentionné à l'alinéa précédent, le montant de la rémunération afférente à la période écoulée entre la date d'établissement de l'avis d'interruption de travail et la date d'envoi de celui-ci à l'administration est **interrompue**.

Cette **interruption** de la rémunération n'est pas appliquée si le fonctionnaire justifie d'une hospitalisation ou, dans un délai de huit jours suivant l'établissement de l'avis d'interruption de travail, de l'impossibilité d'envoyer cet avis en temps utile.

II – Après l'article 25, sont insérés les articles 25-1 à 25-7 ainsi rédigés :

Article 25-1

Toute reprise volontaire de service avant l'expiration d'un congé de maladie est subordonnée à la production d'un certificat médical qui l'autorise.

Article 25-2

« L'administration peut faire procéder à tout moment à une contre-visite du fonctionnaire par **un médecin agréé ou un médecin conseil de l'assurance maladie, en vue d'apprécier, au jour de cette contre-visite, la durée probable de l'incapacité de travail. Les conclusions du médecin agréé ou du médecin conseil de l'assurance maladie s'imposent à l'administration et au fonctionnaire.**

Article 25-3

Le fonctionnaire en congé de maladie ne peut quitter son lieu de résidence administrative sans avoir sollicité - et obtenu - l'autorisation de son administration, sauf cas d'urgence à justifier ou prescription médicale.

Dans le respect des prescriptions médicales relatives, notamment, aux autorisations de sortie, l'administration fait procéder à tous contrôles domiciliaires d'ordre administratif qui lui paraissent nécessaires à l'égard des fonctionnaires absents du service par suite d'un congé de maladie. De tels contrôles domiciliaires sont effectués par un agent de la caisse primaire d'assurance maladie du ressort du domicile du fonctionnaire. Il établit un rapport de visite à domicile dont le chef de service est rendu destinataire.

Article 25-4

Le fonctionnaire en congé de maladie répond à toute convocation du médecin désigné par l'administration. Celui qui, en raison de son état de santé, ne peut se déplacer, en informe son chef de service dès réception de la convocation ou, en cas de force majeure, le plus tôt possible avant l'heure du rendez-vous. Dans cette dernière éventualité, il avise de même le praticien concerné.

Article 25-5

Le fonctionnaire en congé de maladie qui ne se conforme pas aux dispositions du présent titre s'expose à des sanctions disciplinaires.

Dans les cas prévus aux articles 25-2 à 25-5 du présent titre, le versement de la rémunération du fonctionnaire est également interrompu à compter du jour de son refus ou de son absence injustifiée dûment constatés, jusqu'à sa reprise effective de service.

Article 25-6

La rémunération à prendre en compte pour le calcul des hypothèses d'interruption de versement mentionnées au présent titre comprend le traitement indiciaire brut ainsi que les primes et indemnités perçues par l'agent à l'exception de celles énumérées ci-après :

1° Les primes et indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais ;

2° Les primes et indemnités liées au changement de résidence, à la primo-affectation, à la mobilité géographique et aux restructurations ;

3° Les primes et indemnités liées à l'organisation du travail ;

4° Les avantages en nature ;

5° Les indemnités d'enseignement ou de jury ainsi que les autres indemnités non directement liées à l'emploi ;

6° La part ou l'intégralité des primes et indemnités dont la modulation est fonction des résultats et de la manière de servir ;

7° Les versements exceptionnels ou occasionnels de primes et indemnités correspondant à un fait générateur unique ;

8° Le supplément familial de traitement ;

9° L'indemnité de résidence ;

10° La prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail. »

Article 2

Le décret du 30 juillet 1987 susvisé est ainsi modifié :

I – L'article 15 est remplacé par les dispositions suivantes : « Pour obtenir un congé de maladie ainsi que le renouvellement du congé initialement accordé, **et sauf cas de force majeure**, le fonctionnaire :

1° informe par tout moyen son supérieur hiérarchique de son absence avant l'heure fixée pour la prise de service ;

2° adresse à l'autorité territoriale dont il relève, dans un délai de 48 heures suivant son établissement, un avis d'interruption de travail ;

3° adresse au médecin de l'autorité territoriale une copie du volet médical de son avis d'interruption de travail sous pli fermé comportant la mention « secret médical ».

L'avis d'interruption de travail mentionné au 2° du 1^{er} alinéa indique, d'après les prescriptions d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme, la durée probable de l'incapacité de travail. En cas d'envoi de cet avis d'interruption de travail au-delà du délai prévu au 2° du 1^{er} alinéa, l'autorité territoriale informe par courrier le fonctionnaire du retard constaté et de **l'interruption** de la rémunération à laquelle il s'expose en cas de nouvel envoi tardif dans les vingt-quatre mois suivant l'établissement du premier arrêt de travail considéré.

En cas de nouvel envoi tardif dans le délai mentionné à l'alinéa précédent, le montant de la rémunération afférente à la période écoulée entre la date d'établissement de l'avis d'interruption de travail et la date d'envoi de celui-ci à l'autorité territoriale est **interrompue**.

Cette **interruption** de la rémunération n'est pas appliquée si le fonctionnaire justifie d'une hospitalisation ou, dans un délai de huit jours suivant l'établissement de l'avis d'interruption de travail, de l'impossibilité d'envoyer cet avis en temps utile.

II – Après l'article 15, sont insérés les articles 15-1 à 15-7 ainsi rédigés :

Article 15-1

Toute reprise volontaire de service avant l'expiration d'un congé de maladie est subordonnée à la production d'un certificat médical qui l'autorise.

Article 15-2

« L'autorité territoriale peut faire procéder à tout moment à une contre-visite du fonctionnaire par **un médecin agréé ou un médecin conseil de l'assurance maladie, en vue d'apprécier, au jour de cette contre-visite, la durée probable de l'incapacité de travail. Les conclusions du médecin agréé ou du médecin conseil de l'assurance maladie s'imposent à l'autorité territoriale et au fonctionnaire.**

Article 15-3

Le fonctionnaire en congé de maladie ne peut quitter son lieu de résidence administrative sans avoir sollicité - et obtenu - l'autorisation de l'autorité territoriale dont il relève, sauf cas d'urgence à justifier ou prescription médicale.

Dans le respect des prescriptions médicales relatives, notamment, aux autorisations de sortie, l'autorité territoriale fait procéder à tous contrôles domiciliaires d'ordre administratif qui lui paraissent nécessaires à l'égard des fonctionnaires absents du service par suite d'un congé de maladie. De tels contrôles domiciliaires sont effectués par un agent de la caisse primaire d'assurance maladie du ressort du domicile du fonctionnaire. Il établit un rapport de visite à domicile dont le chef de service est rendu destinataire.

Article 15-4

Le fonctionnaire en congé de maladie répond à toute convocation du médecin désigné par l'autorité territoriale. Celui qui, en raison de son état de santé, ne peut se déplacer, en informe son chef de service dès réception de la convocation ou, en cas de force majeure, le

plus tôt possible avant l'heure du rendez-vous. Dans cette dernière éventualité, il avise de même le praticien concerné.

Article 15-5

Le fonctionnaire en congé de maladie qui ne se conforme pas aux dispositions du présent titre s'expose à des sanctions disciplinaires.

Dans les cas prévus aux articles 15-2 à 15-5 du présent titre, le versement de la rémunération du fonctionnaire est également interrompu à compter du jour de son refus ou de son absence injustifiée dûment constatés, jusqu'à sa reprise effective de service.

Article 15-6

La rémunération à prendre en compte pour le calcul des hypothèses d'interruption de versement mentionnées au présent titre comprend le traitement indiciaire brut ainsi que les primes et indemnités perçues par l'agent à l'exception de celles énumérées ci-après :

1° Les primes et indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais ;

2° Les primes et indemnités liées au changement de résidence, à la primo-affectation, à la mobilité géographique et aux restructurations ;

3° Les primes et indemnités liées à l'organisation du travail ;

4° Les avantages en nature ;

5° Les indemnités d'enseignement ou de jury ainsi que les autres indemnités non directement liées à l'emploi ;

6° La part ou l'intégralité des primes et indemnités dont la modulation est fonction des résultats et de la manière de servir ;

7° Les versements exceptionnels ou occasionnels de primes et indemnités correspondant à un fait générateur unique ;

8° Le supplément familial de traitement ;

9° L'indemnité de résidence ;

10° La prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail. »

Article 3

Le décret du 19 avril 1988 susvisé est ainsi modifié :

« I – L'article 15 est remplacé par les dispositions suivantes : « Pour obtenir un congé de maladie ainsi que le renouvellement du congé initialement accordé, **et sauf cas de force majeure**, le fonctionnaire :

1° informe par tout moyen son supérieur hiérarchique de son absence avant l'heure fixée pour la prise de service ;

2° adresse à l'autorité dont il relève, dans un délai de 48 heures suivant son établissement, un avis d'interruption de travail ;

3° adresse au médecin de l'autorité dont il relève une copie du volet médical de son avis d'interruption de travail sous pli fermé comportant la mention « secret médical ».

L'avis d'interruption de travail mentionné au 2° du 1^{er} alinéa indique, d'après les prescriptions d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme, la durée probable de l'incapacité de travail. En cas d'envoi de cet avis d'interruption de travail au-delà du délai prévu au 2° du 1^{er} alinéa, l'autorité investie du pouvoir de nomination informe par courrier le fonctionnaire du retard constaté et de **l'interruption** de la rémunération à laquelle il s'expose en cas de nouvel envoi tardif dans les vingt-quatre mois suivant l'établissement du premier arrêt de travail considéré.

En cas de nouvel envoi tardif dans le délai mentionné à l'alinéa précédent, le montant de la rémunération afférente à la période écoulée entre la date d'établissement de l'avis d'interruption de travail et la date d'envoi de celui-ci à l'autorité dont il relève est **interrompue**.

Cette **interruption** de la rémunération n'est pas appliquée si le fonctionnaire justifie d'une hospitalisation ou, dans un délai de huit jours suivant l'établissement de l'avis d'interruption de travail, de l'impossibilité d'envoyer cet avis en temps utile.

II – Après l'article 15, sont insérés les articles 15-1 à 15-7 ainsi rédigés :

Article 15-1

Toute reprise volontaire de service avant l'expiration d'un congé de maladie est subordonnée à la production d'un certificat médical qui l'autorise.

Article 15-2

« L'autorité dont il relève peut faire procéder à tout moment à une contre-visite du fonctionnaire par **un médecin agréé ou un médecin conseil de l'assurance maladie, en vue d'apprécier, au jour de cette contre-visite, la durée probable de l'incapacité de travail. Les conclusions du médecin agréé ou du médecin conseil de l'assurance maladie s'imposent au fonctionnaire et à l'autorité dont il relève.**

Article 15-3

Le fonctionnaire en congé de maladie ne peut quitter son lieu de résidence administrative sans avoir sollicité - et obtenu - l'autorisation de l'autorité dont il relève, sauf cas d'urgence à justifier ou prescription médicale.

Dans le respect des prescriptions médicales relatives, notamment, aux autorisations de sortie, l'autorité chargée du pouvoir de nomination fait procéder à tous contrôles domiciliaires d'ordre administratif qui lui paraissent nécessaires à l'égard des fonctionnaires absents du service par suite d'un congé de maladie. De tels contrôles domiciliaires sont effectués par un agent de la caisse primaire d'assurance maladie du ressort du domicile du fonctionnaire. Il établit un rapport de visite à domicile dont le chef de service est rendu destinataire.

Article 15-4

Le fonctionnaire en congé de maladie répond à toute convocation du médecin désigné par l'autorité dont il relève. Celui qui, en raison de son état de santé, ne peut se déplacer, en informe son chef de service dès réception de la convocation ou, en cas de force majeure, le plus tôt possible avant l'heure du rendez-vous. Dans cette dernière éventualité, il avise de même le praticien concerné.

Article 15-5

Le fonctionnaire en congé de maladie qui ne se conforme pas aux dispositions du présent titre s'expose à des sanctions disciplinaires.

Dans les cas prévus aux articles 15-2 à 15-5 du présent titre, le versement de la rémunération du fonctionnaire est également interrompu à compter du jour de son refus ou de son absence injustifiée dûment constatés, jusqu'à sa reprise effective de service.

Article 15-6

La rémunération à prendre en compte pour le calcul des hypothèses d'interruption de versement mentionnées au présent titre comprend le traitement indiciaire brut ainsi que les primes et indemnités perçues par l'agent à l'exception de celles énumérées ci-après :

1° Les primes et indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais ;

2° Les primes et indemnités liées au changement de résidence, à la primo-affectation, à la mobilité géographique et aux restructurations ;

3° Les primes et indemnités liées à l'organisation du travail ;

4° Les avantages en nature ;

5° Les indemnités d'enseignement ou de jury ainsi que les autres indemnités non directement liées à l'emploi ;

6° La part ou l'intégralité des primes et indemnités dont la modulation est fonction des résultats et de la manière de servir ;

7° Les versements exceptionnels ou occasionnels de primes et indemnités correspondant à un fait générateur unique ;

8° Le supplément familial de traitement ;

9° L'indemnité de résidence ;

10° La prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail. »

SIGLES UTILISES

ADM	Avis défavorable médicalement
ADTF	Outil dédié au contrôle des Arrêts de travail des fonctionnaires
ALD	Affection longue durée
ATI	Avis technique impossible
CASEP	Conseiller à l'action sociale et à l'environnement professionnel
CCAS	Centre communale d'action sociale
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CLD	Congé de longue durée
CLM	Congé de longue maladie
CMO	Congé de maladie ordinaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
COPIL	Comité national de pilotage
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DDI	Direction départementale interministérielle
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGCL	Direction générale des collectivités locales
DGFIP	Direction générale des Finances publiques
DGME	Direction générale de la modernisation de l'État
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DRFiP	Direction régionale des finances publiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
ELSM	Echelon local du service médical
EPA	Etablissement public à caractère administratif
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
ETP	Equivalent temps plein
FP	Fonction publique
ELSM	Echelon local du service médical
EPA	Etablissement public à caractère administratif
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
ETP	Equivalent temps plein
FP	Fonction publique
FPE	Fonction publique d'Etat
FPH	Fonction publique hospitalière
FPT	Fonction publique territoriale
GALOPS	Gestion des Accès LOGiques des Partenaires, système de gestion des habilitations des utilisateurs externes de la CNAMTS.
HAS	Haute autorité de la santé
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IJ	Indemnités journalières
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
JO	Journal officiel
LF	Loi de finances
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
M€	Millions d'euros
Md€	Milliards d'euros
PFRH	Plates-formes régionales d'appui interministériel à la gestion des ressources humaines
PLF	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

RH	Ressources humaines
RG	Régime général
RTT	Réduction du temps de travail
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SGAMI	Secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur
SI	Système d'information

PIECES JOINTES

Pièce jointe n°1	Article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010
Pièce jointe n°2	Convention de partenariat pour le contrôle, à titre expérimental, des arrêts maladie des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles du 26 mars 2010
Pièce jointe n°3	Convention-cadre nationale relative au contrôle, à titre expérimental, des arrêts maladie des fonctionnaires territoriaux par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles
Pièce jointe n°4	Convention-cadre nationale du 25 juin 2010 relative au contrôle, à titre expérimental, des arrêts de travail des fonctionnaires hospitaliers par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles
Pièce jointe n°5	Bilan Chiffré de l'expérimentation au 30 juin 2015 (données CNAMTS)
Pièce jointe n°6	Appréciation du taux de mobilisation des administrations locales des 5 départements expérimentateurs au regard de leur potentiel

Pièce n° 1 : Article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010

Afin d'harmoniser les règles et modalités de contrôle des assurés se trouvant dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre le travail, le contrôle des arrêts de travail dus à une maladie d'origine non professionnelle des personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat est confié, à titre expérimental et par dérogation à l'article 35 de la même loi, aux caisses primaires d'assurance maladie et aux services du contrôle médical placés près d'elles.

Cette expérimentation s'applique aux arrêts prescrits pour une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée.

I. - L'expérimentation porte à la fois sur le contrôle médical des arrêts de travail, tel que prévu aux I, II, IV bis et V de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, et le contrôle des heures de sortie autorisées, tel que prévu au 3° de l'article L. 323-6 du même code.

Toute personne mentionnée à l'article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée est tenue de se soumettre aux contrôles organisés, dans le cadre de l'expérimentation, par le service du contrôle médical et la caisse primaire. La caisse informe l'administration lorsque la personne qui doit faire l'objet du ou des contrôles ne respecte pas cette obligation.

Lorsque le service du contrôle médical estime que la prescription d'un arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe l'administration. L'avis rendu par le service du contrôle médical s'impose à l'administration.

Lorsque les agents de la caisse primaire d'assurance maladie constatent l'absence du domicile en dehors des heures de sortie autorisées et le caractère volontaire de l'inobservation de cette obligation, la caisse en informe l'administration.

La liste des administrations, des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la fonction publique et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention définit également les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de trois mois à compter de la publication de la présente loi.

II. - En cas de non-respect de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical et la caisse primaire, l'administration peut interrompre le versement de la rémunération.

En cas de non-respect des heures de sortie autorisées, non justifié par des soins ou des examens médicaux, l'administration peut retenir une partie de la rémunération, dans la limite de 50 %.

En cas d'absence de justification médicale de l'arrêt de travail, l'administration enjoint le fonctionnaire à reprendre ses fonctions sous peine d'interruption du versement de sa rémunération.

Le fonctionnaire doit reprendre ses fonctions sans délai, dès notification de la décision administrative, sauf à saisir le comité médical de l'avis du service du contrôle médical.

III. - Le comité médical compétent peut être saisi par le fonctionnaire de l'avis rendu par le service du contrôle médical dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée.

Le fonctionnaire doit présenter une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin. Cette demande est adressée par lettre avec demande d'avis de réception ou déposée contre récépissé auprès du comité médical.

Le comité médical informe le service du contrôle médical compétent de la demande du fonctionnaire.

Dès qu'il est informé de la demande, le service du contrôle médical établit un dossier comportant obligatoirement :

1° L'avis du médecin nommément désigné ;

2° L'avis du médecin-conseil accompagné de tous les éléments et pièces justificatives d'ordre médical ayant motivé cet avis ;

3° Les motifs invoqués par le fonctionnaire à l'appui de la demande ;

4° L'énoncé de la question posée au comité médical.

Le service du contrôle médical adresse au comité médical ce dossier dans les quinze jours qui suivent la réception de la demande, par lettre avec demande d'avis de réception.

Le comité médical établit ses conclusions motivées et les adresse au fonctionnaire, à l'administration et au service du contrôle médical de la caisse.

Les décisions prises par l'administration en application du II peuvent être contestées par les voies de recours gracieux ou hiérarchique et de recours contentieux devant la juridiction administrative compétente.

IV. - L'expérimentation prévue au présent article prend effet à compter de la signature de la convention prévue au dernier alinéa du I et s'achève au 31 décembre 2015. Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation, au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation.

V. - L'expérimentation prévue au présent article s'applique également aux personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, par dérogation à l'article 58 de la même loi, dès lors qu'elles relèvent d'une collectivité territoriale volontaire pour y participer et répondant aux critères du nombre de fonctionnaires minimal fixé par la convention-cadre nationale, prévue à l'alinéa suivant.

La liste des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé des collectivités territoriales et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine également le nombre minimal de fonctionnaires devant être employés par les collectivités territoriales volontaires pour participer à l'expérimentation. Elle définit enfin les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Des conventions locales, signées entre les caisses et collectivités territoriales expérimentatrices, déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la convention-cadre précitée. Elles doivent être signées dans un délai de trois mois après signature de la convention mentionnée à l'alinéa précédent.

L'expérimentation s'applique dans les mêmes conditions aux personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, par dérogation à l'article 42 de la même loi, dès lors qu'elles relèvent d'un établissement public de santé volontaire pour y participer et répondant aux critères du nombre de fonctionnaires minimal fixé par la convention-cadre nationale, prévue à l'alinéa suivant.

La liste des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine également le nombre minimal de fonctionnaires devant être employés par les établissements publics de santé volontaires pour participer à l'expérimentation. Elle définit enfin les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Des conventions locales, signées entre les caisses et établissements publics de santé expérimentateurs, déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la convention-cadre précitée. Elles doivent être signées dans un délai de trois mois après signature de la convention mentionnée à l'alinéa précédent.

VI. - Les collectivités territoriales qui ont signé des conventions en application du V entre la fin du délai de signature prévu au présent article et le 31 décembre 2011 sont autorisées à participer à l'expérimentation à compter du 1er janvier 2012.

Pièce n° 2 : JORF n°0102 du 2 mai 2010 (texte n° 30)**CONVENTION****Convention de partenariat pour le contrôle, à titre expérimental, des arrêts maladie des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles du 26 mars 2010**

Entre :

Le ministre chargé de la fonction publique,

Le ministre chargé de la sécurité sociale,

Et :

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, représentée par son directeur général,

Ci-après dénommés « les parties »,

Vu l'article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de mettre en œuvre, à titre expérimental, conformément à l'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le contrôle, par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les services du contrôle médical placés près d'elles (ELSM), des arrêts de travail dus à une maladie non professionnelle des personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.

Article 2 : Champ de l'expérimentation

1° Nature des contrôles réalisés.

L'expérimentation porte sur le contrôle des arrêts de travail dus à une maladie non professionnelle d'une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée.

Les contrôles réalisés à titre expérimental, par dérogation à l'article 35 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 susmentionnée, sont ceux désignés ci-après :

— le contrôle médical tel que prévu aux I, II, IV bis et V de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

Dans ce cadre, les contrôles concernent les arrêts de travail de plus de quarante-cinq jours consécutifs tels que définis dans le précédent alinéa.

Par ailleurs, les parties conviennent que des contrôles ponctuels peuvent être réalisés lorsqu'il est constaté plus de trois arrêts de travail de courte durée au cours des douze derniers mois, dès lors que le quatrième arrêt est d'une durée supérieure à quinze jours ;

— le contrôle, sur un site expérimental unique, des heures de sorties autorisées tel que prévu au 3° de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

2° Personnes concernées.

Les contrôles des arrêts, tels que précédemment définis, concernent les personnes régies par les dispositions du titre II du statut général des fonctionnaires nommées dans un emploi permanent à temps complet et titularisées dans un grade de la hiérarchie des administrations centrales de l'Etat, des services déconcentrés en dépendant ou des établissements publics de l'Etat, choisis pour l'expérimentation.

3° Caisses primaires et services du contrôle médical participant à l'expérimentation.

Les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles, habilités pour réaliser les contrôles dans les conditions définies par la présente convention, sont les organismes dans le ressort desquels sont situées les administrations désignées au 4°.

Il s'agit des organismes dont le siège est sis dans les villes suivantes :

- Clermont-Ferrand ;
- Lyon (également site expérimental pour le contrôle à domicile des heures de sorties autorisées, tel que prévu au 3° de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale) ;
- Nice ;
- Rennes ;
- Paris (pour le contrôle des arrêts de travail des agents des services centraux mentionnés au 4°) ;
- Strasbourg.

4° Administrations retenues pour l'expérimentation.

Il s'agit de l'ensemble des services déconcentrés de l'Etat situés dans le ressort géographique de chacune des caisses primaires d'assurance maladie désignées à l'alinéa précédent, excepté pour le site de Paris pour lequel seuls seront concernés par l'expérimentation les services centraux des ministères économiques et financiers sur lesquels le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat et le ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi ont une autorité exclusive ou conjointe (hors DGFIP), et tels que précisés dans l'annexe 2 à la convention.

Article 3 : Mise en œuvre

Pour la mise en œuvre du dispositif expérimental :

Un outil partagé sera mis à la disposition des caisses et administrations expérimentatrices. Cet outil permettra aux agents habilités des administrations expérimentatrices, des CPAM et des ELSM expérimentateurs de saisir et partager les données suivantes :

- l'information selon laquelle l'arrêt de travail n'ouvre pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée ;
- certaines informations figurant sur le volet 2 de l'arrêt de travail nécessaires à la réalisation du contrôle, notamment l'adresse complète du fonctionnaire ainsi que celle à laquelle il peut être effectivement contrôlé si elle est différente ;
- la date et la nature du contrôle opéré par la caisse et/ou le service du contrôle médical ;
- le résultat de ce contrôle ;
- avis favorable (arrêt justifié médicalement) et prévision éventuelle d'un nouveau contrôle médical du fonctionnaire ;
- avis défavorable (arrêt non justifié médicalement) ;
- avis technique impossible pour absence à convocation ;

- présent au domicile ;
- présent au domicile mais refus du contrôle et convocation au service du contrôle médical ;
- absent en dehors des horaires autorisés et convocation au service du contrôle médical ;
- la date et la nature de la décision prise par l'administration à la suite du contrôle :
- mise en demeure de reprendre les fonctions ;
- interruption de la rémunération ;
- retenue d'une partie de la rémunération ;
- avertissement du fonctionnaire pour l'informer qu'il s'expose à un nouveau contrôle.
- la date et la nature des décisions prises par l'administration à la suite :
- d'une contestation, auprès du comité médical, de l'avis rendu par le service du contrôle médical ;
- d'un recours gracieux ;
- d'un recours hiérarchique ;
- d'un recours contentieux.

Les données issues de cet outil partagé permettront également le suivi et l'évaluation, tels que prévus à l'article 4.

Les administrations s'engagent :

- à donner suite aux résultats des contrôles de l'assurance maladie en envoyant une notification au fonctionnaire suite à l'avis donné par l'assurance maladie dans un délai maximum de cinq jours ouvrés ;
- à renseigner l'outil partagé susmentionné dans un délai maximum de cinq jours ouvrés suivant la date de réception de l'arrêt de travail ou de la prise de décision de l'administration, et notamment :
- à saisir certaines informations portées sur le volet 2 de l'avis d'arrêt de travail (NIR, nom et prénom du fonctionnaire, son adresse ainsi que, si elle différente, celle où il peut être visité, s'il s'agit d'un arrêt initial ou d'une prolongation, si les sorties sont autorisées ou non et, si oui, s'il y a absence de restriction horaire ;
- à exclure des arrêts de travail à saisir, aux fins d'éventuels contrôles, les arrêts ouvrant droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée ;
- à signaler, parmi les arrêts prescrits dont le service du contrôle médical a déjà été destinataire, ceux qui ouvrent désormais droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée, afin qu'ils soient exclus du périmètre de contrôle ;
- à renseigner les suites qui ont été données au contrôle en cas de non-respect de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés, en cas d'avis du médecin-conseil concluant à l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail ou en cas de non-respect des heures de sorties autorisées ;
- à indiquer l'envoi d'une lettre d'information au fonctionnaire au troisième arrêt de courte durée, afin qu'il sache qu'il sera contrôlé au quatrième si ce dernier est supérieur à quinze jours ;
- à informer la caisse concernée de chaque contestation, auprès du comité médical, de l'avis rendu par le service du contrôle médical ainsi que des éventuels recours gracieux, hiérarchiques et contentieux à l'encontre des décisions de l'administration et de la suite réservée à ces contestations et différents recours.

Par ailleurs, concernant spécifiquement l'utilisation de l'outil partagé, les administrations s'engagent

- à protéger la confidentialité des informations transmises par l'assurance maladie, en les réservant aux seuls utilisateurs ayant à en connaître par la nécessité de leur mission ;
- à prendre toutes les dispositions permettant le respect et l'amélioration des mesures techniques et organisationnelles concourant à la sécurité de l'application mise à leur disposition, en particulier en s'assurant de la protection et du renouvellement régulier du mot de passe qui doit être réalisé au moins annuellement ;
- à communiquer par l'intermédiaire des référents définis pour les administrations à l'article 2 de la présente convention la liste nominative des utilisateurs habilités et à la mettre à jour, ainsi qu'à informer fréquemment la CNAMTS des retraits d'habilitation.
- Les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles s'engagent :
 - à participer à l'expérimentation à titre gracieux ;
 - à réaliser les contrôles définis par la présente convention : contrôle exhaustif des arrêts de travail de plus de quarante-cinq jours consécutifs, contrôles ponctuels des quatrièmes arrêts itératifs dès lors qu'ils ont une durée d'au moins quinze jours, et pour le site de Lyon, en sus des contrôles susmentionnés, un pourcentage de contrôles sur les sorties autorisées identique à celui des salariés du régime général affiliés auprès d'elle.
 - à convoquer le fonctionnaire lorsqu'il a refusé de se soumettre au contrôle à domicile ou lorsqu'il en était absent en dehors des horaires autorisés ;
 - à saisir dans l'outil partagé susmentionné l'avis rendu après contrôle, et ce dans un délai maximum de cinq jours ouvrés ;
 - à communiquer les cas où les personnes ne se sont pas présentées à la convocation du service médical, rendant le contrôle impossible (avis technique impossible, ATI) ;
 - en outre, pour le site de Lyon, à indiquer le constat de l'absence au domicile en dehors des heures autorisées ou le refus de contrôle ;
 - à signaler à l'administration compétente le troisième arrêt de travail de courte durée sur une période de douze mois.

Article 4 : Suivi et évaluation

Le suivi de l'expérimentation, sur la base des indicateurs en annexe de la présente convention, est assuré par un comité de pilotage composé des représentants des parties signataires ainsi que des administrations, caisses et services du contrôle médical expérimentateurs. Le comité se réunit une fois par trimestre.

Chaque caisse et ELSM désigne un référent par site.

Concernant les administrations expérimentatrices, chaque site dispose également d'un référent. Il s'agit, d'une part, pour les services déconcentrés de l'Etat précisés à l'article 2, du conseiller à l'action sociale et à la gestion de l'environnement professionnel affecté à la plate-forme régionale d'appui interministériel à la GRH et, d'autre part, pour les services centraux des ministères économiques et financiers, tels que précisés à l'annexe 2 de la convention, d'un correspondant de la direction des personnels et de l'adaptation de l'environnement professionnel desdits ministères. Celui-ci assure la coordination et le suivi à son niveau de l'expérimentation. Il est l'interlocuteur de la DGAFP concernant les résultats de l'expérimentation de son site.

La CNAMTS communique chaque trimestre les éléments nécessaires au suivi et à l'évaluation de l'expérimentation à la direction de la sécurité sociale et à la direction générale de l'administration et de la fonction publique, chargées d'établir à partir de ces éléments le rapport d'évaluation au Parlement.

Article 5 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour la durée de l'expérimentation, soit deux ans, et prend effet à la date de sa signature.

Article 6 : Modification de la convention

Toute modification des clauses de la présente convention devra être faite d'un commun accord et constatée par un avenant signé par les trois parties.

Article 7 : Clause de confidentialité

L'obligation de confidentialité s'impose aux parties et à leur personnel et s'applique à tous les renseignements et à toutes les informations recueillis à l'occasion de la présente convention. Il en est de même du contenu des fichiers, informations et documents mis à leur disposition à l'occasion de la présente convention.

• Annexe**A N N E X E 1 : SUR LES INDICATEURS**

Liste des indicateurs :

Nombre de fonctionnaires concernés par l'expérimentation.

Nombre d'arrêts de travail saisis par l'administration.

Nombre d'arrêts de travail neutralisés pendant l'expérimentation.

Nombre d'arrêts de travail contrôlés : par le service du contrôle médical/par la caisse. courts/longs.

Nombre de courriers envoyés à des fonctionnaires au troisième arrêt court.

Typologie des résultats du contrôle médical : avis favorable, avis défavorable, ATI pour absence à convocation.

Typologie des résultats du contrôle administratif : présent au domicile. présent et refus du contrôle, convocation au service du contrôle médical. absent en dehors des horaires autorisés, convocation au service du contrôle médical.

Typologie des suites données au contrôle : interruption du versement de la rémunération, retenue d'une partie de la rémunération (en pourcentage), avertissement d'un contrôle éventuel.

Typologie des contestations et contentieux et des décisions de l'autorité compétente saisie : réclamation d'ordre médical, recours gracieux, recours hiérarchique, recours contentieux, décision de l'autorité saisie. décision favorable ou défavorable au fonctionnaire (mise en demeure de reprendre ses fonctions, interruption de la rémunération, procédure d'abandon de poste...).

Montant de la prise en charge des frais de transport.

A N N E X E 2 : SUR LES SERVICES CENTRAUX DES MINISTÈRES ÉCONOMIQUES ET FINANCIERS PARTICIPANT À L'EXPÉRIMENTATION

Périmètre : sites implantés à Paris

La direction du budget.

La direction générale de la modernisation de l'Etat.

La direction générale des douanes et droits indirects.

Les services de contrôle budgétaire et comptable ministériel.

Les services à compétence nationale « agence pour l'information financière de l'Etat » et « opérateur national de paye ».

Le service des pensions.

La direction générale de l'administration et de la fonction publique.

Le conseil général des mines.

Le conseil général de l'industrie, de l'énergie et des technologies.

La direction générale du Trésor et de la politique économique.

La direction générale de l'Institut national de la statistique et des études économiques.

La direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

La direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services.

La délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle.

La délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale.

L'inspection générale du tourisme.

Le secrétariat général mentionné au décret n° 2006-947 du 28 juillet 2006.

L'inspection générale des finances.

La direction des personnels et de l'adaptation de l'environnement professionnel.

La direction des affaires juridiques.

Le service du contrôle général économique et financier.

Le ministre chargé de la fonction publique, Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général de l'administration et de la fonction publique,

J.-F. Verdier

Le ministre chargé de la sécurité sociale, Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

D. Libault

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,

F. Van Roekeghem

Pièce n° 3 : JORF n°0214 du 15 septembre 2010 page 16665 (texte n° 26)
Convention-cadre nationale relative au contrôle, à titre expérimental, des arrêts maladie des fonctionnaires territoriaux par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles

Entre :

Le ministre chargé des collectivités territoriales,

Le ministre chargé de la sécurité sociale,

Et :

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,

Ci-après dénommées les parties,

Vu l'article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010,

Préambule

L'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit une expérimentation portant sur le contrôle médical des arrêts de travail des fonctionnaires.

Pour les fonctionnaires territoriaux, l'expérimentation fait l'objet d'une convention cadre nationale conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé des collectivités territoriales et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

En conséquence, les Parties sont convenues de ce qui suit :

Article 1^{er} : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir les modalités de la mise en œuvre, à titre expérimental, par les collectivités territoriales volontaires et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les services du contrôle médical placés près d'elles, du contrôle des arrêts de travail dus à une maladie non professionnelle des fonctionnaires mentionnés à l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

Article 2 : Champ de l'expérimentation

1° Nature des contrôles réalisés.

L'expérimentation porte sur le contrôle des arrêts de travail dus à une maladie non professionnelle d'une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée.

Les contrôles réalisés à titre expérimental, par dérogation à l'article 58 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 susmentionnée, sont ceux désignés ci-après :

- le contrôle médical tel que prévu aux I, II, IV bis et V de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

Dans ce cadre, les contrôles concernent les arrêts de travail de plus de quarante-cinq jours consécutifs tels que définis dans le précédent alinéa.

Par ailleurs, des contrôles ponctuels peuvent être réalisés lorsqu'il est constaté plus de trois arrêts de travail de courte durée, au cours des douze derniers mois, dès lors que le quatrième arrêt est d'une durée supérieure à quinze jours.

- le contrôle, sur un site expérimental unique, des heures de sortie autorisées tel que prévu au 3° de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

2° Personnes concernées

Les contrôles des arrêts, tels que précédemment définis, concernent les personnes régies par les dispositions de l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale nommées dans un emploi permanent à temps complet et titularisées dans un grade de la hiérarchie administrative des communes, des départements et des régions qui se sont portés volontaires pour participer à l'expérimentation.

3° Caisses primaires et services du contrôle médical participant à l'expérimentation

Les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles, habilités pour réaliser les contrôles dans les conditions définies par la présente convention, sont les organismes dans le ressort desquels est situé le siège des collectivités territoriales désignées au 4°.

Ces caisses primaires d'assurance maladie ainsi que les échelons locaux du contrôle médical placés auprès de celles-ci sont les suivants :

- caisse primaire d'assurance maladie du Puy-de-Dôme ;
- caisse primaire d'assurance maladie du Rhône (également site expérimental pour le contrôle à domicile des heures de sortie autorisées tel que prévu au 3° de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale) ;
- caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes ;
- caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine ;
- caisse primaire d'assurance maladie du Bas-Rhin.

4° Collectivités territoriales volontaires pour l'expérimentation

Peuvent être volontaires pour l'expérimentation les collectivités territoriales dont le siège est situé dans les circonscriptions des caisses primaires désignées au 3° et qui emploient au moins 500 fonctionnaires titulaires et stagiaires à temps complet au 1er janvier 2010.

Les collectivités territoriales volontaires concluent avec les caisses primaires concernées et le service du contrôle médical placé près d'elles des conventions locales conformes à la convention type figurant en annexe dans un délai de trois mois suivant la signature de la présente convention-cadre nationale.

Les conventions locales déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la convention cadre nationale.

Une fois signées, les conventions locales sont adressées par les caisses primaires d'assurance maladie à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, chargée de les recenser.

Article 3 : Mise en œuvre

Pour la mise en œuvre du dispositif expérimental :

Un outil partagé sera mis à la disposition des caisses et des collectivités territoriales expérimentatrices. Cet outil permettra aux agents habilités des collectivités territoriales expérimentatrices, des CPAM et des ELSM expérimentateurs de saisir et partager les données suivantes :

— l'information selon laquelle l'arrêt de travail n'ouvre pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée ;

- certaines informations figurant sur le volet 2 de l'arrêt de travail nécessaire à la réalisation du contrôle, notamment l'adresse complète du fonctionnaire ainsi que celle à laquelle il peut être effectivement contrôlé si elle est différente ;
- la date et la nature du contrôle opéré par la caisse et/ou le service du contrôle médical ;
- le résultat de ce contrôle :
- avis favorable (arrêt justifié médicalement) et prévision éventuelle d'un nouveau contrôle médical du fonctionnaire ;
- avis défavorable (arrêt non justifié médicalement) ;
- avis technique impossible pour absence à convocation ;
- présent au domicile ;
- présent au domicile mais refus du contrôle et convocation au service du contrôle médical ;
- absent en dehors des horaires autorisés et convocation au service du contrôle médical.
- la date et la nature de la décision prise par la collectivité territoriale à la suite du contrôle :
- mise en demeure de reprendre les fonctions ;
- interruption de la rémunération ;
- retenue d'une partie de la rémunération ;
- avertissement du fonctionnaire pour l'informer qu'il s'expose à un nouveau contrôle ;
- la date, la nature des décisions prises par la collectivité territoriale à la suite :
- d'une contestation, auprès du comité médical, de l'avis rendu par le service du contrôle médical ;
- d'un recours gracieux ;
- d'un recours contentieux ;
- les données issues de cet outil partagé permettront également le suivi et l'évaluation tels que prévus à l'article 4.

Les engagements des collectivités territoriales volontaires pour l'expérimentation :

- pour permettre la mise en œuvre de l'expérimentation, les collectivités territoriales volontaires concluent avec les caisses primaires des conventions locales dans lesquelles elles s'engagent notamment :
- à donner suite aux résultats des contrôles de l'assurance maladie en envoyant une notification au fonctionnaire suite à l'avis donné par l'assurance maladie dans un délai maximum de cinq jours ouvrés ;
- à renseigner l'outil partagé susmentionné dans un délai maximum de cinq jours ouvrés suivant la date de réception de l'arrêt de travail du fonctionnaire à temps complet ou de la prise de décision de la collectivité territoriale et notamment :
- à saisir certaines informations portées sur le volet 2 de l'avis d'arrêt de travail (NIR, nom et prénom du fonctionnaire, son adresse ainsi que, si elle est différente, celle où il peut être visité, s'il s'agit d'un arrêt initial ou d'une prolongation, les dates de début et de fin du congé de maladie ainsi que l'information précisant si les sorties sont autorisées ou non et, dans l'affirmative, les éventuelles restrictions d'horaire) ;
- à exclure des arrêts de travail à saisir, aux fins d'éventuels contrôles, les arrêts ouvrant droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée ;
- à signaler parmi les arrêts prescrits dont le service du contrôle médical a déjà été destinataire, ceux qui ouvrent désormais droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée, afin qu'ils soient exclus du périmètre de contrôle ;
- à renseigner les suites qui ont été données au contrôle en cas de non-respect de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés, en cas d'avis du médecin conseil concluant à

l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail ou en cas de non-respect des heures de sortie autorisée ;

- à indiquer l'envoi d'une lettre d'information au fonctionnaire au troisième arrêt de courte durée, afin qu'il sache qu'il sera contrôlé au quatrième, si ce dernier est supérieur à quinze jours ;
- à informer la caisse concernée de chaque contestation, auprès du comité médical, de l'avis rendu par le service du contrôle médical ainsi que des éventuels recours gracieux et contentieux à l'encontre des décisions de la collectivité territoriale et de la suite réservée à ces contestations et différents recours.

Par ailleurs, concernant spécifiquement l'utilisation de l'outil partagé les collectivités territoriales volontaires s'engagent notamment en signant les conventions locales :

- à protéger la confidentialité des informations transmises par l'assurance maladie, en les réservant aux seuls utilisateurs ayant à en connaître par la nécessité de leur mission ;
- à prendre toutes les dispositions permettant le respect et l'amélioration des mesures techniques et organisationnelles concourant à la sécurité de l'application mise à leur disposition, en particulier en s'assurant de la protection et du renouvellement régulier du mot de passe qui doit être réalisé au moins annuellement ;
- à communiquer par l'intermédiaire des référents définis pour les collectivités territoriales à l'article 4 de la présente convention la liste nominative des utilisateurs habilités et à la mettre à jour, ainsi qu'à informer fréquemment la CNAMTS des retraits d'habilitation.

Les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles s'engagent :

- à participer à l'expérimentation à titre gracieux ;
- à réaliser les contrôles définis par la présente convention : contrôle exhaustif des arrêts de travail de plus de quarante-cinq jours consécutifs, contrôles ponctuels des quatrièmes arrêts itératifs dès lors qu'ils ont une durée d'au moins quinze jours, pour le site de Lyon, en sus des contrôles susmentionnés, un pourcentage de contrôles sur les sorties autorisées identique à celui des salariés du régime général affiliés auprès d'elle ;
- à convoquer le fonctionnaire lorsqu'il a refusé de se soumettre au contrôle à domicile ou lorsqu'il en était absent en dehors des horaires autorisés ;
- à saisir dans l'outil partagé susmentionné, l'avis rendu après contrôle et ce, dans un délai maximum de cinq jours ouvrés ;
- à communiquer les cas où les personnes ne se sont pas présentées à la convocation du service médical, rendant le contrôle impossible (avis technique impossible, ATI) ;
- en outre, pour le site de Lyon, à indiquer le constat de l'absence au domicile en dehors des heures autorisées ou le refus de contrôle ;
- à signaler à la collectivité territoriale le troisième arrêt de travail de courte durée sur une période de douze mois.

Article 4 : Suivi et évaluation

Le suivi de l'expérimentation, sur la base des indicateurs en annexe de la présente convention, est assuré par un comité de pilotage composé des représentants des parties signataires ainsi que des collectivités territoriales, caisses et services du contrôle médical expérimentateurs. Le comité se réunit une fois par trimestre.

Chaque caisse et ELSM désignent un référent par site.

Chaque collectivité territoriale expérimentatrice désigne un référent. Le référent assure, pour la collectivité territoriale qui l'a désigné, la coordination et le suivi à son niveau de l'expérimentation. Chaque référent est l'interlocuteur de l'assurance maladie ainsi que de la direction générale des collectivités territoriales (DGCL), concernant les résultats de l'expérimentation dans sa collectivité territoriale. Les référents participent à tour de rôle aux réunions du comité, dans la limite de deux référents par site expérimentateur et par réunion.

La CNAMTS communique chaque trimestre les éléments nécessaires au suivi et à l'évaluation de l'expérimentation à la direction de la sécurité sociale et à la direction générale des collectivités territoriales en vue de l'établissement par celles-ci d'un rapport d'évaluation au Parlement.

Article 5 : Durée de la convention-cadre nationale

La présente convention est conclue pour la durée de l'expérimentation, soit deux ans, et prend effet à la date de sa signature.

Article 6 : Modification de la convention-cadre nationale

Toute modification des clauses de la présente convention devra être faite d'un commun accord et constatée par un avenant signé par les trois parties.

Article 7 : Clause de confidentialité

L'obligation de confidentialité s'impose aux parties et s'applique à tous les renseignements et à toutes les informations recueillis à l'occasion de la présente convention. Il en est de même du contenu des fichiers, informations et documents mis à leur disposition à l'occasion de la présente convention.

• Annexe

A N N E X E SUR LES INDICATEURS

Liste des indicateurs

Nombre de fonctionnaires territoriaux concernés par l'expérimentation.

Nombre d'arrêts de travail saisis par la collectivité territoriale.

Nombre d'arrêts de travail neutralisés pendant l'expérimentation.

Nombre d'arrêts de travail contrôlés : par le service du contrôle médical/par la caisse ; courts/longs.

Nombre de courriers envoyés à des fonctionnaires territoriaux au troisième arrêt court.

Typologie des résultats du contrôle médical : avis favorable, avis défavorable, ATI pour absence à convocation.

Typologie des résultats du contrôle administratif : présent au domicile ; présent et refus du contrôle, convocation au service du contrôle médical ; absent en dehors des horaires autorisés, convocation au service du contrôle médical.

Typologie des suites données au contrôle : interruption du versement de la rémunération, retenue d'une partie de la rémunération (en pourcentage), avertissement d'un contrôle éventuel.

Typologie des contestations et contentieux et des décisions de l'autorité compétente saisie : réclamation d'ordre médical, recours gracieux, recours contentieux, décision de l'autorité saisie ; décision favorable ou défavorable au fonctionnaire territorial (mise en demeure de reprendre ses fonctions, interruption de la rémunération, procédure d'abandon de poste...).

ANNEXE À LA CONVENTION-CADRE NATIONALE

CONVENTION LOCALE RELATIVE AU CONTRÔLE, À TITRE EXPÉRIMENTAL, DES ARRÊTS DE TRAVAIL DES FONCTIONNAIRES TERRITORIAUX PAR LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE ET LES SERVICES DU CONTRÔLE MÉDICAL PLACÉS PRÈS D'ELLES

Entre :

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de...

Et :

Le directeur régional du service médical de...

Et :

Le maire de la commune de...

Ou le président du conseil général de...

Ou le président du conseil régional de..

Ci-après dénommées « les parties »,

Vu l'article 91 de la loi n° 2009-1648 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;

Vu la convention-cadre nationale relative au contrôle, à titre expérimental, des arrêts de travail des fonctionnaires territoriaux par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles du....

Vu la délibération du conseil...

Préambule

L'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit une expérimentation portant sur le contrôle médical des arrêts de travail des fonctionnaires.

Pour les fonctionnaires territoriaux l'expérimentation fait l'objet d'une convention cadre nationale conclue entre le ministre chargé des collectivités territoriales, le ministre chargé de la sécurité sociale et le directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Une convention locale détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation par la caisse, le service du contrôle médical placé près d'elle et la collectivité territoriale expérimentateurs, dans le respect de la convention-cadre nationale précitée.

En conséquence, les parties sont convenues de ce qui suit :

Article 1^{er} : Objet de la convention locale

Les parties conviennent de mettre en œuvre, à titre expérimental, le contrôle des arrêts de travail prévu par l'article 91 de la loi du 24 décembre 2009 susvisée. Il s'agit des arrêts dus à une maladie non professionnelle des agents publics titulaires régis par les dispositions de l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relative à la fonction publique territoriale nommés dans un emploi permanent à temps complet de [la collectivité locale expérimentatrice],

Article 2 : Mise en œuvre

Les parties s'engagent à mettre en œuvre l'expérimentation conformément aux modalités définies par la convention-cadre nationale susvisée, notamment aux 1° et 2° de l'article 2 et à l'article 3.

Article 3 : Gestion des habilitations

Les parties s'engagent à tenir à jour la liste des personnes habilitées à renseigner l'outil partagé mentionné à l'article 3 de la convention-cadre nationale susvisée.

Chaque partie est responsable de la gestion de ses habilitations et notamment de la saisie et de la mise à jour de la liste des personnes habilitées.

Article 4 : Suivi de l'expérimentation

Les noms des référents locaux chargés du suivi de l'expérimentation, prévus à l'article 4 de la convention-cadre nationale susvisée et respectivement désignés par la caisse primaire, le service du contrôle médical placé près d'elle et la collectivité territoriale sont listés en annexe à la présente convention. Le maire ou le président du conseil général ou la président du conseil régional informe par courrier l'assemblée délibérante et la CPAM de tout changement de référent.

Article 5 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour la durée de l'expérimentation, soit deux ans, et prend effet à la date de sa signature.

Article 6 : Clause de confidentialité

L'obligation de confidentialité s'impose aux parties et à leur personnel et s'applique à tous les renseignements et à toutes les informations recueillis à l'occasion de l'exécution de la présente convention. Il en est de même du contenu des fichiers, informations et documents mis à leur disposition à l'occasion de l'exécution de la présente convention.

Le directeur de la caisse...

Le directeur régional du service médical...

Le maire de la commune de....

Ou le président du conseil général...

Ou le président du conseil régional...

Le ministre chargé de la sécurité sociale,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

D. Libault

Le ministre chargé des collectivités territoriales,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général des collectivités locales,

E. Jalon

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,

F. Van Roekeghem

Pièce n° 4 : JORF n°0214 du 15 septembre 2010 page 16662 (texte n° 25)
Convention-cadre nationale du 25 juin 2010 relative au contrôle, à titre expérimental, des arrêts de travail des fonctionnaires hospitaliers par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles

Entre :

La ministre chargée de la santé,

Le ministre chargé de la sécurité sociale,

Et :

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,

Ci-après dénommés « les parties »,

Vu l'article 91 de la loi n° 2009-1648 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Préambule

L'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit une expérimentation portant sur le contrôle médical des arrêts de travail des fonctionnaires.

Pour les fonctionnaires hospitaliers, l'expérimentation fait l'objet d'une convention-cadre nationale conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, la ministre chargée de la santé et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

En conséquence, les parties sont convenues de ce qui suit :

Article 1^{er} : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir les modalités de la mise en œuvre, à titre expérimental, par les établissements publics de santé volontaires et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les services du contrôle médical placés près d'elles, du contrôle des arrêts de travail dus à une maladie non professionnelle des fonctionnaires mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Article 2 : Champ de l'expérimentation

1° Nature des contrôles réalisés.

L'expérimentation porte sur le contrôle des arrêts de travail dus à une maladie non professionnelle d'une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée.

Le contrôle réalisé à titre expérimental, par dérogation à l'article 42 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 susmentionnée, est le contrôle médical tel que prévu aux I, II, IV bis et V de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

Dans ce cadre, les contrôles concernent les arrêts de travail de plus de quarante-cinq jours consécutifs tels que définis dans le précédent alinéa.

Par ailleurs, les parties conviennent que des contrôles ponctuels peuvent être réalisés lorsqu'il est constaté plus de trois arrêts de travail de courte durée, au cours des douze derniers mois, dès lors que le quatrième arrêt est d'une durée supérieure à quinze jours.

2° Personnes concernées.

Les contrôles des arrêts, tels que précédemment définis, concernent les personnes régies par les dispositions de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (agents titulaires ou stagiaires) nommées dans un grade de la hiérarchie administrative des établissements publics de santé qui sont visés à l'article 1er de la présente convention et se sont portés volontaires pour participer à l'expérimentation.

3° Caisses primaires et services du contrôle médical participant à l'expérimentation.

Les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles, habilités pour réaliser les contrôles dans les conditions définies par la présente convention, sont les organismes dans le ressort desquels est situé le siège des établissements publics de santé répondant aux critères fixés au premier alinéa du 4°.

Ces caisses primaires d'assurance maladie, ainsi que les échelons locaux du contrôle médical placés auprès de celles-ci, sont les suivantes :

- caisse primaire d'assurance maladie du Puy-de-Dôme ;
- caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes ;
- caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine ;
- caisse primaire d'assurance maladie du Bas-Rhin.

4° Etablissements publics de santé volontaires pour l'expérimentation.

Peuvent être volontaires pour l'expérimentation les établissements publics de santé dont le siège est situé dans les circonscriptions des caisses primaires désignées au 3° et qui emploient au moins 400 agents au 1er janvier 2010.

Les établissements volontaires concluent avec l'agence régionale de santé, les caisses primaires concernées et le service du contrôle médical placé près d'elles des conventions locales conformes à la convention type figurant en annexe dans un délai de trois mois suivant la signature de la présente convention.

Les conventions locales déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la présente convention.

Une fois signées, les conventions locales sont adressées par les caisses primaires d'assurance maladie à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, chargée de les recenser.

Article 3 : Mise en œuvre

Pour la mise en œuvre du dispositif expérimental :

Un outil partagé sera mis à la disposition des caisses et des établissements publics de santé expérimentateurs. Cet outil permettra aux agents habilités des établissements publics de santé expérimentateurs, des CPAM et des ELSM expérimentateurs de saisir et partager les données suivantes :

- l'information selon laquelle l'arrêt de travail n'ouvre pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée ;
- certaines informations figurant sur le volet 2 de l'arrêt de travail nécessaire à la réalisation du contrôle, notamment l'adresse complète du fonctionnaire ;
- la date et la nature du contrôle opéré par le service du contrôle médical ;

le résultat de ce contrôle :

- avis favorable (arrêt justifié médicalement) et prévision éventuelle d'un nouveau contrôle médical du fonctionnaire ;
- avis défavorable (arrêt non justifié médicalement) ;
- avis technique impossible pour absence à convocation ;

la date et la nature de la décision prise par l'établissement employeur à la suite du contrôle :

- mise en demeure de reprendre les fonctions ;
- interruption de la rémunération ;
- avertissement du fonctionnaire pour l'informer qu'il s'expose à un nouveau contrôle ;
- la date, la nature des décisions prises par l'établissement employeur à la suite :
- d'une contestation, auprès du comité médical, de l'avis rendu par le service du contrôle médical ;
- d'un recours gracieux ;
- d'un recours contentieux ;

Les données issues de cet outil partagé permettront également le suivi et l'évaluation tels que prévus à l'article 4.

Les engagements des établissements publics de santé volontaires pour l'expérimentation :

Pour permettre la mise en œuvre de l'expérimentation, les établissements publics de santé volontaires concluent avec les caisses primaires des conventions locales par lesquelles ils s'engagent notamment :

- à donner suite aux résultats des contrôles de l'assurance maladie en envoyant une notification au fonctionnaire suite à l'avis donné par l'assurance maladie dans un délai maximum de cinq jours ouvrés ;
- à renseigner l'outil partagé susmentionné dans un délai maximum de cinq jours ouvrés suivant la date de réception de l'arrêt de travail des fonctionnaires ou de la prise de décision de l'établissement employeur, et notamment :
- à saisir certaines informations portées sur le volet 2 de l'avis d'arrêt de travail (NIR, nom et prénom du fonctionnaire, son adresse ainsi que, si elle est différente, celle où il peut être visité, s'il s'agit d'un arrêt initial ou d'une prolongation, les dates de début et de fin du congé de maladie ainsi que l'information précisant si les sorties sont autorisées ou non et, dans l'affirmative, les éventuelles restrictions d'horaire) ;
- à exclure des arrêts de travail à saisir, aux fins d'éventuels contrôles, les arrêts ouvrant droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée ;
- à signaler, parmi les arrêts prescrits dont le service du contrôle médical a déjà été destinataire, ceux qui ouvrent désormais droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée, afin qu'ils soient exclus du périmètre de contrôle ;
- à renseigner les suites qui ont été données au contrôle en cas de non-respect de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés, en cas d'avis du médecin-conseil concluant à l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail ;
- à indiquer l'envoi d'une lettre d'information au fonctionnaire au troisième arrêt de courte durée, afin qu'il sache qu'il sera contrôlé au quatrième, si ce dernier est supérieur à quinze jours ;
- à informer la caisse concernée de chaque contestation auprès du comité médical, de l'avis rendu par le service du contrôle médical ainsi que des éventuels recours gracieux et contentieux à l'encontre des décisions de l'établissement employeur et de la suite réservée à ces contestations et différents recours.

Par ailleurs, concernant spécifiquement l'utilisation de l'outil partagé, les établissements publics de santé volontaires s'engagent notamment, en signant les conventions locales :

- à protéger la confidentialité des informations transmises par l'assurance maladie, en les réservant aux seuls utilisateurs ayant à en connaître par la nécessité de leur mission ;
- à prendre toutes les dispositions permettant le respect et l'amélioration des mesures techniques et organisationnelles concourant à la sécurité de l'application mise à leur disposition, en particulier en s'assurant de la protection et du renouvellement régulier du mot de passe qui doit être réalisé au moins annuellement ;
- à communiquer par l'intermédiaire des référents définis pour les établissements publics de santé à l'article 4 de la présente convention la liste nominative des utilisateurs habilités et à la mettre à jour, ainsi qu'à informer fréquemment la CNAMTS des retraits d'habilitation.

Les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles s'engagent :

- à participer à l'expérimentation à titre gracieux ;
- à réaliser les contrôles définis par la présente convention : contrôle exhaustif des arrêts de travail de plus de quarante-cinq jours consécutifs, contrôles ponctuels des 4e arrêts itératifs dès lors qu'ils ont une durée d'au moins quinze jours.
- à saisir dans l'outil partagé susmentionné l'avis rendu après contrôle, et ce dans un délai maximum de cinq jours ouvrés ;
- à communiquer les cas où les personnes ne se sont pas présentées à la convocation du service médical, rendant le contrôle impossible (avis technique impossible, ATI) ;
- à signaler à l'établissement employeur le 3e arrêt de travail de courte durée sur une période de douze mois.

Article 4 : Suivi et évaluation

Le suivi de l'expérimentation, sur la base des indicateurs en annexe de la présente convention, est assuré par un comité de pilotage composé des représentants des parties signataires ainsi que des agences régionales de santé concernées (ARS), et des caisses et services du contrôle médical expérimentateurs. Le comité se réunit une fois par trimestre.

Chaque caisse et ELSM désignent un référent par site.

Dans chaque département où se déroule l'expérimentation un référent RH de la délégation territoriale des agences régionales de santé est chargé de la coordination et du suivi de l'expérimentation. Celui-ci est désigné par le directeur de l'ARS et est l'interlocuteur de l'assurance maladie ainsi que de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) concernant les résultats de l'expérimentation dans son département. Les référents d'ARS participent au comité de pilotage. Concernant les établissements publics de santé expérimentateurs, chaque site dispose également d'un référent. Le référent assure, pour l'établissement qui l'a désigné, la coordination et le suivi à son niveau de l'expérimentation et est l'interlocuteur du délégué territorial de l'ARS concernant le déroulement et les résultats de l'expérimentation dans son établissement. Il ne participe pas au groupe de pilotage.

La CNAMTS communique chaque trimestre les éléments nécessaires au suivi et à l'évaluation de l'expérimentation à la direction de la sécurité sociale et à la direction générale de l'offre de soins en vue de l'établissement par celles-ci d'un rapport d'évaluation au Parlement.

Article 5 : Durée de la convention-cadre nationale

La présente convention est conclue pour la durée de l'expérimentation, soit deux ans, et prend effet à la date de sa signature.

Article 6 : Modification de la convention-cadre nationale

Toute modification des clauses de la présente convention devra être faite d'un commun accord et constatée par un avenant signé par les trois parties.

Article 7 : Clause de confidentialité

L'obligation de confidentialité s'impose aux parties et à leur personnel et s'applique à tous les renseignements et à toutes les informations recueillis à l'occasion de la présente convention. Il en est de même du contenu des fichiers, informations et documents mis à leur disposition à l'occasion de la présente convention.

• Annexe**A N N E X E SUR LES INDICATEURS**

Liste des indicateurs :

- nombre de fonctionnaires hospitaliers concernés par l'expérimentation ;
- nombre d'arrêts de travail saisis par l'établissement employeur ;
- nombre d'arrêts de travail neutralisés pendant l'expérimentation ;
- nombre d'arrêts de travail contrôlés : par le service du contrôle médical ; courts/longs ;
- nombre de courriers envoyés à des fonctionnaires hospitaliers au troisième arrêt court ;
- typologie des résultats du contrôle médical : avis favorable, avis défavorable, ATI pour absence à convocation ;
- typologie des suites données au contrôle : interruption du versement de la rémunération, avertissement d'un contrôle éventuel ;
- typologie des contestations et contentieux et des décisions de l'autorité compétente saisie : réclamation d'ordre médical, recours gracieux, recours contentieux, décision de l'autorité saisie ; décision favorable ou défavorable au fonctionnaire hospitalier (mise en demeure de reprendre ses fonctions, interruption de la rémunération, procédure d'abandon de poste...).

ANNEXE À LA CONVENTION-CADRE NATIONALE**CONVENTION LOCALE RELATIVE AU CONTRÔLE, À TITRE EXPÉRIMENTAL, DES ARRÊTS DE TRAVAIL DES FONCTIONNAIRES HOSPITALIERS PAR LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE ET LES SERVICES DU CONTRÔLE MÉDICAL PLACÉS PRÈS D'ELLES**

Entre :

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de...

Et :

Le directeur régional du service médical de...

Et :

Le directeur de l'agence régionale de santé de...

Et :

Le directeur de l'établissement public de santé de...

Ci-après dénommés « les parties »,

Vu l'article 91 de la loi n° 2009-1648 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;

Vu la convention-cadre nationale relative au contrôle, à titre expérimental, des arrêts de travail des fonctionnaires hospitaliers par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles du...

Préambule

L'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit une expérimentation portant sur le contrôle médical des arrêts de travail des fonctionnaires.

Pour les fonctionnaires hospitaliers, l'expérimentation fait l'objet d'une convention-cadre nationale conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, la ministre chargée de la santé et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Une convention locale détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation par la caisse, le service du contrôle médical placé près d'elle, l'agence régionale de santé et l'établissement public expérimentateurs, dans le respect de la convention-cadre nationale précitée.

En conséquence, les parties sont convenues de ce qui suit :

Article 1^{er} : Objet de la convention locale

Les parties conviennent de mettre en œuvre, à titre expérimental, le contrôle des arrêts de travail prévu par l'article 91 de la loi du 24 décembre 2009 susvisée. Il s'agit des arrêts dus à une maladie non professionnelle des agents publics titulaires et stagiaires régis par les dispositions de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, nommés dans un emploi de l'établissement public de santé expérimentateur.

Article 2 : Mise en œuvre

Les parties s'engagent à mettre en œuvre l'expérimentation conformément aux modalités définies par la convention-cadre nationale susvisée, notamment aux 1° et 2° de l'article 2 et à l'article 3.

Article 3 : Gestion des habilitations

Les parties s'engagent à tenir à jour la liste des personnes habilitées à renseigner l'outil partagé mentionné à l'article 3 de la convention-cadre nationale susvisée.

Chaque partie est responsable de la gestion de ses habilitations et notamment de la saisie et de la mise à jour de la liste des personnes habilitées. [L'agence régionale de santé désigne un correspondant sur la gestion des habilitations chargé d'habiliter des personnes désignées dans chaque établissement.]

Article 4 : Suivi de l'expérimentation

Les noms des référents locaux chargés du suivi de l'expérimentation, prévus à l'article 4 de la convention-cadre nationale susvisée et respectivement désignés par la caisse primaire, le service du contrôle médical placé près d'elle, l'agence régionale de santé et l'établissement public de santé, sont listés en annexe à la présente convention.

Article 5 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour la durée de l'expérimentation, soit deux ans, et prend effet à la date de sa signature.

Article 6 : Clause de confidentialité

L'obligation de confidentialité s'impose aux parties et à leur personnel et s'applique à tous les renseignements et à toutes les informations recueillis à l'occasion de l'exécution de la présente convention. Il en est de même du contenu des fichiers, informations et documents mis à leur disposition à l'occasion de l'exécution de la présente convention.

Le directeur de la caisse...

Le directeur régional du service médical...

Le directeur de l'agence régionale de santé de...

Le directeur de l'établissement public de santé de...

Le ministre chargé de la santé,

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement de la directrice générale de l'offre de soins :

Le chef de service,

F. Faucon

Le ministre chargé de la sécurité sociale,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

D. Libault

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,

F. Van Roekeghem

Pièce n° 5 : Bilan Chiffré de l'expérimentation au 30 juin 2015 (données CNAMTS)

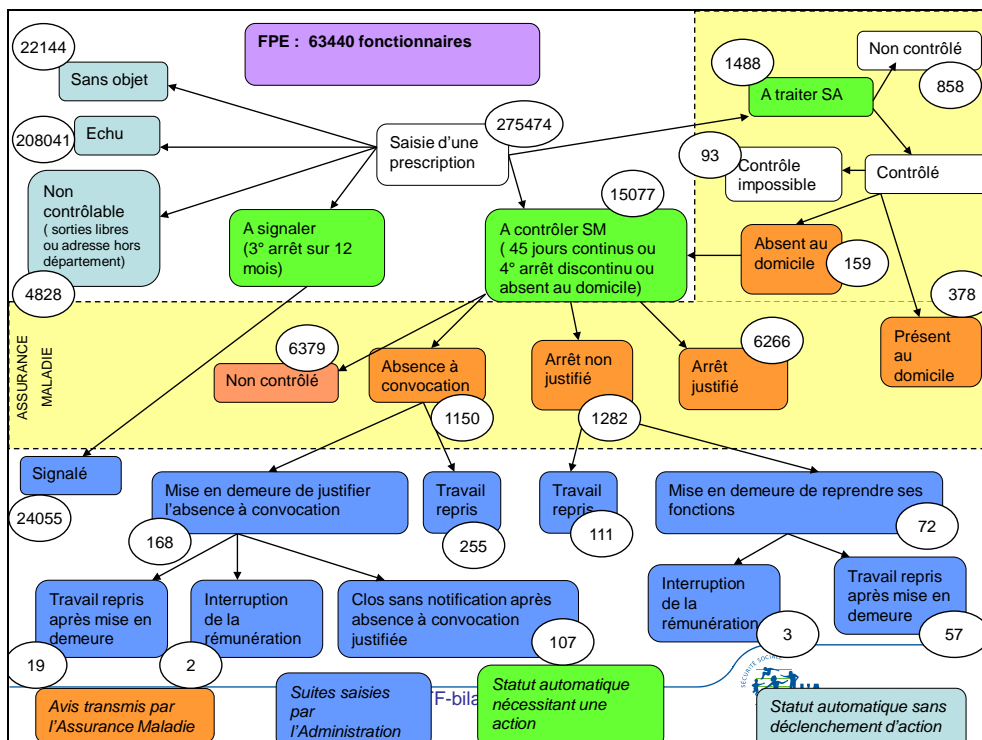
FPE - Saisie par les Administrations

275 474 arrêts ont été saisis pour 63 640 fonctionnaires

dont 208 041 arrêts échus au moment de la saisie (soit 75%)

A noter toujours un seul recours devant le comité médical avec confirmation de l'avis du MC sur non justification médicale de l'arrêt

ADTF-bilan 30 avril 2013 



FPH - Saisie par les Administrations

Au 30 juin 2015, 12 établissements hospitaliers ont saisi des arrêts dans ADTF:

3 dans les Alpes Maritimes : CHU de Nice, CH de Cannes et CH d'Antibes

3 en Ile et Vilaine : CH guillaume Regnier, le CH de Fougères et le CHU de Rennes

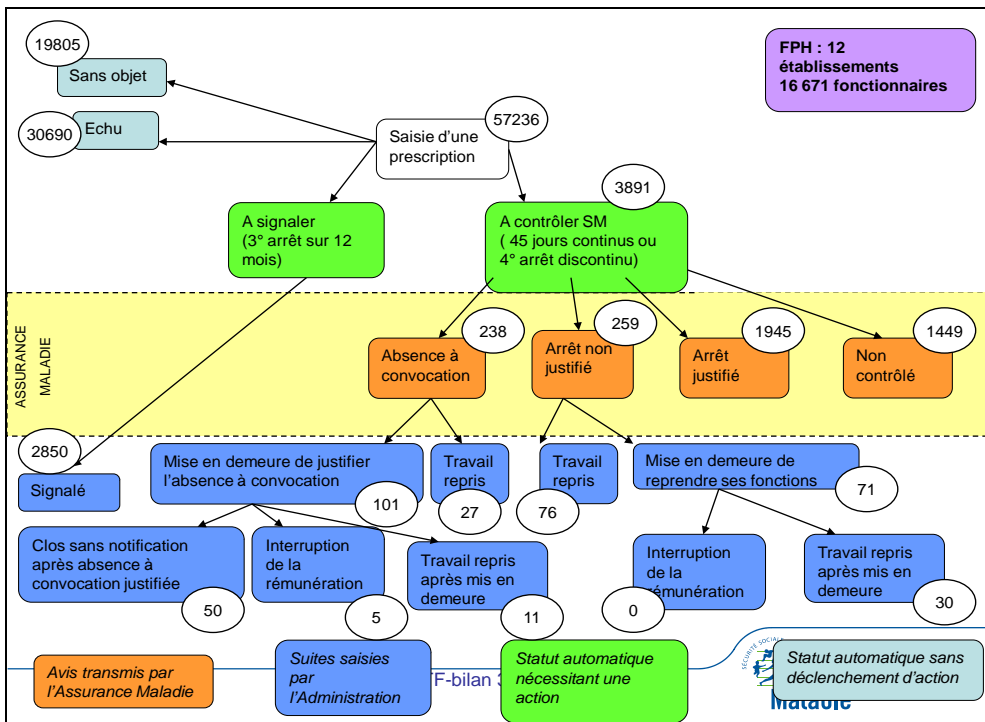
2 dans le Puy de Dôme : CHU de Clermont Ferrand et le CH de Riom

4 dans le Bas Rhin : CH de Saverne, l'EPSAN, le CH de Bischwiller et l'URSSAF 67

57 236 arrêts ont été saisis pour 16 671 fonctionnaires

dont 30 690 arrêts échus au moment de la saisie (soit 53%)

ADTF-bilan 30 avril 2013



FPT - Saisie par les Administrations

Au 30 juin 2015, seul le conseil général des Alpes Maritimes continue la saisie dans l'outil ADTF.

Pour les 3 autres collectivités territoriales qui participaient à l'expérimentation

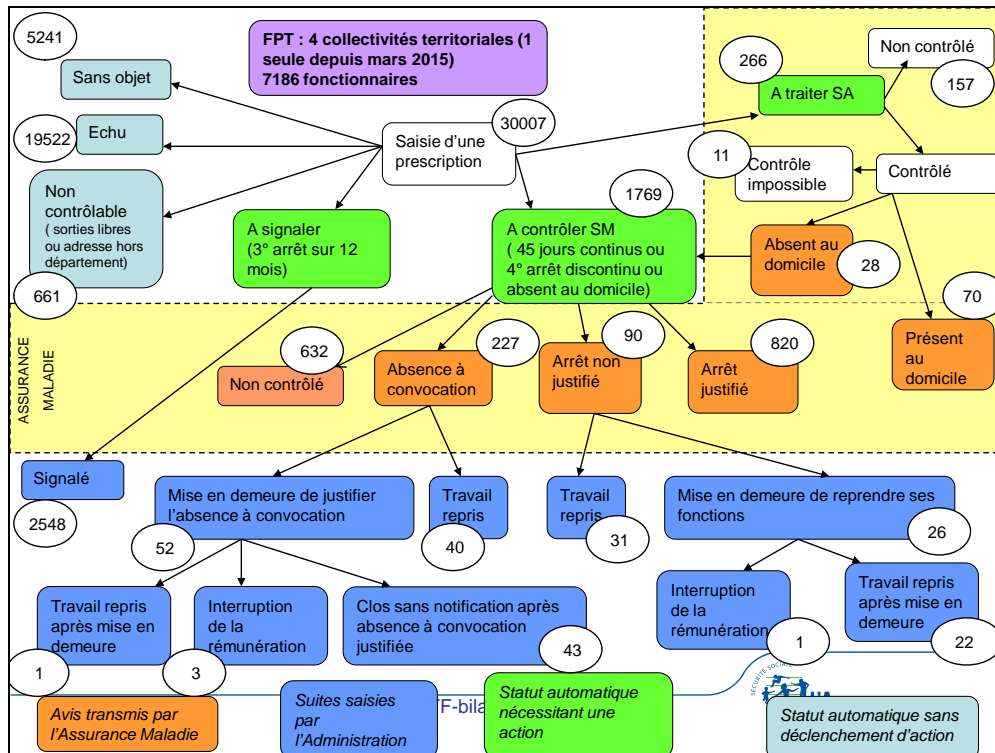
la Mairie de Menton a cessé la saisie à partir du 1er janvier 2014

Le Conseil Général du Rhône à partir du 1er janvier 2015

La Mairie de St Malo à partir du 1er mars 2015

30 004 arrêts ont été saisis pour 7184 fonctionnaires dont 19 520 arrêts échus au moment de la saisie (soit 65%)

ADTF-bilan 30 avril 2013



Pièce n° 6 : Appréciation du taux de mobilisation des administrations locales des 5 départements expérimentateurs au regard de leur potentiel

FRANCE														
Appréciation du taux de mobilisation des administrations locales des 5 départements expérimentateurs au regard de leur potentiel														
POTENTIEL THEORIQUE DE PARTICIPATION DES ADMINISTRATIONS LOCALES						PARTICIPANTS A L'EXPERIMENTATION			PARTICIPANTS EFFECTIFS AU 31 JUILLET 2015					
Type FP	Institutions administratives de référence	Principales structures publiques déconcentrées et décentralisées locales	Nombre d'institutions et services (a minima)	Nombre d'agents publics employés	Part de l'institution / Total	Nombre d'institutions et services	Estimation du nombre d'agents publics employés	Part de l'institution / Total	Nombre d'institutions et services	Estimation du nombre d'agents publics employés	Part de l'institution / Total			
FPE	Education nationale et enseignement supérieur	Rectorat, inspection académique, universités, lycées, collèges, écoles	3 026	136 100	60%	117	9 613	13%	17	2 813	12%			
	Intérieur	préfecture, DDSF, DZPAF, SGAMI, service médicale PN, EM région gendarmerie, DZCRS, DRRF police	40	24 300	11%	27	16 925	22%	4	2 489	10%			
	Finances et comptes publics	DRFIP, DDFIP, DIRECTE, DIR Douanes, UT Directe, INSEE, direction contrôle fiscal	36	14 700	6%	28	12 187	16%	18	7 258	30%			
	Justice	maisons d'arrêtés, SPIP, DT PJJ, DIR PJJ, DISP	43	6 800	3%	15	2 355	3%	9	1 649	7%			
	Autres	DDCS, DDPP, DDTM, DREAL, DRISCS, DRAAF, DRAC, Lycée agricole, Défense CMG, DIR Routes	63	46 000	20%	53	35 273	46%	16	10 092	42%			
Potentiel total FPE						3 208	227 900		240	76 353		104	24 301	
FPH	Santé	ARS, CHR/CHU, CH	81	97 600		12	32 844		5	12 287		0	0	
	Potentiel total FPH													
FPT	région	conseil régional	4			1	1 700		0	0		0	0	
	département	conseil départemental, SDIS	10	42 500		2	7 740		1	2 960		1	2 960	
	commune	communes de plus de 20.000 habitants	35			2	1 377		0	0		0	0	
	EPCI	Métropoles, communautés d'agglomération, communautés de communes	12	125 100		0	0		0	0		0	0	
	autre EP local	CCAS				0	0		0	0		0	0	
Potentiel total FPT						61	167 600		5	10 817		1	2 960	

Source : Mission