

Cour des comptes



Chambres régionales  
& territoriales des comptes

# LA RÉMUNÉRATION DES AGENTS PUBLICS EN ARRÊT MALADIE

Fascicule 2 : annexes

Communication à la commission des finances, de l'économie  
générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale

Juin 2021

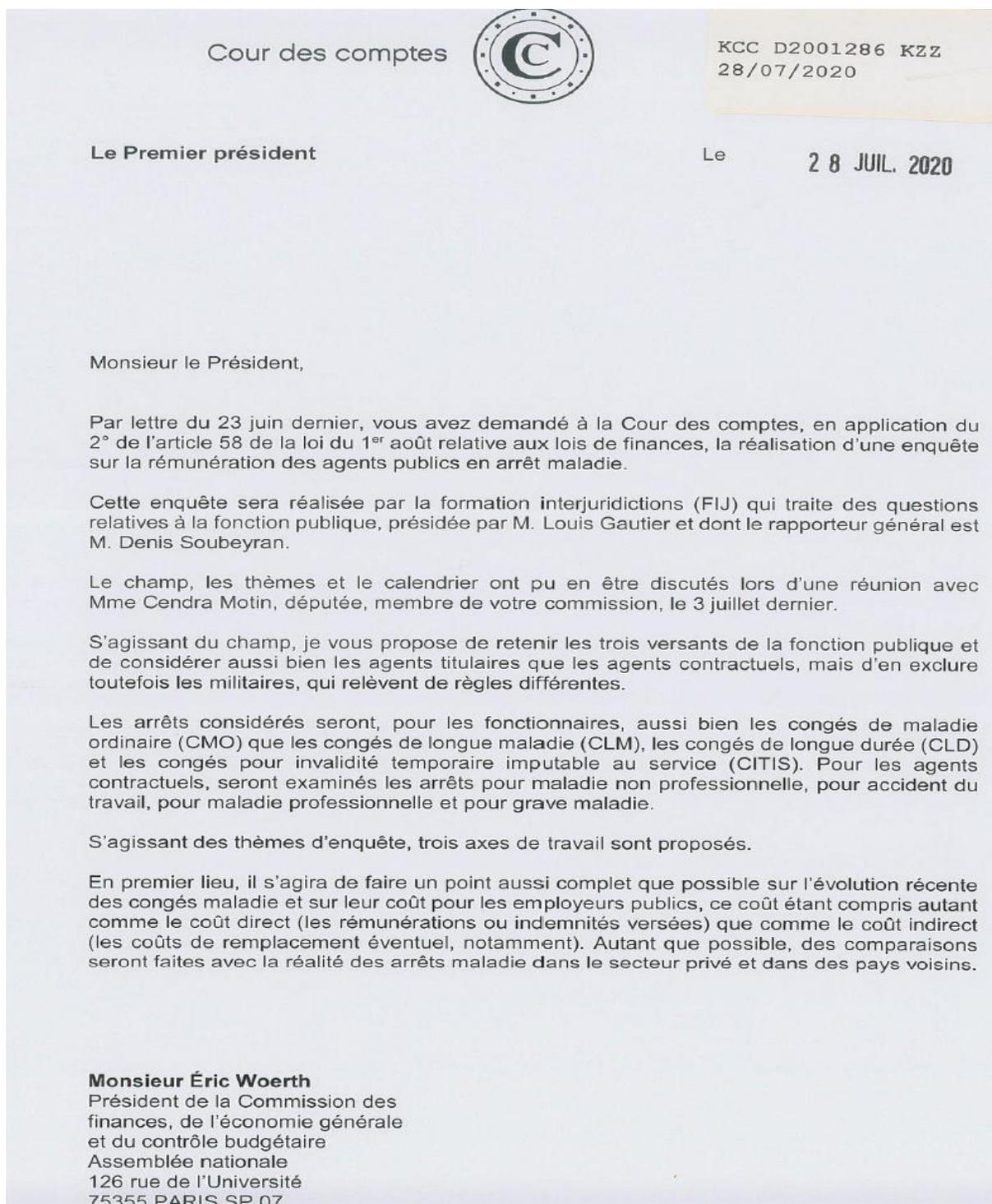


## Annexes

Annexe n° 1 : lettre du Premier président relative à l'enquête sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie .....	5
Annexe n° 2 : liste des personnes rencontrées.....	7
Annexe n° 3 : les facteurs des arrêts de travail.....	13
Annexe n° 4 : les bilans sociaux dans les trois versants de la fonction publique .....	28
Annexe n° 5 : évaluation à partir des bilans sociaux de l'impact financier des journées perdues en raison des absences pour maladie .....	30
Annexe n° 6 : ETP et dépenses de remplacement au ministère de l'éducation nationale .....	32
Annexe n° 7 : les impacts non valorisés des arrêts de travail en termes de gestion et d'organisation .....	33
Annexe n° 8 : la rémunération des agents titulaires en arrêt maladie - exemples détaillés (en euros par mois).....	35
Annexe n° 9 : les positions des agents titulaires ayant épuisé leurs droits à congés maladie .....	38
Annexe n° 10 : règles de rémunération des agents publics contractuels selon la typologie des congés maladie.....	41
Annexe n° 11 : la déclaration sociale nominative (DSN).....	43
Annexe n° 12 : exemples de bonnes pratiques à la DGFIP .....	46
Annexe n° 13 : composition, rôle et fonctionnement des instances médicales (IM) de la fonction publique .....	47
Annexe n° 14 : la pénurie des professionnels de santé et les dysfonctionnements des instances médicales.....	49
Annexe n° 15 : situation des agents en période de covid (données France, commune de Roubaix et Italie) .....	55



## Annexe n° 1 : lettre du Premier président relative à l'enquête sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie



En deuxième lieu, seront décrits et évalués les processus de gestion des congés maladie (ouverture des droits, maîtrise de la durée, vérification de l'état de santé, versement des rémunérations ou indemnités, modalités de retour au travail, gestion de la désinsertion professionnelle, etc.), sur la base d'études de cas. La liste des cas devra comprendre quelques administrations centrales de l'État, quelques collectivités territoriales et quelques établissements de santé. L'analyse sera complétée par des entretiens avec des représentants des associations d'employeurs et des syndicats professionnels représentatifs. Une attention particulière sera portée aux mécanismes de sortie des arrêts de travail liés à l'épidémie de Covid-19.

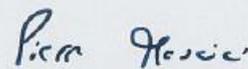
En dernier lieu, sera présentée de manière synthétique, à partir des études disponibles et d'études de cas, l'efficacité des mesures récentes de maîtrise des coûts des arrêts maladie des agents publics, dans leurs différents aspects (mesures de prévention, médecine du travail, mise en place du jour de carence, etc.).

Le rapport permettra en conséquence de clarifier et de nuancer la notion d'absentéisme dans la fonction publique, même s'il n'en donnera pas une vision exhaustive, certaines causes d'absence au travail restant en dehors de son périmètre (congés maternité, exercice du droit syndical, conflits sociaux, formation, etc.).

S'agissant du calendrier, il est convenu qu'un point d'étape sera fait avec Mme Cendra Motin en mars 2021 ; le rapport vous sera transmis avant le 30 juin 2021.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

*Confidamment,*



—  
**Pierre Moscovici**

## **Annexe n° 2 : liste des personnes rencontrées**

### **Direction générale de l'administration et de la fonction publique**

- Stéphane Lagier, chef du service des parcours de carrière et des politiques salariales et sociales
- Adrien Friez, sous-directeur chargé de la sous-direction des études, des statistiques et des systèmes d'information
- Nathalie Quelquejeu, cheffe du bureau de l'organisation, des conditions et du temps de travail
- Pierre-Henry Dodart, adjoint à la cheffe du bureau de l'organisation, des conditions et du temps de travail
- Emmanuel Savarin, chef du bureau de la protection sociale et des retraites
- Julien Combot, adjoint au chef du bureau de la protection sociale et des retraites
- Alexandra Duris, chargée d'étude au bureau de la protection sociale et des retraites

### **Direction générale des collectivités locales**

- Stéphane Brunot, directeur, adjoint au directeur général des collectivités locales
- Guillaume Afonso, adjoint au sous-directeur chargé de la sous-direction des élus locaux et de la fonction publique territoriale
- Geneviève Le Barbier de Blignières, cheffe du bureau de l'emploi territorial et de la protection sociale

### **Direction générale de l'offre de soins**

- Eva Jallabert, adjointe à la sous-directrice chargée de la sous-direction des ressources humaines du système de santé
- Hélène Tiriau, adjointe au chef du bureau de la politique sociale et du dialogue social

### **Direction générale des finances publiques**

- Marine Camiade, cheffe du service stratégie, pilotage, budget
- Olivier Rousseau, sous-directeur chargé de la sous-direction gestion des personnels et des parcours professionnels
- Flora Séguin, cheffe du bureau politique sociale, rémunération
- Fabrice Firtion, bureau dépenses de l'État, rémunérations et recettes non fiscales de l'État
- Christelle Tabard, cheffe du service d'information aux agents de la DGFIP
- Jean-Marc Valès, directeur départemental des finances publiques de la Seine-et-Marne
- Gérard Gaullier, directeur du pôle pilotage et ressources de la direction départementale des finances publiques de la Seine-et-Marne

- Isabelle Farcy, responsable de la division ressources humaines de la direction départementale des finances publiques de la Seine-et-Marne
- Jean-Paul Essamba, chef de service au sein de la division ressources humaines de la direction départementale des finances publiques de la Seine-et-Marne

### **Direction du budget**

- Benoit Laroche de Roussane, sous-directeur chargé de la 2<sup>ème</sup> sous-direction
- Stéphane Valois, chef du bureau de la masse salariale
- Ivan Muller, bureau de la masse salariale

### **Direction de la sécurité sociale**

- Fanny Chauviré, cheffe de bureau de l'accès aux soins et aux prestations de santé
- Perrine Bolzicco, bureau de l'accès aux soins et aux prestations de santé

### **Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques**

- Malik Koubi, sous-directeur chargé de la sous-direction salaires travail et relations professionnelles

### **Ministère de l'éducation nationale**

- Véronique Gronner, cheffe de service, adjointe à la secrétaire générale
- Mélanie Joder, directrice des affaires financières
- Christine Arnulf-Koechlin, adjointe au sous-directeur chargé de la gestion prévisionnelle, des affaires statutaires et de l'action sanitaire et sociale
- Marie-Laure Martineau-Gisotti, cheffe du bureau de l'action sanitaire et sociale
- Marjorie Soufflot-Carpentier, cheffe du bureau de la masse salariale et du suivi du plafond d'emplois

### **Centre interministériel de services informatiques relatifs aux ressources humaines**

- Philippe Cuccuru, directeur, chef de service
- Geoffroy Bonnet, adjoint au directeur, sous-directeur du numérique et des systèmes d'information

### **Caisse nationale d'assurance maladie**

- Bintou Boité, directrice de l'organisation et de la performance de la production (DDOP)
- Benoit Bordy, responsable de département métier à la DDOP
- Myriam Murat, référente métier (DDOP)
- Francine Scherpereel, responsable du département de la réglementation à la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

### **Groupement d'intérêt public Modernisation des Déclarations Sociales (GIP-MDS)**

- Elisabeth Humbert-Bottin, directrice générale
- Nicolas Simon, directeur de la transformation digitale
- Fleur Le Logeais, directrice de l'accompagnement et de la qualité
- Guillaume Cosneau, responsable du service déploiement IJ
- Arnaud Vasserot, responsable de développement IJ

### **Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail**

- Richard Abadie, directeur général
- Michel Anger, directeur des ressources humaines

### **Régions de France**

- Frédéric Eon, conseiller parlementaire, juridique et fonction publique
- Mégane Perrin, chargée d'étude juridique
- Emilie Chartron, directrice adjointe des ressources humaines, conseil régional d'Auvergne-Rhône-Alpes
- Karine André, directrice des ressources humaines, conseil régional de Bretagne
- Aude-laure Velatta, directrice générale déléguée « organisation, pilotage et ressources humaines », conseil régional du Centre-Val-de-Loire
- Magali Ralite, cheffe du service « modernisation, innovation, GPEEC » à la direction des ressources humaines, conseil régional du Grand-Est,
- Déborah Dumoulin Lacoye, directrice des ressources humaines, conseil régional des Hauts-de-France

- Aline Ridet, adjointe à la directrice générale adjointe Pôle ressources humaines, conseil régional d'Ile-de-France
- Magalie Etienne, directrice générale adjointe ressources humaines, conseil régional de la Martinique
- Philippe Jarry, directeur de l'administration des ressources humaines, conseil régional de la Normandie
- Vincent Lecomte, directeur des ressources humaines, conseil régional des Pays-de-la-Loire
- Afzal Patel, directeur des ressources humaines, conseil régional de la Réunion

### **Assemblée des départements de France**

- Pierre Monzani, directeur général
- Jérôme Briend, conseiller

### **Association des maires de France**

- Didier Ostré, directeur général adjoint
- Stéphanie Colas, chargée de mission Fonction publique territoriale

### **France Urbaine**

- Ludovic Grousset, directeur développement et cohésion des territoires
- Christine Couderc, responsable du service gestion des temps et des absences de la direction des ressources humaines mutualisée de la ville de Toulouse et de Toulouse Métropole
- Ariel Janin, directeur adjoint des ressources humaines de la ville et de l'Eurométropole de Strasbourg

### **Fédération nationale des centres de gestion**

- Thierry Sénamaud, directeur
- Cindy Laborie, responsable des affaires juridiques
- Alexis Boucher, juriste / chargé de mission

### **Fédération Hospitalière de France**

- Amélie Roux, responsable du pôle ressources humaines hospitalières
- Quentin Henaff, adjoint de la responsable du pôle ressources humaines hospitalières

### **Mutuelle générale de l'éducation nationale**

- Christine Boudineau, directrice chargée de la direction technique opérationnelle
- Fabrice Mercier, adjoint à la directrice chargée de la direction technique opérationnelle, responsable de projets réglementation et prévention santé
- Jérôme Hibon, adjoint à la directrice chargée de la direction technique opérationnelle, responsable domaines réglementations et prestations prévoyance

### **Mutualité Fonction Publique**

- Serge Brichet, président

### **Mouvement des entreprises de France**

- Sébastien Velez, directeur de la protection sociale
- Roxane Solesse, chargée de mission assurance maladie à la direction de la Protection sociale

### **Association des DRH des grandes collectivités**

- Mathilde Icard, présidente
- Sarah Deslandes, vice-présidente
- Bruno Jarry, vice-président

### **Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux**

- Matthieu Girier, président

### **Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE-CGC)**

- Nathalie Makarski, présidente de la fédération des Services Publics CFE-CGC
- Hugues Thibault, délégué fédéral santé et sécurité au travail à la fédération des Services Publics CFE-CGC
- David Leroux, chargé de communication à la fédération des Services Publics CFE-CGC

### **Confédération française démocratique du travail (CFDT)**

- Jean-Luc Saphore, secrétaire général adjoint de la CFDT fonction publique
- Martial Crance, secrétaire général adjoint de la CFDT fonction publique

### **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)**

- Didier Lenfant, président de la fédération fonction publique de l'État
- Awa Bulet conseillère fédérale, fédération fonction publique territoriale
- Christian Cumin, secrétaire général adjoint chargé de la fonction publique hospitalière

### **Confédération générale du travail (CGT)**

- Gilles Oberrieder, conseiller confédéral CGT en charge des retraites

### **Fédération Autonome de la Fonction Publique (FA-FP)**

- Pascal Kessler, président
- Martine Gramond-Rigal, présidente de la FA-FPT

### **Fédération syndicale unitaire (FSU)**

- Hervé Moreau, secrétaire national
- Bruno Leveder, secrétaire national
- Didier Bourgoïn, secrétaire national

### **Union nationale des syndicats autonomes (UNSA)**

- Luc Farré, secrétaire général
- Annick Fayard, secrétaire nationale
- Ludovic Palisson, conseiller national

## Annexe n° 3 : les facteurs des arrêts de travail

Pour analyser la structure et la dynamique des arrêts de travail d'un secteur d'activité, il est nécessaire de tenir compte d'un ensemble de facteurs interdépendants qui tiennent pour l'essentiel aux caractéristiques des emplois et des employeurs (1), à celles des employés (2), ainsi qu'à une série de facteurs exogènes (3).

Afin d'éclairer la lecture de ces facteurs, les indicateurs démographiques principaux de la fonction publique et du secteur privé sont rappelés ci-dessous.

**Tableau n° 1 : indicateurs démographiques de la fonction publique et du secteur privé (fin 2018)**

	Part des femmes	Âge moyen		Part des moins de 30 ans (en %)		Part des 50 ans et plus (en %)	
		Ensemble	dont femmes	Ensemble	dont femmes	Ensemble	dont femmes
<i>FPE</i>	56,0	42,7	43,4	15,7	12,8	30,7	31,9
<i>FPT</i>	61,3	45,5	45,6	10,1	9,9	41,4	42,0
<i>FPH</i>	78,0	41,9	41,5	18,0	18,3	30,2	28,9
<i>Ensemble</i>	62,5	43,5	43,7	14,3	13,3	34,3	34,5
<i>Privé</i>	46,2	40,9	41,5	21,3	20,3	28,0	29,6

*Champ public : Emplois principaux, tous statuts, situés en métropole et DOM (hors Mayotte), hors COM et étranger. Hors bénéficiaires de contrats aidés. Champ privé : France métropolitaine. Hors stagiaire et bénéficiaires de contrats aidés*  
*Source : Chiffres clés – DGAFP - rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique d'après Siasp, Insee pour la FP, enquête Emploi Insee 4ème trimestre 2018 pour le secteur privé. Traitement DGAFP - SDessi.*

### 1. Des variations fonctions des caractéristiques des emplois et employeurs publics

#### 1.1 L'exposition au risque et pénibilité du travail

Les agents les plus exposés à des conditions de travail difficiles comme le travail de nuit, le travail répétitif, des contraintes physiques intenses, ou une exposition à des produits nocifs ou à des risques psycho-sociaux<sup>1</sup> sont les plus susceptibles de déclarer un état de santé dégradé<sup>2</sup>. Les facteurs de risques psychosociaux sont liés à la manière dont le travail est conçu, organisé et géré, ainsi qu'à son contexte économique et social. *A contrario*, comme dans le secteur privé, l'absentéisme pour maladie se trouve réduit par le sentiment de satisfaction des agents au travail et la reconnaissance.

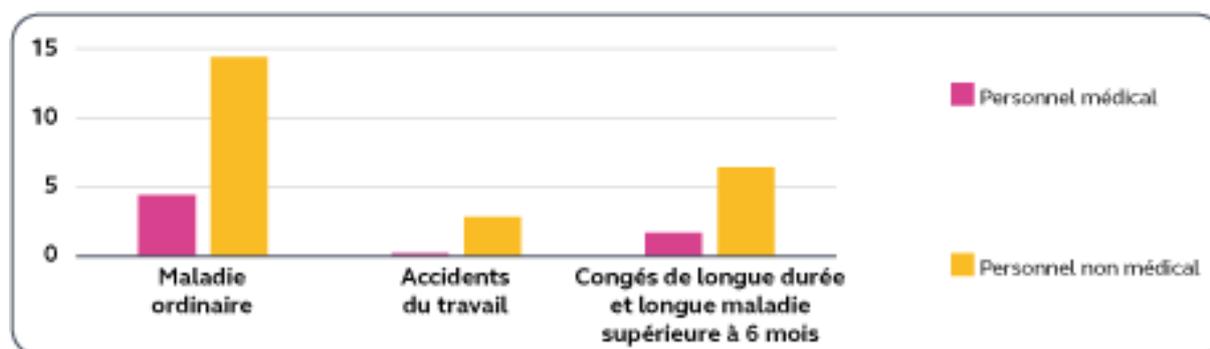
Ainsi, les agents de catégorie B et C, plus exposés aux risques que les agents de catégorie A, sont plus nombreux à s'absenter pour raison de santé dans l'année. Les agents de catégorie A s'arrêtent en effet moins souvent pour raisons de santé (29 %) dans l'année que les agents de catégorie B (32 %), qui eux-mêmes s'arrêtent moins souvent que les agents de catégorie C (37 %).

<sup>1</sup> Cf. Enquête Surveillance médicale des risques professionnels (SUMER) 2009-2010.

<sup>2</sup> Cf. E. Davie, (2015) « Absences pour raisons de santé et lien avec les conditions de travail dans la fonction publique et dans le secteur privé », dossier du Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, 2015, DGAFP.

Dans la FPH, selon une approche par métier, trois catégories de personnel apparaissent les plus exposés aux risques professionnels : les aides-soignants, les personnels infirmiers et les agents de bio-nettoyage<sup>3</sup>. Ces agents sont classés dans les « personnels non médicaux », dont les statistiques d'absentéisme pour raisons médicales sont supérieures à celles des personnels médicaux.

**Graphique n° 1 : nombre moyen de jours d'absence par agent de la FPH par motif d'absence (2018)**



Source : Cour des comptes d'après analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé - ATIH - 2018

En outre, les agents de la FPH sont plus souvent soumis à des contraintes de rythme de travail et à des horaires atypiques que l'ensemble des salariés, ce qui est un facteur de dégradation de l'état de santé.

S'agissant des AT-MP, le taux de sinistralité varie en fonction des spécificités de l'activité. Dans la FPH, la CNRACL calcule un taux de sinistralité<sup>4</sup> de 8,9 % dans les centres hospitaliers généraux et de 10,8 % dans les centres d'hébergement pour personnes âgées ainsi que les établissements publics à caractère sanitaire et social. En 2019, les accidents de service les plus fréquents sont ceux liés aux efforts de manutention des malades (20,1 %), suivis des chutes ou glissades de plain-pied (13,2 %).

Dans la FPT, le taux de sinistralité, en 2019, varie de 5,1 % pour les départements et communautés de communes à 7,8 % pour les communes et 8,1 % pour les métropoles.

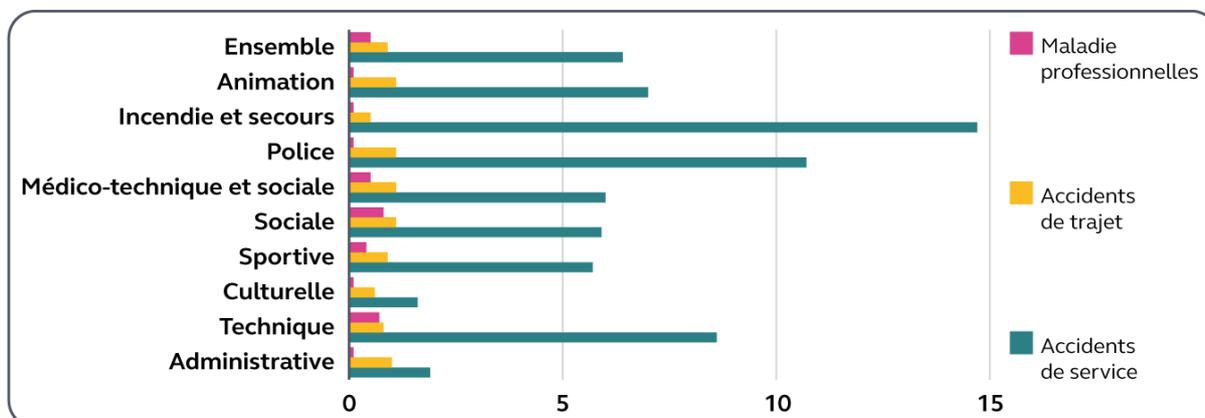
La commune de Courbevoie mentionne que les agents les plus touchés par les accidents de service exercent des fonctions exigeant un engagement physique : port de charge, gestes répétitifs, déplacement, manipulation d'outils ou de machine outils, de produits toxiques...

Hormis les filières administratives et culturelles qui présentent des taux de sinistralité réduits (inférieur à 2 accidents pour 100 agents), toutes les filières de la FPT ont des taux de sinistralité importants. Les filières « incendie et secours » et « police municipale » sont les plus concernées avec 14,7 accidents pour 100 agents dans la filière « incendie et secours » et 10,7 accidents pour 100 agents dans la filière « police municipale ».

<sup>3</sup> Cf. DGOS et ATIH, Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2017.

<sup>4</sup> Le taux de sinistralité est calculé en rapportant le nombre d'événements d'une année au nombre des effectifs couverts par la BND (Banque nationale de données). En 2019, le taux de sinistralité moyen dans la FPH est estimé à 9,4 %.

## Graphique n° 2 : nombre d'accidents pour 100 agents en emploi permanent selon la filière



Source : Cour des comptes d'après synthèse des bilans sociaux 2017 dans la fonction publique territoriale - DGCL

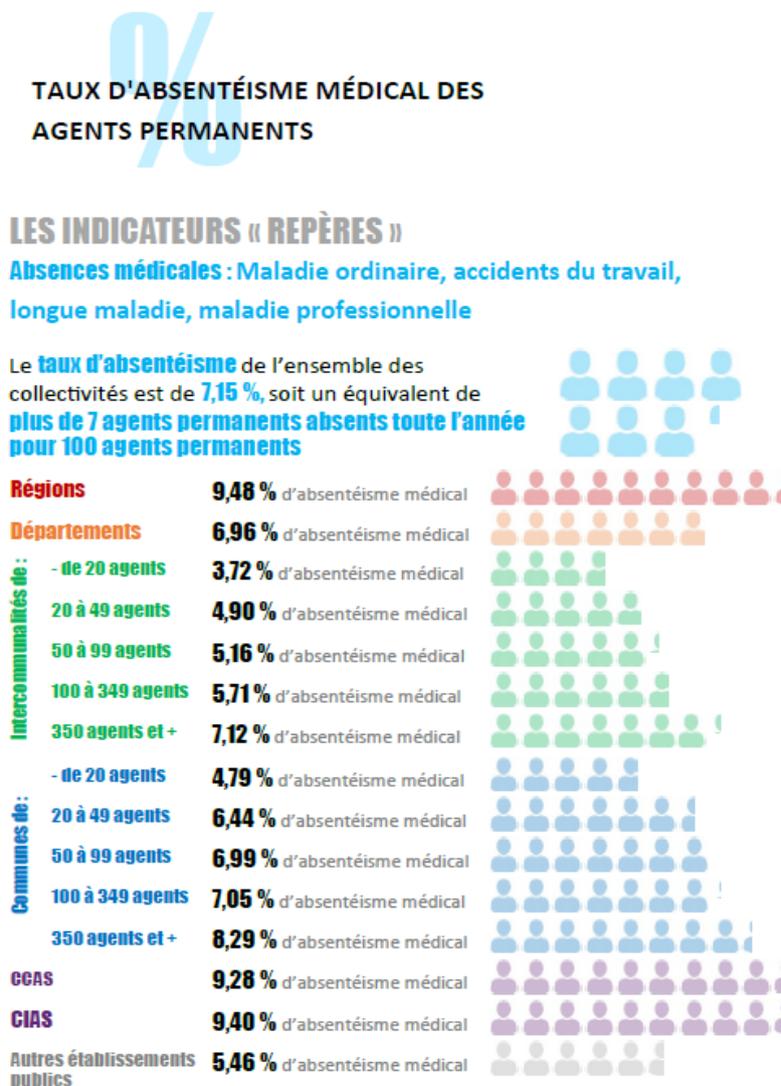
Dans la FPE, l'affectation des enseignants, qui représentent 40 % des agents de l'État, joue également. Ainsi, selon les données de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du MEN, au cours de l'année scolaire 2019-2020, 58 % des enseignants ayant au moins une affectation en zone de remplacement (ZR) et 50 % des enseignants multi-affectés (hors enseignants ZR) ont eu au moins un arrêt pour raison de santé, contre 43 % des autres enseignants du secteur public. Cet écart entre enseignants multi-affectés ou en ZR et autres enseignants est plus net dans le premier que dans le second degré.

Les personnes exerçant en éducation prioritaire prennent plus de congés pour raison de santé : 5,1 points d'écart dans le premier degré (58,3 %) et 5,2 points d'écart dans le second (59,2 %). Les durées de congés sont en revanche proches, ne dépassant que de 0,6 jour celles hors éducation prioritaire (16 jours) dans les collèges. Elle est même légèrement inférieure dans l'éducation prioritaire (18,5 jours) dans le premier degré, tous congés confondus, mais supérieure de 0,6 jour pour les CMO (8,4 jours versus 7,8 jours).

### 1.2 La taille des structures

L'étude des bilans sociaux de la FPT met en avant la corrélation entre le niveau d'absentéisme pour raison de santé et la taille de la structure. Il apparaît ainsi que plus la structure est grande et emploie un nombre important d'agents, plus l'absentéisme pour raison de santé est élevé.

### Graphique n° 3 : taux d'absentéisme médical pour les agents permanents dans les données sociales saisies par les collectivités territoriales en 2017

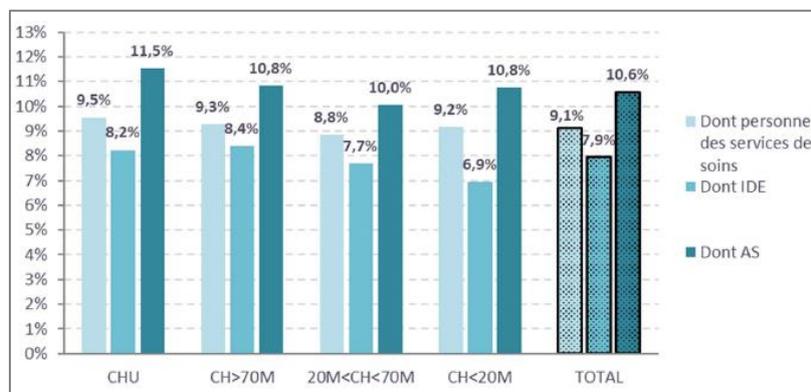


Source : FNCDG, synthèse des bilans sociaux 2017 des collectivités territoriales

Dans la FPH, en revanche, la taille de l'établissement est moins structurante, en particulier pour le personnel médical. En 2018, le taux d'absentéisme médical et non médical du personnel médical variait de 3,5 % pour les centres hospitaliers (CH) ayant des produits supérieurs à 70 M€<sup>5</sup> à 3,9 % pour les CH ayant des produits inférieurs à 20 M€, de 4 % pour les centres hospitaliers universitaires (CHU). Pour les personnels non médicaux, il variait de 8,3 % pour les CH ayant des produits compris entre 20 et 70 M€ à 9,8 % pour les CHU. L'écart est plus marqué par type de structure pour certains métiers, en particulier au sein du personnel de soin : aides-soignants (AS) et infirmiers diplômés d'État (IDE).

<sup>5</sup> L'ATIH a retenu une méthode de déclinaison des centres hospitaliers selon leur taille financière.

#### Graphique n° 4 : taux d'absentéisme médian du personnel des services de soins PNM par catégorie d'établissements en 2018



Source : ATIH, synthèse des bilans sociaux 2018 des établissements publics de santé

Au sein de la FPE, un constat similaire est réalisé au sein de la DAP pour les directions interrégionales des services pénitentiaires de Paris et Marseille : l'absentéisme pour maladie y est plus faible dans les petites structures - hors l'établissement pour mineurs - ainsi que dans les établissements où l'encellulement individuel est assuré et où le rythme de travail est moins intense, compte tenu de taux d'occupation moins élevés et des mouvements en nombre plus limités qui en résultent. Les grandes maison d'arrêt (MA) ou les centres pénitentiaires disposant d'un quartier MA important sont particulièrement affectés par les arrêts maladie, en particulier lorsqu'ils sont confrontés à un phénomène de surpopulation.

## 2. Des variations fonctions des caractéristiques des agents publics et de la stabilité des emplois qu'ils occupent

### 2.1 Une population vieillissante

Le dossier « Absences pour raison de santé et lien avec les conditions de travail dans la fonction publique et le secteur privé » publié dans le rapport annuel 2015 sur l'état de la fonction publique montre une convergence entre le secteur public et secteur privé : si la part des salariés ayant eu au moins un arrêt maladie décroît avec l'âge, les durées d'absences sont plus longues chez les salariés les plus âgés.

#### Tableau n° 2 : répartition des agents de la fonction publique absents au moins une fois pour raison de santé selon leur durée cumulée d'absence dans l'année

Année	Age	Part des agents ayant eu au moins 1 arrêt maladie dans l'année	Part des agents ayant eu au moins 3 arrêts dans l'année	Répartition des agents absents au moins une fois pour raison de santé selon leur durée cumulée d'absence dans l'année			
				1 – 7 jours	8 – 15 jours	16 – 29 jours	30 jours et plus
2013	Moins de 30 ans	38	5	61	17	8	14
	30 – 49 ans	34	4	54	17	8	21
	50 ans et plus	31	4	43	19	8	29
2016	Moins de 30 ans	30	4	64	15	4	18
	30 – 49 ans	38	5	55	16	8	21
	50 ans et plus	36	4	43	22	6	29

Source : Cour des comptes d'après rapports annuels sur l'état de la fonction publique - DGAFP

Le nombre de jours moyen d'arrêt pour les agents de plus de 50 ans est de 11,2 jours dans la FPE (12,8 hors enseignants), de 19,8 jours dans la FPT et de 19,9 jours dans la FPH.

Entre 2010 et 2018, l'âge moyen des agents de la FPE est passé de 41,2 ans à 42,7 ans, de 43,6 ans à 45,5 ans dans la FPT et de 41,1 ans à 41,9 ans pour la FPH. Dans la FPE, l'étude des bilans sociaux montre une disparité entre ministères : alors que les ministères en charge de l'enseignement scolaire et de la justice présentent des âges moyens proches de 43 ans, les autres ministères oscillent entre 47 et 49 ans sur les années 2015 à 2018.

Les agents de la fonction publique sont en moyenne plus âgés que ceux du secteur privé (43,5 ans contre 40,9 ans). En 2018, l'âge moyen des agents publics s'est accru d'un mois et demi par rapport à 2017, avec un profil très distinct selon le versant : plus 2 mois dans la FPE, 1,7 mois dans la FPT et 0,3 mois dans la FPH. L'âge moyen des seuls agents titulaires augmente plus vite que celui de l'ensemble des agents (2,3 mois pour les trois versants). Le différentiel s'accroît avec le secteur privé où l'âge moyen recule d'un mois. La réforme des retraites (recul de l'âge moyen de départ en retraite) et le système de carrière favorisant le maintien dans l'emploi des agents plus âgés dans le secteur public, le recours à des dispositifs de pré-retraite dans le secteur privé ainsi que des entrées plus précoces sur le marché du travail dans le secteur privé peuvent expliquer cette dynamique divergente.

La part des agents titulaires (hors La Poste et Orange) âgés de 50 ans et plus n'a cessé d'augmenter depuis 1992, avec une hausse entre 1992 et 2018 de 16 points dans la FPE, de 25 points dans la FPT et de 22 points dans la FPH.

La FPT est le versant le plus âgé de la fonction publique (45,2 ans). Les agents âgés de 50 ans et plus représentent 41,4 % des agents territoriaux. En cinq ans, leur part a augmenté de 5,1 points. Ils sont particulièrement nombreux dans la filière technique (46,9 %), où leur part a augmenté de 11 points par rapport à 2010.

*A contrario*, la FPH est le versant qui compte le plus d'agents jeunes : les agents y sont âgés de 41,9 ans en moyenne et 18 % ont moins de 30 ans. La plus faible proportion des agents hospitaliers de plus de 50 ans s'explique notamment par l'application d'un âge de départ à la retraite anticipé pour les catégories actives ; près de la moitié des fonctionnaires hospitaliers sont classés en catégorie active.

## 2.2 Un taux de féminisation élevé

Le taux de féminisation a une influence sur le taux global d'absence pour raison de santé d'un secteur d'activité. Sur l'ensemble des salariés, pour chaque catégorie professionnelle et pour chaque durée d'arrêt de travail, les femmes présentent des taux d'absence pour raison de santé plus élevés que les hommes. Seuls les AT-MP concernent davantage les hommes, cet écart étant en réduction régulière. En ce qui concerne la FPT, la DGCL<sup>6</sup> estime qu'on peut y voir un effet des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), où les absences pour accident du travail sont nombreuses et où les agents sont très majoritairement des hommes.

Dans le secteur public, 5,6 % des femmes ont été absentes au cours d'une semaine contre 3,8 % des hommes sur la période 2017-2019 (5,2 % des femmes contre 3,8 % des hommes dans le secteur privé). Les femmes sont en proportion plus nombreuses à s'arrêter que les hommes

---

<sup>6</sup> Cf. Bulletin d'information statistique de la DGCL, n° 123 – juin 2018.

et pour des durées plus longues. Les absences des femmes ont une durée plus longue, celles-ci s'arrêtant en moyenne 12,9 jours dans l'année contre 8,8 jours pour les hommes dans le secteur public (respectivement 12,2 jours et 8,9 jours dans le secteur privé).

Les femmes sont majoritaires dans la fonction publique (62,5 % contre 46,2 % dans le secteur privé), en progression de 2,7 points entre 2008 et 2018. La FPH est le versant le plus féminisé avec 78 % de femmes (61,3 % dans la FPT, 56 % dans la FPE).

Pour analyser l'incidence de ce facteur, il faut tenir compte de la pyramide des âges différenciée entre les hommes et les femmes. Pour les femmes, la pyramide des âges est lissée pour la FPH, alors qu'elle présente une part prépondérante autour de 45 ans pour la FPE et de 55 ans pour la FPT.

Cet écart entre les hommes et les femmes n'est pas constant en fonction des pathologies. Par exemple, concernant la prévalence de la dépression, elle est sur l'ensemble de la population active occupée de 11,4 % chez les femmes et 5,3 % chez les hommes<sup>7</sup>, et la souffrance psychique en lien avec le travail concernait 3,1 % pour les femmes et 1,4 % pour les hommes (chiffres 2012, Santé publique France).

Il est à noter qu'une étude de la Drees<sup>8</sup>, sur le périmètre des arrêts de travail indemnisés par le régime général, soulève deux corrélations en lien avec l'absentéisme plus élevé des femmes pour raisons de santé :

- 37 % de l'écart entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans s'explique par la part des arrêts maladie imputables à la grossesse en dehors des congés maternité ou pathologiques ;
- la fréquence plus élevée de recours aux arrêts maladie des femmes est aussi corrélée à leur moindre rémunération. La plus faible représentation des femmes dans les emplois les mieux rémunérés explique en effet 5 % de l'écart moyen entre femmes et hommes de 21 à 45 ans.

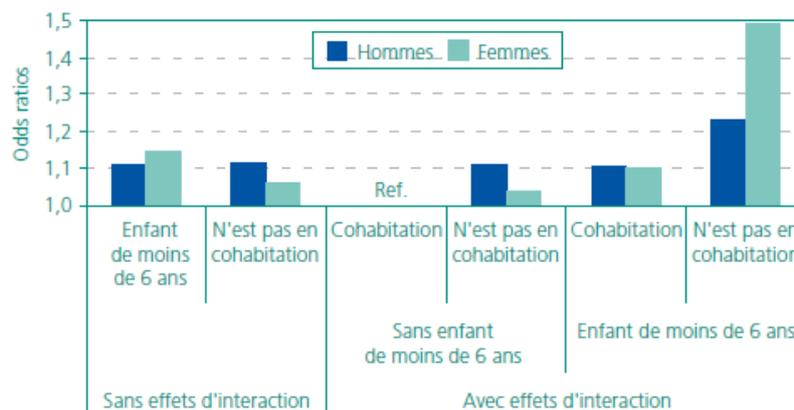
Par ailleurs, au global, parmi les parents d'enfants de moins de 6 ans, pour l'ensemble des salariés, les absences pour raison de santé des mères isolées sont 36 % plus probables que les absences des femmes en couple. Le nombre de mères isolées est en augmentation. Les familles monoparentales sont en progression de +10 % entre 2010 et 2015, principalement supportées par des mères. La plus forte propension des parents de jeunes enfants à être exposé à des pathologies saisonnières par contact avec leur enfant peut être un facteur explicatif.

---

<sup>7</sup> La dépression dans la population active occupée en France en 2017 – Santé publique France – baromètre santé 2017.

<sup>8</sup> Les grossesses expliquent 37 % des différences d'arrêt maladie indemnisés entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans - Claire Marbot, Catherine Pollak (Drees).

**Graphique n° 5 : probabilité d'absentéisme pour maladie selon le sexe et la situation familiale, « toutes choses égales par ailleurs »**



Les variables prises en compte dans l'analyse « toutes choses égales par ailleurs » sont celles détaillées dans le tableau 1.

Lecture : « toutes choses égales par ailleurs », le fait d'avoir au moins un enfant de moins de 6 ans et de ne pas être en couple augmente le risque d'être absent pour maladie ou garde d'enfant malade de près de 50 % pour les femmes et de 22 % pour les hommes ; toutes les différences sont significatives à 5 %.

Champ : salariés résidant en France métropolitaine (sont exclus les apprentis-stagiaires, les salariés des particuliers employeurs et les salariés travaillant à leur domicile).

### 2.3 Une prédominance de l'emploi stable

L'absentéisme pour maladie se révèle très contrasté en fonction de la situation statutaire de l'agent<sup>9</sup>. Cette situation ne peut pas être seulement expliquée par les caractéristiques socio-démographiques des agents contractuels, et notamment leur moyenne d'âge moins élevée que celles des agents titulaires en poste.

Une étude de la Dares<sup>10</sup> avance que le plus faible nombre de jours de maladie pour les salariés en contrat à durée déterminée (CDD) ou intérimaires proviendrait en grande partie d'un effet de sélection (les employeurs et agences d'intérim tendant à éviter de recruter sur des contrats courts des salariés à la santé fragile).

Selon la Dares<sup>11</sup>, les agents titulaires et les salariés en contrats à durée indéterminée (CDI), dont les niveaux de protection sociale peuvent être considérés comme équivalents, présentent des niveaux similaires d'absence pour maladie.

<sup>9</sup> Cf. Cour des comptes, *Les agents contractuels dans la fonction publique* (septembre 2020), rapport public thématique, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>10</sup> Cf. « *Quel lien entre les conditions de travail et le présentéisme des salariés en cas de maladie ?* », Dares Analyses, n° 024 août 2020.

<sup>11</sup> Cf. « *Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail* », Dares Analyses, n° 009 février 2013.

**Tableau n° 3 : probabilité d'absentéisme pour raisons de santé selon le statut de l'emploi**

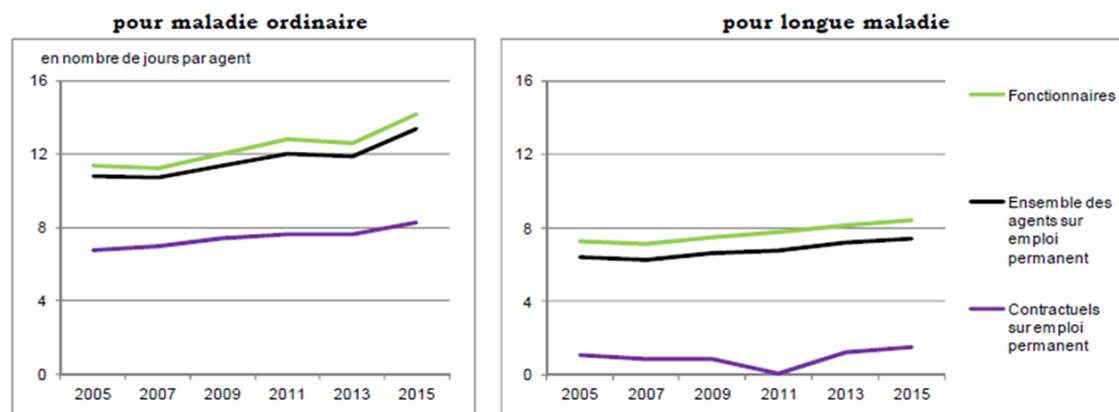
<i>Statut de l'emploi</i>	<i>Taux d'absentéisme (%)</i>
<i>CDD, CDI moins d'un an, intérim, saisonnier</i>	2,6
<i>CDI depuis plus d'un an</i>	3,7
<i>Titulaire de la fonction publique</i>	3,9

Champ : salariés résidant en France métropolitaine (sont exclus les apprentis-stagiaires, les salariés des particuliers employeurs et les salariés travaillant à leur domicile).

Source : Dares Analyses, n°009 d'après Insee, enquêtes Emploi de 2003 à 2011.

Comme dans le secteur privé, un effet de précarité peut ainsi être identifié dans la structure des absences pour raison de santé : à emploi moins stable, les absences pour raison de santé des agents sont réduites compte-tenu probablement des impacts éventuels en matière de renouvellement de contrat ou de proposition de CDI.

Ainsi, dans la FPT en 2015<sup>12</sup>, les fonctionnaires de moins de 30 ans étaient en moyenne absents 16 jours par an pour raisons de santé, contre 49 jours pour ceux de plus de 60 ans. Chez les agents contractuels, ces chiffres étaient de 8 et 20 jours par agent. Le constat s'établit de façon stable sur la période 2000-2015, quel que soit le motif de maladie.

**Graphique n° 6 : évolution du nombre de jours d'absences selon le statut de l'agent territorial**

Source : DGCL, bilans sociaux de la fonction publique territoriale.

### 3. Des facteurs exogènes

#### 3.1 La prescription médicale

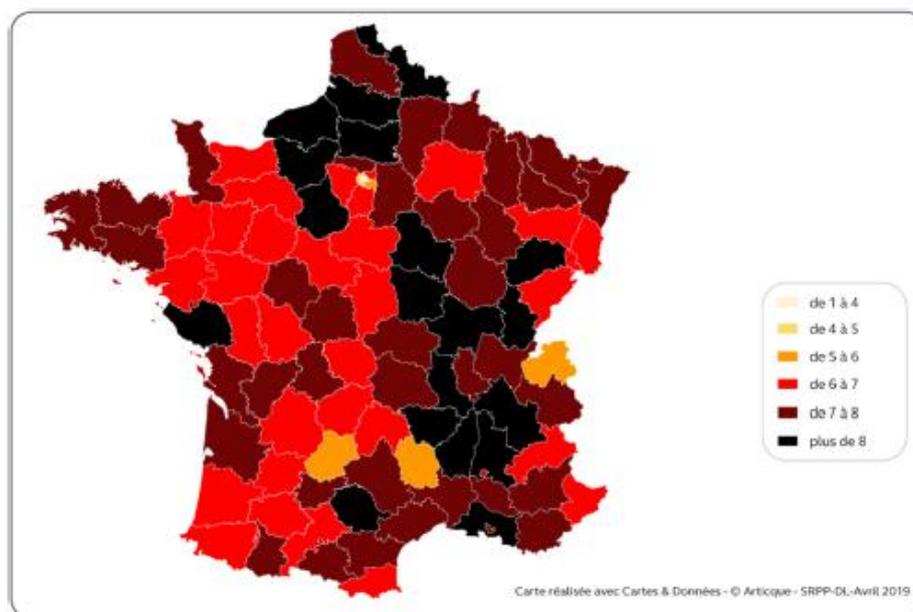
La densité de médecins généralistes (28,7 %) représente la deuxième variable la plus déterminante en termes de variance interdépartementale des arrêts maladie, après le taux d'arrêts de travail contrôlés (31,4 %) <sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Cf. Bulletin d'information statistique (BIS) n° 123 – juin 2018, DGCL.

<sup>13</sup> Cf. Questions d'économie de la santé n° 177, juin 2012, « Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? », Mohamed Ali Ben Halima, Thierry Debrand et Camille Regaert.

Comme l'a rappelé la Cour<sup>14</sup>, de fortes disparités territoriales sont constatées et peuvent traduire des différences de pratiques de prescription par les professionnels de santé.

### Carte n° 1 : nombre de journées d'arrêts maladie par personne active (2015)



Source : Cour des comptes d'après des données de la CNAM, du SNDS et de l'Insee.

S'appuyant sur les données de population active par département les plus récentes, la Cour relève ainsi que huit départements métropolitains connaissaient le nombre le plus élevé de journées d'arrêts de travail pour maladie rapporté à leur population active : l'Isère (9,8), le Pas-de-Calais, les Bouches-du-Rhône, la Loire, la Haute-Loire, la Haute-Saône, la Corse du Sud et le Nord (8,5). Le nombre de journées le plus faible pouvait être constaté à Paris (3,9), dans les Hauts-de-Seine (5) et le Val-de-Marne (5,7) ainsi qu'en Haute-Savoie (5,9).

### 3.2 Les facteurs épidémiologiques

Les maladies saisonnières concernent de manière indéterminée l'ensemble de la population et vont influencer dans leur majorité les absences de très courtes et de courtes durées.

Les motifs saisis par les médecins sur les formulaires d'avis d'arrêt de travail en ligne des personnes affiliées au régime général apportent un éclairage sur le facteur épidémiologique. Les motifs d'arrêt relèvent de trois grandes catégories<sup>15</sup> de pathologie :

- les maladies saisonnières (la grippe, la gastro-entérite...) et les maladies de médecine générale qui représentent près de 20 % des arrêts ;

<sup>14</sup> Cf. Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre III *Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail*, octobre 2019, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>15</sup> Les organismes ne réalisent pas un suivi en fonction de ces trois grandes catégories. Ils privilégient un suivi par type de maladie, voire par maladie, de manière à agir sur les causes directes de ces pathologies.

- les causes psychologiques (les syndromes dépressifs ou anxieux) pour près de 16 % ;
- les causes physiques (la lombalgie ou la tendinite...) pour près de 15 %.

**Tableau n° 4 : motifs les plus fréquemment renseignés sur le formulaire d'arrêt de travail pour maladie en ligne (en % du total) (de juin 2017 à mai 2018)**

<i>Motif</i>	<b>En %</b>	<b>En % cumulé</b>
<i>Épisode dépressif / Syndrome dépressif</i>	10,7 %	10,7%
<i>Gastro-entérite virale (*)</i>	9,1 %	19,7 %
<i>Lombalgie commune</i>	7,9 %	27,6 %
<i>Grippe saisonnière (*)</i>	7,5 %	35,1 %
<i>Symptômes généraux</i>	4,7 %	39,9 %
<i>Sciatique</i>	4,1 %	44 %
<i>Trouble anxieux</i>	3,6 %	47,5 %
<i>Troubles anxio-dépressifs mineurs</i>	3,1 %	50,6 %
<i>Asthénie</i>	2,9 %	53,6 %
<i>Bronchite aiguë sans comorbidité (*)</i>	2,7 %	56,3 %
<i>Tendinopathie de la coiffe des rotateurs</i>	2,2 %	58,5 %
<i>Angine</i>	2,2 %	60,7 %
<i>Grossesse</i>	2,1 %	62,8 %
<i>Rhinopharyngite</i>	2,1 %	65 %
<i>Virose</i>	1,6 %	66,5 %
<i>Cervicalgie</i>	1,5 %	68,1 %

Source : CNAMTS – (\*) motifs saisonniers d'après le rapport Berard, Oustric, Seillier

Selon les données recueillies par les groupes régionaux d'observation de la grippe (GROG), la grippe saisonnière provoque un arrêt de travail moyen de 4,8 jours (chiffres 2014), 2,5 millions de Français ayant contracté la grippe en 2018. La gastro-entérite aiguë concernait quant à elle sur l'ensemble de la population plus de 21 millions d'épisodes de gastro-entérites aiguës virales (GEA) chaque année en France (Van Cauteren D et al. 2012), principalement chez les enfants de moins de 5 ans.

Selon une étude de la Cnam<sup>16</sup>, les évolutions annuelles des arrêts de moins de 8 jours indemnisés sont très contrastées, difficiles à anticiper et à maîtriser, en raison de l'ampleur de certaines épidémies comme la grippe. Ainsi, par exemple, alors que les épidémies de grippe ont été très fortes en 2013 et 2015, les taux d'évolution annuels des arrêts d'une durée inférieure à 8 jours indemnisés se situent de façon atypique sur la période 2012-2016 respectivement à près de 4 % et 8 %.

<sup>16</sup> Cf. Rapport Cnam

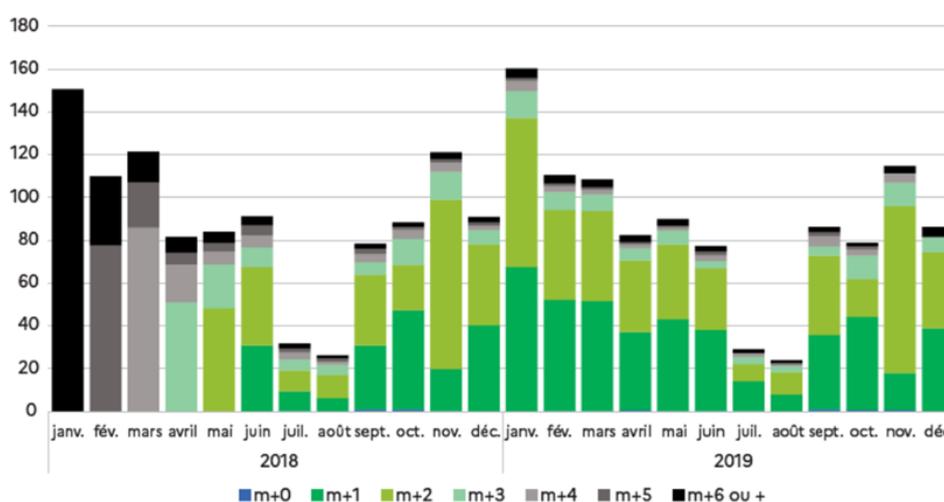
« Les arrêts maladie entre 2009 et 2016 : évolutions et éléments explicatifs », 2018.

Il existe aussi un facteur aggravant pour les personnes fragiles (femmes enceintes, longues maladies) pour lesquelles les maladies saisonnières peuvent prendre des formes graves. Ce facteur aggravant est rendu visible par la pandémie de la covid 19.

Sur le plan épidémiologique, les arrêts de travail pour maladie constituent ainsi un mécanisme efficace pour enrayer et amortir les conséquences des épidémies saisonnières.

Le nombre de prélèvements sur salaire au titre de la journée de carence permet également de visualiser la part de la saisonnalité dans les arrêts de travail.

### Graphique n° 7 : nombre de jours de carence prélevés selon le mois de l'arrêt de travail



Source : Fichiers de paie de la DGFIP. Traitement DGAFP – SDessi.

Champ : Agents dont la paie est assurée par la DGFIP (FPE en paie sans ordonnancement préalable ou paie à façon).

La Drees<sup>17</sup> relate que les Français sont globalement en bonne santé par rapport aux pays de niveau de richesse similaire, et à plus forte raison en regard de la population mondiale. Elle note toutefois que : « le fait le plus marquant de l'évolution de l'état de santé de la population au cours de la période récente tient au vieillissement de la population qui, en France comme dans les autres pays développés, s'accompagne d'une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et de polyopathologies, dont la prise en charge représente sans doute l'enjeu majeur des systèmes de santé en cette première partie du 21<sup>ème</sup> siècle. »

Outre le vieillissement de la population française, différents facteurs, positifs (meilleurs diagnostics, meilleures techniques d'imagerie) comme négatifs (sédentarité et inactivité physique, surpoids et obésité, réduction insuffisante du tabagisme et des inégalités sociales), expliquent l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

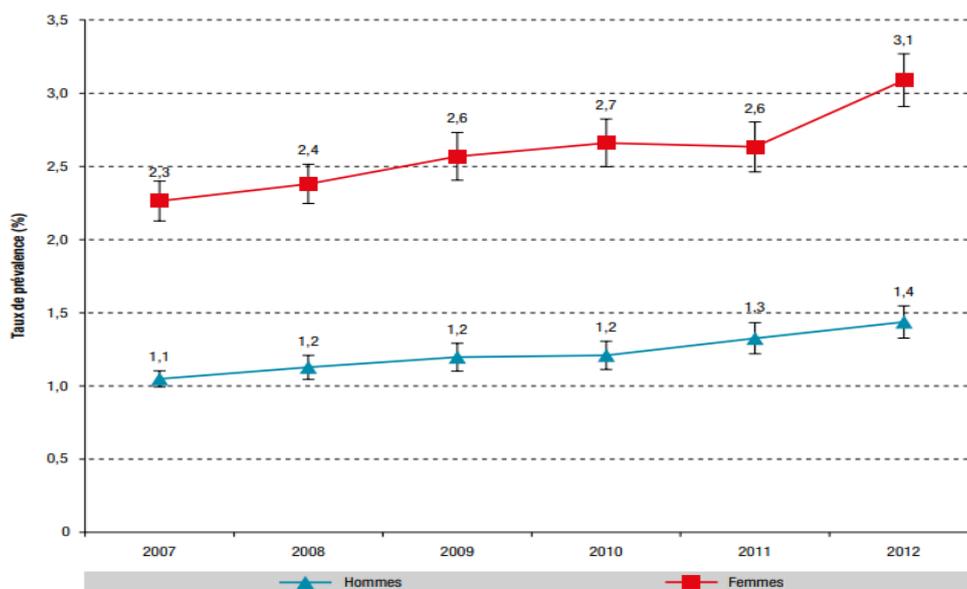
Les cancers sont depuis 2005 mieux maîtrisés pour les personnes de moins de 50 ans, mais continuent à augmenter pour les femmes. Ils sont la première cause de mortalité en France devant les maladies cardiovasculaires. L'incidence annuelle est 399 500 nouveaux cas de

<sup>17</sup> Cf. rapport 2017 sur « L'état de santé de la population en France » établi en coordination avec Santé publique France.

cancers, soit 214 000 hommes et 185 500 femmes (chiffres 2017)<sup>18</sup>. L'augmentation, très forte depuis les années 1980, paraît stabilisée pour les hommes, mais elle se poursuit pour les femmes en particulier pour les cancers du sein et du poumon. Pour autant, la part prépondérante des cancers concerne les retraités. L'âge médian au moment du diagnostic est de 68 ans pour les hommes et 67 ans pour les femmes (chiffres 2015). Les cancers professionnels sont un enjeu de santé publique : 4 % à 8,5 % des cancers sont attribuables à des expositions professionnelles. Il y a entre 14 000 et 30 000 nouveaux cas par an, dont la moitié présente une mortalité élevée (chiffres 2012)<sup>19</sup>.

Les affections psychiatriques de longue durée, hors démences de type Alzheimer, progressent aussi vivement. Ces affections touchent 1,3 million de personnes (+13,2 %) (données Cnam, 2018). Les affections psychologiques liées au travail connaissent aussi une forte augmentation, en particulier pour les femmes pour lesquelles le taux de prévalence est passé de 2,3 % en 2007 à 3,1 % en 2012.

**Graphique n° 8 : évolution des taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail parmi les salariés vus en visite médicale de 2007 à 2012<sup>20</sup>**



Source : programme de surveillance des maladies à caractère professionnel, Santé publique France

D'autres pathologies de longue durée, sans lien direct avec le travail, peuvent avoir une incidence significative sur les arrêts de travail pour maladie. Sur le régime général, plus de 10 millions de patients sont désormais atteints par une affection de longue durée (ALD). Cela concerne d'abord le diabète, mais c'est la catégorie « insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque et cardiopathies », concernant 1,1 million de personnes, qui progresse le plus vite

<sup>18</sup> Cf. Institut national du cancer, Projection de l'incidence et de la mortalité en France métropolitaine en 2017 - Rapport technique, janvier 2018.

<sup>19</sup> Plan Cancer 2014-2019, 4 février 2014.

<sup>20</sup> Cf. Khireddine I, Lemaitre A, Homere J, Plaine J, Garras L, Riol MC, Valenty M, La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2015, n° 23, p. 431-8

(+18,6 %), et qui représente la seconde cause de mortalité. La prévalence du diabète (2,6 millions de cas) présente un lien avec l'âge des personnes, lien qui est plus marqué pour les hommes que pour les femmes. Le taux de prévalence des hommes passe de près de 5 % vers 50 ans à près de 10 % vers 60 ans. Pour autant, le diabète ne fait pas partie intégrante de la liste des pathologies pouvant être reconnues au titre des congés de longue durée, alors qu'il est la première cause d'affection de longue durée (ALD) au sein du régime général.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent 87 % des maladies professionnelles (chiffres 2017, régime général). Les TMS recouvrent un large ensemble d'affections de l'appareil locomoteur, pouvant être provoquées ou aggravées par l'activité professionnelle. Ils se traduisent principalement par des douleurs et une gêne fonctionnelle plus ou moins importantes mais souvent quotidiennes. Santé publique France estime la sous-déclaration des TMS de l'ordre de 53 % à 73 %. Pour 90 %, la TMS concerne soit l'épaule, soit le coude, soit le poignet. Pour le poignet, la pathologie concerne les femmes à 65 % et en particulier à partir de 50 ans.

Les troubles du dos, dont la lombalgie qui représente 7,9 % des arrêts et la sciatique qui en représente 4,1 %, ne sont pas majoritairement reconnus comme ayant un lien avec le travail.

Les congés de longue maladie, de grave maladie et de longue durée peuvent être octroyés aux agents publics lorsqu'ils sont dans l'impossibilité d'exercer leurs fonctions en raison du caractère invalidant d'une liste de pathologies fixées par arrêté. La reconnaissance de ces pathologies nécessitant des traitements longs permet à l'agent de bénéficier d'un maintien de rémunération plus durable qu'en cas de maladie ordinaire.

Selon le rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique, ces motifs de congés représentaient respectivement :

- 36 % des jours d'arrêts pour raison de santé dans la fonction publique en 2012 (ce poids pourrait monter jusqu'à plus de 50 % du nombre des jours d'arrêts pour raison de santé dans certains ministères, selon l'analyse par la Cour des données des bilans sociaux de 2015 à 2018) ;
- 30 % dans la FPT en 2015 ;
- de l'ordre de 25 % pour les personnels médicaux comme non médicaux dans la FPH.

### **3.3 Le régime d'indemnisation des arrêts**

Les paramètres d'une politique de gestion sont nombreux. Ils relèvent par exemple de l'offre de soins, de réformes de l'indemnisation, de l'accompagnement des prescripteurs, ou encore du niveau des contrôles médicaux. Il apparaît dès lors difficile d'isoler les paramètres qui ont une influence structurante sur le niveau des absences pour maladie.

L'introduction du jour de carence met en lumière la sensibilité du comportement des agents aux évolutions du cadre légal.

Pour les années 2012-2014, sur lesquelles le jour de carence était institué pour le secteur public, une étude de l'Insee réalisée en 2017 à partir de l'enquête Emploi<sup>21</sup>, venant corroborer

---

<sup>21</sup> Cf. Insee Analyses n° 36 – novembre 2017, *Le jour de carence dans la fonction publique de l'État : moins d'absences courtes, plus d'absences longues*.

des études internationales, montre que la mise en place de ce dispositif n'avait pas significativement modifié la proportion d'agents de la FPE absents pour raison de santé une semaine donnée. En revanche, la structure des absences par durée avait été sensiblement modifiée : les absences pour raison de santé de deux jours avaient fortement diminué, tandis que celles d'une semaine à trois mois avaient augmenté. Des effets hétérogènes sont aussi constatés : les absences très courtes (deux jours) avaient davantage baissé chez les femmes, chez les jeunes et chez les agents à temps partiel.

Dans la FPT, une stabilité du nombre de journées d'absence pour maladie ordinaire entre 2011 et 2013 était constatée par la DGCL<sup>22</sup>, mise en parallèle avec l'introduction du jour de carence entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Si l'introduction du jour de carence semble donc avoir freiné la croissance des absences pour maladie ordinaire, la DGCL invitait toutefois à interpréter ce résultat avec précaution en raison de l'effet de structure constaté dans l'étude de l'Insee précitée.

Le nombre de jours d'arrêt moyen par salarié diffère fortement entre des pays européens aux caractéristiques socioéconomiques pourtant comparables et une grande partie de ces écarts tient au niveau de protection des salariés. Il existerait un effet positif et significatif du profil d'indemnisation sur les trois indicateurs considérés dans l'étude (la fréquence des arrêts, leur longueur et le nombre de jours d'arrêts annuels). Le délai de carence a également un impact clairement établi : son positionnement stratégique en début d'arrêt conditionne sans doute avec un poids plus fort la décision d'arrêt et sa longueur. Les taux de remplacement moyens des rémunérations relatifs à différentes sous-périodes de l'arrêt ont également un effet généralement positif sur les décisions de reprise du travail ou de prolongation de l'arrêt. L'étude n'exclut pas qu'un effet de renoncement aux soins engendré par un système d'indemnisation peu favorable aux arrêts courts génère un coût retardé plus important et invite à élargir le débat aux problématiques de prévention et de coût social<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Cf. Bulletin d'information statistique (BIS) n° 123 – juin 2018, DGCL.

<sup>23</sup> Cf. *Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ?*, Mohamed Ali Ben Halima (Irdes, CEE), Virginie Hyafil-Solelhac (Insee), Malik Koubi (Insee), Camille Regaert (Irdes), Insee, direction des études et des synthèses économiques, document de travail, mai 2015.

## **Annexe n° 4 : les bilans sociaux dans les trois versants de la fonction publique**

Les différentes administrations n'utilisent pas de méthodologie commune, d'harmonisation de périmètre et les indicateurs peuvent également différer. Chaque administration centrale en charge d'établir ces statistiques adapte la méthodologie aux spécificités organisationnelles et professionnelles du versant de la fonction publique concerné. Alors que les bilans sociaux sont établis annuellement dans la FPE et la FPH, ils sont établis tous les deux ans dans la FPT.

Ainsi, les constats de la Cour des comptes dans son rapport public thématique relatif aux finances publiques locales en 2016 restent d'actualité : *« En ce qui concerne la mesure des absences dans la fonction publique et les possibilités de comparaison entre les trois versants, des progrès ont été réalisés dans le sens de l'harmonisation des concepts et des indicateurs, avec en particulier l'analyse spécifique de l'absentéisme au travail pour raison de santé, distinctement des autres types d'absence. Toutefois, cette analyse à partir des sources d'information administratives (bilans sociaux des collectivités locales) se heurte à des difficultés relatives aux définitions retenues, aux dates de référence et à l'exhaustivité des données collectées. Les comparaisons entre composantes de la fonction publique et avec le secteur privé sont dès lors délicates à réaliser. »*

Les centres de gestion (CDG) de la FPT ont élaboré une méthodologie nationale comprenant des définitions et des indicateurs d'absentéisme pour maladie communs. Celle-ci s'accompagne d'un outil de mesure et de suivi de l'absentéisme pour maladie permettant à chaque employeur de disposer d'une analyse sur sa collectivité, sur la base des données du bilan social. Il est ainsi possible d'établir des comparaisons objectives entre collectivités grâce aux analyses réalisées par les CDG.

La DGCL en lien avec le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), et la DGOS en lien avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), s'appuient sur les données issues des bilans sociaux pour établir des synthèses. Mais, les différences d'indicateurs retenus et les délais nécessaires à l'établissement des bilans sociaux puis des synthèses ne facilitent pas l'utilisation de ces sources en vue de comparaisons. Seuls quelques indicateurs communs sont déployés. Les dernières synthèses disponibles sont celles des bilans sociaux 2017 pour les deux versants territoriaux et hospitaliers.

À titre d'illustration sur les difficultés de récolement des données, la synthèse des bilans sociaux 2018 de la FPH s'appuie sur les collectes des données de 447 établissements publics de santé répondants (471 en 2017), quel que soit leur nombre d'agents, représentant 56 % du nombre total des établissements enquêtés (57 % en 2017) et 87 % des établissements concernés de façon obligatoire (établissements de plus de 300 agents – 86 % en 2017). Pour la FPT, 29 935 collectivités ont transmis leur bilan social à la DGCL soit un taux de réponse « brut » de 76 % réduit à 67 % en ne considérant que les bilans « exploitables ». En raison du caractère fluctuant des réponses aux enquêtes, les évolutions d'années en années doivent être prises en compte avec prudence ; ainsi sur le versant hospitalier, seuls 248 établissements répondants sont communs aux recueils 2017 et 2018, soit 49 % des établissements publics de plus de 300 agents. Il est à noter par ailleurs que chaque indicateur est traité de façon spécifique : le nombre d'établissements pris en compte dans le calcul diffère donc selon l'indicateur analysé.

Pour la FPT, la pondération vise à reconstruire, à partir de données fournies par les seuls répondants, l'image de l'ensemble des collectivités du champ d'observation. Il s'agit de « recalculer » les données collectées sur les données de la source SIASP qui fournit la mesure de référence sur les effectifs. Pour la FPH, chaque indicateur est traité de façon spécifique : le nombre d'établissements pris en compte dans le calcul diffère donc selon l'indicateur analysé.

Au-delà des éléments de nature à inciter à la prudence dans l'interprétation des résultats, il est à noter que les chambres régionales des comptes peuvent identifier lors de leurs contrôles des défauts dans les méthodes de calcul des arrêts de travail pour maladie au niveau des données produites pour les bilans sociaux.

Sur le périmètre de la FPE, la DGAFP n'établit pas de synthèse des bilans sociaux des ministères. Un bilan annuel de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, la sécurité au travail et la prévention médicale dans la FPE est en revanche établi. Il présente une synthèse de l'application des dispositions du décret n° 82-453 relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique conformément à l'article 3-1 dudit décret, mais n'établit pas de consolidation de données issues du bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail soumis pour avis au CHSCT.

Dans le cadre de cette enquête, la Cour des comptes a établi une synthèse des nombres de jours d'absences pour raison de santé, par type d'absence – maladie ordinaire, congés longs, accidents du travail et maladies professionnelles. Elle constate que les mêmes précautions méthodologiques que sur les versants territoriaux et hospitaliers doivent être appliquées : les changements de structures et de périmètres ministériels, les modifications méthodologiques ou de périmètre d'étude, les limites inhérentes aux remontées statistiques de données quantitatives (des services déconcentrés ou d'établissements publics) doivent conduire à relativiser la portée de certaines comparaisons, notamment d'une année sur l'autre. En matière de méthodologie particulière, il est à noter par exemple que le ministère de l'éducation nationale établit ses bilans sociaux par année scolaire et non en année civile et effectue des tronçonnages pour neutraliser les congés ayant démarré avant le 1<sup>er</sup> septembre.

## Annexe n° 5 : évaluation à partir des bilans sociaux de l'impact financier des journées perdues en raison des absences pour maladie

Tableau n° 5 : évaluation de l'impact des journées perdues dans la FPT

	Maladie ordinaire	Congés longs	AT	MP	Total
Nombre de jours moyen d'absence par agent	13,1	7,7	2,5	0,9	<b>24,3</b>
Effectif	1 770 40	1 770 940	1 770 940	1 770 940	<b>1 770 940</b>
Nombre de jours de congés maladie	23 199 314	13 636 238	4 427 350	1 593 846	<b>43 033 842</b>
Équivalence en ETP*	63 560	37 360	12 130	4 367	<b>117 901</b>
Salaire annuel moyen brut chargé	40 155	40 155	40 155	40 155	<b>40 155</b>
Rémunération des journées perdues (M€)	2 552	1 500	487	175	<b>4 734</b>
Jour de carence (M€)	124				<b>124</b>
IJSS (M€)	32	19	15	5	<b>71</b>
Coût net journées perdues (M€)	2 396	1 481	473	170	<b>4 520</b>

Source : Cour des comptes d'après synthèse des bilans sociaux FPT (DGCL – CNFPT), données INSEE premières, taux de charges patronales moyen d'exemples de fiches de paye anonymisées, rapport annuel de la DGAFP, données Cnam. \*sur la base de 365 jours calendaires.

Tableau n° 6 : évaluation de l'impact des journées perdues dans la FPH

	Personnel médical			Personnel non médical			Total
	Maladie ordinaire	Congés longs > 6 mois	AT	Maladie ordinaire	Congés longs > 6 mois	AT	
Nombre de jours moyen d'absence par agent	3,8	1,3	0,2	14,2	6,2	2,6	
Effectif**	86 460	86 460	86 460	1 008 212	1 008 212	1 008 212	1 094 672
Congés maladie (jours)	328 548	112 398	17 292	14 316 612	6 250 915	2 621 351	23 647 116
Équivalence en ETP*	900	308	47	39 224	17 126	7 182	64 787
Salaire annuel moyen brut chargé	120 508	120 508	120 508	46 271	46 271	46 271	
Rémunération des journées perdues (M€)	108	37	6	1 815	792	332	3 091
Jour de carence (M€)	5			88			94
IJSS (M€)	2	1		96	42		141
Coût net journées perdues (M€)	101	36	6	1 630	751	332	2 856

Source : Cour des comptes d'après synthèse des bilans sociaux FPH (DGCL – ATIH), rapport annuel de la DGAFP, données Cnam.

\*sur la base de 365 jours calendaires.

PM : Personnel médical – PNM : Personnel non médical

**Tableau n° 7 : évaluation de l'impact des journées perdues dans la FPE**

	Nombre de jours de congés maladie	Équivalence en ETP*	Salaire annuel moyen brut chargé	Rémunération des journées perdues (M€)	Jour de carence (M€)	IJSS (M€)	Coût net journées perdues (M€)
<i>Maladie ordinaire</i>	12 869 446		Rémunération différenciée par ministère**	2 278	127	6	2 146
<i>Congés longs</i>	7 749 368			1 378		4	1 375
<i>AT - MP</i>	863 744			154		4	150
<b>Total</b>	<b>21 482 58</b>	<b>58 856</b>		<b>3 810</b>	<b>127</b>	<b>13</b>	<b>3 671</b>

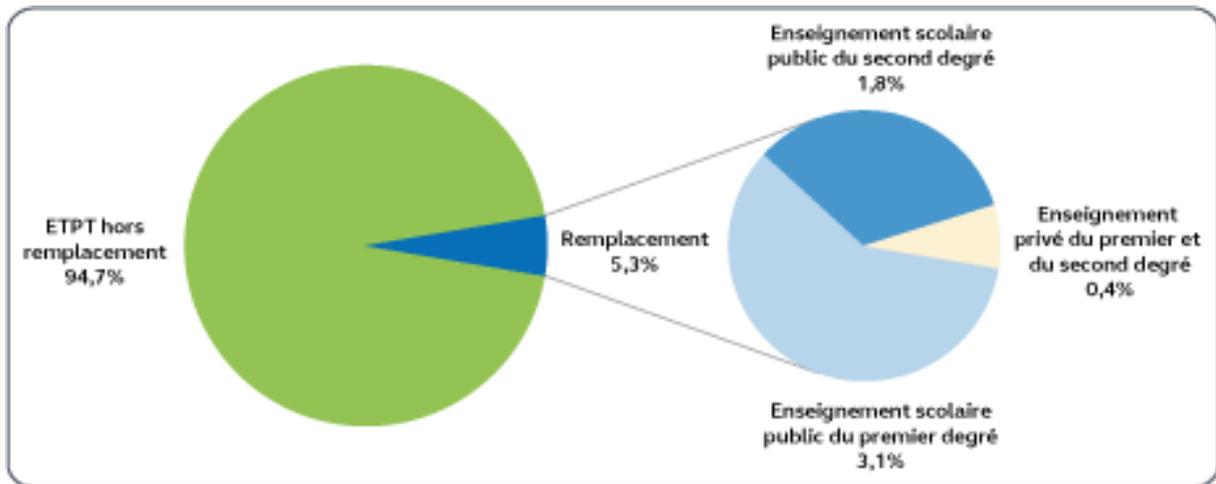
Source : Cour des comptes d'après bilans sociaux des ministères, rémunérations des fichiers de paye anonymisés de la DGFIP, extraction de la Direction du budget concernant le jour de carence, données Cnam.

\*sur la base de 365 jours calendaires.

\*\*L'impact financier est évalué en multipliant le nombre de jours d'arrêt par motif par ministère par la rémunération brute chargée moyenne de ce ministère.

## Annexe n° 6 : ETP et dépenses de remplacement au ministère de l'éducation nationale

**Graphique n° 9 : ETPT 2019 - réalisation des programmes 139 - Enseignement privé du premier et du second degrés, 140 - Enseignement scolaire public du premier degré et 141 - Enseignement scolaire public du second degré**



Source : Cour des comptes d'après RAP « Enseignement scolaire » 2019

**Graphique n° 10 : dépenses de personnel de remplacement – mission enseignement scolaire**



Source : Cour des comptes d'après RAP « Enseignement scolaire » 2017 à 2019

## **Annexe n° 7 : les impacts non valorisés des arrêts de travail en termes de gestion et d'organisation**

Dans la plupart des organismes, l'évaluation du coût de l'arrêt de l'agent absent peut être produite, en revanche le coût logistique et de gestion ne sont pas évalués.

Ces coûts dits indirects sont parfois approximés par l'utilisation d'un facteur multiple des coûts directs - par exemple de 3 à 5 fois le coût direct de l'absence selon des hypothèses reprises dans les articles de presse. Pourtant, cette application systématique d'un multiplicateur ne prendra pas en compte les effets de performance organisationnelle et technologique des processus, ainsi que les effets de comportements des agents composant l'administration.

Le coût de gestion de l'absence pour raison de santé d'un agent n'est pas neutre. Le processus de gestion est complexe, une optimisation serait parfois envisageable. D'autre part, selon le choix effectué par l'organisme, le coût de gestion du remplacement ou des heures supplémentaires peut également être important : il peut aller d'une simple mise en paiement d'heures supplémentaires à la mise en place d'une procédure de recrutement fastidieuse sur certains métiers en tension.

Lorsque l'agent est absent, plusieurs stratégies d'organisation peuvent être mises en place, parfois à l'initiative même des collègues de l'agent absent. Elles seront d'autant plus efficaces qu'elles auront été anticipées et que l'organisation est agile, pour autant, en toute état de cause, elles auront un impact sur la structure. Elles seront également totalement dépendantes du caractère incontournable du poste et de la période : ainsi, l'absence d'un gestionnaire de paye pourra être plus perturbante pour l'organisation certaines semaines du mois selon le planning de saisie et de contrôle ; l'absence d'une auxiliaire de puériculture pourra être de nature à compromettre la continuité du service...

En cas d'organisation d'une suppléance de l'agent, même anticipée, l'agent qui effectue les tâches à la place de l'agent malade peut ne pas être suffisamment formé et expérimenté. Il en résulte une perte de temps et d'efficacité non monétisable à laquelle s'ajoute le retard pris sur les tâches habituellement réalisées par l'agent qui prend en charge les missions de l'agent absent.

En l'absence de remplacement ou d'heures supplémentaires, l'absence de l'agent génère en tous les cas une accumulation de tâches non réalisées ou réalisées dans des conditions dégradées qui peuvent avoir, selon la capacité d'absorption par la structure, un impact variable de perte de qualité du travail effectué et / ou de retard pris dans les réponses apportées. Selon le poste occupé par l'agent, cet impact peut être limité à l'organisation interne de la structure ou avoir des conséquences sur le service rendu à l'utilisateur allant jusqu'à un coût de déficit d'image selon la terminologie employée dans le secteur privé. L'impact psychologique sur les agents présents est également à prendre en compte bien que non évaluable. On mentionnera ainsi : une pression plus forte, tant en terme de charge de travail accrue que de nécessité de réaliser des tâches ne correspondant pas forcément à la fiche de poste et aux compétences de l'agent ; une perte de qualité ou des retards pouvant être ressentis comme des conflits de valeur. Un absentéisme pour maladie fréquent ou élevé au sein d'une structure peut potentiellement générer un effet de contagion à terme paralysant pour l'organisme. Le niveau de cohésion de l'équipe avant période de tension peut être un facteur d'aggravation ou de facilitation de la prise

en charge de l'absence. Le climat social pourra d'autant plus s'aggraver que la tension était pré-existante au sein des équipes.

En cas de remplacement de l'agent, l'impact n'est pour autant pas limité au coût budgétaire ou comptable de remplacement de cet agent. En effet, des effets de désorganisation peuvent également être constatés en lien avec le besoin de formation et de montée en compétence de l'agent remplaçant, mais aussi de reconstitution du réseau permettant aux acteurs remplaçants comme en place de bien s'approprier le « qui fait quoi » transitoire.

Par la suite, et ce d'autant plus que l'absence pour maladie sera longue et / ou associée à une pathologie grave connue des collègues, la mobilisation des équipes nécessitera un fort investissement de l'encadrement et des services des ressources humaines, tant pour maintenir la motivation des agents présents que pour préparer et accompagner la reprise de poste de l'agent malade.

Enfin, hormis des coûts non calculables, des bénéfices non calculables sont également à recenser. En effet, dans les structures très investies pour développer des actions de prévention, le rapport bénéfice-coût peut difficilement être établi. Le constat d'une réduction des taux d'absentéisme pour maladie, outre l'éventualité d'un biais d'analyse, peut être réducteur et ne pas prendre en compte l'accroissement d'implication et de productivité des agents par exemple.

Ces éléments tendent à montrer qu'une approche complète de l'impact de l'absence d'un agent ne doit pas se limiter à l'aspect purement individuel du coût économique et des moyens de prévention de l'absence mais peut également explorer l'aspect organisationnel et managérial de la souplesse et de la capacité d'absorption de structure.

## Annexe n° 8 : la rémunération des agents titulaires en arrêt maladie assurée par l'employeur selon les typologies de congés maladie – règles de rémunération et exemples détaillés (en euros par mois)

### 1- Les règles de rémunération des agents titulaires en arrêt maladie assurée par l'employeur selon les typologies de congés maladie

Durée	Traitement indiciaire	Nouvelle bonification indiciaire	SFT et IR*	Indemnités liées aux fonctions et au cycle de travail <sup>24</sup>	Indemnités au-delà cycle de travail**
<b>Congé de maladie ordinaire : Incapacité temporaire de travail lié à un problème de santé non contracté dans le cadre professionnel</b>					
90 premiers jours	100 %	100 %	100 %	FPE : 100 % FPT : selon délibération collectivité FPH : à discrétion des établissements	0 %
À compter du 91 <sup>ème</sup> jours et pendant 9 mois	50 %	50 %	100 %	FPE : 50 % FPT : selon délibération collectivité FPH : à discrétion des établissements	0 %
<b>Congé de longue maladie : Incapacité temporaire de travail résultant d'une maladie non contractée dans le cadre professionnel et identifiée au sein d'une liste fixée réglementairement</b>					
Première année	100 %	100 %	100 %	FPE et FPT : 0 % FPH : à discrétion des établissements	0 %
À compter de la 2 <sup>ème</sup> année et pendant 2 ans	50 %	50 %	100 %	FPE et FPT : 0 % FPH : à discrétion des établissements	0 %
<b>Congé de longue durée : Incapacité temporaire de travail résultant d'une maladie non contractée dans le cadre professionnel et identifiée au sein d'une liste fixée par la loi</b>					
Les 3 premières années	100 %	0 %	100 %	FPE et FPT : 0 % FPH : à discrétion des établissements	0 %
Au-delà des 3 ans et pendant 2 ans	50 %	0 %	100 %	FPE et FPT : 0 % FPH : à discrétion des établissements	0 %
<b>Invalidité temporaire imputable au service (Citis) : Accident du travail ou maladie contractée dans le cadre du service</b>					
Jusqu'à reprise des fonctions ou mise à la retraite	100 %	0 %	100 %	FPE : 100 % FPT : selon délibération collectivité FPH : 100 % prime de service sauf au-delà d'une année complète + FPE-FPT-FPH : prise en charge des frais médicaux aux frais réels	0 %
<b>Allocation temporaire d'invalidité, si incapacité d'au moins 10 %</b>					
Pendant 5 ans, renouvelable	100 %	Mensuellement : taux d'invalidité multiplié par 1 148 € (traitement brut de l'indice majoré 245) : entre 114,8 € et 1 148 € / Sommes exonérées de l'impôt sur le revenu			

Source : Cour des comptes selon réglementation

\* Supplément familial de traitement et indemnité de résidence

\*\* Heures supplémentaires, astreintes, permanence

<sup>24</sup> Les règles portant sur le maintien des indemnités doivent se combiner avec le respect du principe de parité au sein de la fonction publique.

## 2 – Exemples détaillés

<i>Exemples de corps / grades</i>	<b>Plein et demi traitement</b>	<b>Traitement indiciaire</b>	<b>NBI</b>	<b>SFT et IR</b>	<b>Primes</b>	<b>HS</b>	<b>Charges salariales</b>	<b>Total</b>	<b>Taux de remplacement</b>
<i>Agent administratif principal des finances publiques</i> (FPE)	Salaire normal	2015	75	21	556	0	-540	<b>2127</b>	
	Plein traitement	2015	75	21	556	0	-540	<b>2127</b>	<b>100 %</b>
	Demi traitement	1007	37	21	278	0	-270	<b>1074</b>	<b>50 %</b>
	CLM*	2015	75	21	0	0	-476	<b>1634</b>	<b>77 %</b>
<i>Inspecteur des finances publiques</i> (FPE)	Salaire normal	2554	0	164	1500	0		<b>3476</b>	
	Plein traitement	2554	0	164	1500	0	-741	<b>3476</b>	<b>100 %</b>
	Demi traitement	1277	0	164	750	0	-371	<b>1820</b>	<b>52 %</b>
	CLM*	2554	0	164	0	0	-561	<b>2157</b>	<b>62 %</b>
<i>Professeur certifié hors classe</i> (FPE)	Salaire normal	3351	0	0	136	403	-571	<b>3319</b>	
	Plein traitement	3351	0	0	136	0	-571	<b>2915</b>	<b>88 %</b>
	Demi traitement	1675	0	0	68	0	-256	<b>1487</b>	<b>45 %</b>
	CLM*	3351	0	0	0	0	-492	<b>2859</b>	<b>86 %</b>
<i>Professeur des écoles</i> (FPE)	Salaire normal	2160	0	140	100	233	-542	<b>2092</b>	
	Plein traitement	2160	0	140	100	0	-542	<b>1859</b>	<b>89 %</b>
	Demi traitement	1080	0	140	50	0	-233	<b>1038</b>	<b>50 %</b>
	CLM*	2160	0	140	0	0	-445	<b>1856</b>	<b>89 %</b>
<i>Personnel d'exploitation des travaux publics de l'État - chef d'équipe d'exploitation principal</i> (FPE)	Salaire normal	1945		58	750	2388	-618	<b>4523</b>	
	Plein traitement	1945	0	58	750	0	-618	<b>2135</b>	<b>47 %</b>
	Demi traitement	972	0	58	375	0	-162	<b>1244</b>	<b>27 %</b>
	CLM*	1945	0	58	0	0	-234	<b>1769</b>	<b>39 %</b>
<i>Adjoint technique territorial</i>	Salaire normal	1556		120	356	683	-376	2340	
	Plein traitement	1556	0	120	356	0	-376	<b>1657</b>	<b>71 %</b>

<i>Exemples de corps / grades</i>	<b>Plein et demi traitement</b>	<b>Traitement indiciaire</b>	<b>NBI</b>	<b>SFT et IR</b>	<b>Primes</b>	<b>HS</b>	<b>Charges salariales</b>	<b>Total</b>	<b>Taux de remplacement</b>
<i>(FPT- primes comme traitement indiciaire)</i>	Demi traitement	778	0	120	178	0	-132	<b>944</b>	<b>40 %</b>
	CLM*	1556	0	120	0	0	-215	<b>1461</b>	<b>62 %</b>
<i>Éducateur territorial des activités physiques et sportives - principal de 1<sup>ère</sup> classe (FPT- primes comme traitement indiciaire)</i>	Salaire normal	1954		59	260	25	-393	<b>1904</b>	
	Plein traitement	1954	0	59	260	0	-393	<b>1879</b>	<b>99 %</b>
	Demi traitement	977	0	59	130	0	-189	<b>976</b>	<b>51 %</b>
	CLM*	1954	0	59	0	0	-334	<b>1678</b>	<b>88 %</b>
<i>Auxiliaire de soins principal de 1<sup>ère</sup> classe (FPT- primes comme traitement indiciaire)</i>	Salaire normal	2073	0	62	461	0	-448	<b>2148</b>	
	Plein traitement	2073	0	62	461	0	-448	<b>2148</b>	<b>100 %</b>
	Demi traitement	1036	0	62	231	0	-219	<b>1110</b>	<b>52 %</b>
	CLM*	2073	0	62	0	0	-358	<b>1777</b>	<b>83 %</b>

Source : Cour des comptes à partir de fichiers de paie anonymisés

\* Congé de longue maladie – première année

## **Annexe n° 9 : les positions des agents titulaires ayant épuisé leurs droits à congés maladie**

### **Le reclassement dans un autre emploi**

La démarche de reclassement est une obligation pour l'employeur. Il s'agit d'une obligation de moyens et non de résultats. L'employeur doit pouvoir prouver qu'il a entrepris les démarches afin de reclasser l'agent, même si la recherche de reclassement ne porte pas ses fruits. Ainsi, l'agent titulaire qui a présenté une demande de reclassement dans un autre corps doit se voir proposer par l'administration plusieurs emplois pouvant être pourvus par la voie du détachement. L'impossibilité, pour l'administration, de proposer de tels emplois doit faire l'objet d'une décision motivée.

Toutefois, en l'absence de reclassement et si son incapacité ne lui permet pas d'être maintenu dans un emploi, l'agent est placé en disponibilité d'office pour raison de santé ou en retraite pour invalidité.

### **La disponibilité d'office pour raison de santé du fonctionnaire<sup>25</sup>**

Quand un agent titulaire physiquement inapte a épuisé ses droits à CMO, CLM ou CLD, il peut être placé d'office en disponibilité pour les motifs suivants :

- son état de santé ne lui permet pas encore de reprendre son travail et lui impose de rester en arrêt de travail ;
- il a été reconnu inapte aux fonctions correspondant à son grade à la fin de son congé maladie et il est en attente d'un reclassement sur un emploi compatible avec son état de santé ;
- il est en attente de l'avis du comité médical ou de la commission de réforme qui doit déterminer sa situation (reprise de service, reclassement, mise en disponibilité, admission à la retraite).

La durée de la disponibilité d'office pour raison de santé est fixée à un an maximum. Elle est renouvelable deux fois. À titre exceptionnel, elle peut être renouvelée une 3<sup>ème</sup> fois si le comité médical estime que l'évolution de l'état de santé de l'agent devrait lui permettre de reprendre ses fonctions ou d'être reclassé avant la fin de la 4<sup>ème</sup> année. La mise en disponibilité d'office et le 1<sup>er</sup> renouvellement sont prononcés par l'administration après avis du comité médical. En revanche, lors du 2<sup>ème</sup> renouvellement et en cas de renouvellement exceptionnel, c'est la commission de réforme qui est consultée.

Pendant sa disponibilité, l'agent ne perçoit plus sa rémunération. Il peut toucher un revenu de remplacement, selon des modalités détaillées dans le tableau ci-dessous.

---

<sup>25</sup> Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires de l'État, à la mise à disposition, à l'intégration et à la cessation définitive de fonctions (articles 43 et 49) ; décret n° 86-68 du 13 janvier 1986 relatif aux positions de détachement, hors cadres, de disponibilité, de congé parental des fonctionnaires territoriaux et à l'intégration (articles 19 et 26) ; 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 (article 36) et décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition (article 29 et 30).

**Tableau n° 8 : revenu de remplacement des agents publics titulaires  
en disponibilité d'office pour raison de santé**

Conditions	Dispositif	Durée	Calcul du montant
Si agent en disponibilité d'office après un an de CMO	IJSS versées par la CPAM	2 ans maximum	50 % traitement indiciaire et 100 % indemnité de résidence, dans la limite de 46,00 € brut. +100 % du SFT
Si l'agent n'a plus droit aux IJSS et si incapacité réduite d'au moins 2/3	Allocation d'invalidité temporaire (AIT)	6 mois renouvelables	30 % du traitement plafonné à 1 028,40 € par mois pour l'invalidité du 1 <sup>er</sup> groupe (invalide capable d'exercer une activité rémunérée) 50 % du traitement plafonné à 1 714 € par mois pour l'invalidité de 2 <sup>ème</sup> groupe (invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque) et 3 <sup>ème</sup> groupe (invalide absolument incapable d'exercer une profession et dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie)
Si agent reconnu partiellement inapte à l'exercice de ses fonctions, disponibilité d'office faute d'emploi vacant permettant le reclassement	Allocations chômage		
Si agent en attente de l'avis du comité médical ou de la commission de réforme <sup>26</sup>			50 % traitement indiciaire + 100 % IR et SFT

Source : Cour des comptes selon réglementation

Les indemnités et allocations sont soumises en totalité à la CSG au taux de 6,2 % et à la CRDS au taux de 0,50 % et sont imposables.

La période de disponibilité n'est pas prise en compte pour l'avancement d'échelon et de grade. Elle n'est pas non plus prise en compte pour la retraite. À la fin de la disponibilité, selon son aptitude physique (évaluée préalablement par un médecin agréé et, éventuellement par le comité médical), le fonctionnaire est réintégré ou mis en retraite pour invalidité ou licencié.

#### La mise à la retraite d'office

L'agent titulaire définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions peut bénéficier (d'office ou à sa demande) d'une retraite anticipée<sup>27</sup> pour invalidité. Il a droit à une pension de retraite et éventuellement à une majoration de la pension en cas de recours à un tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie. En cas d'invalidité d'origine professionnelle, l'agent titulaire a également droit à une rente d'invalidité. Les pensions civiles de retraite pour invalidité d'origine professionnelle et les rentes viagères d'invalidité d'origine professionnelle sont gérées pour la FPE par le service des retraites de l'État (SRE) et pour la FPT et la FPH par la CNRACL. Elles sont financées par les cotisations de ces régimes spéciaux de retraite.

<sup>26</sup> Cf. décret n° 2011-1245 du 5 octobre 2011.

<sup>27</sup> L'agent ne doit pas avoir atteint la limite d'âge.

Les revenus que peuvent toucher les agents titulaires mis à la retraite d'office sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau n° 9 : revenus des agents publics titulaires mis à la retraite d'office**

Dispositif	Conditions	Calcul des montants
Pension de retraite pour invalidité	Si définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions	Mêmes conditions que la pension de retraite du fonctionnaire apte.
	D'office ou à la demande de l'agent	Sur la base du traitement détenu depuis au moins six mois lors du départ en retraite Décote si trimestres non atteints.
	Si l'invalidité est d'au moins 60 %	Pension au moins égale à la moitié du traitement ayant servi au calcul de sa pension.
Majoration spéciale	En cas de recours de manière constante à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie Durée : pour une période de cinq ans. Puis situation réexaminée : soit majoration accordée à titre définitif, soit supprimée	Majoration spéciale de 1 187,28 € par mois <sup>28</sup> .
Rente d'invalidité	En cas d'invalidité d'origine professionnelle  Se cumule avec la pension de retraite : - dans la limite du traitement ayant servi au calcul de la pension ; - la somme de la pension et de la rente d'invalidité est portée à 80 % du traitement ayant servi au calcul de la pension lorsque le taux d'invalidité du fonctionnaire est d'au moins 60 % et qu'il est mis à la retraite pour des raisons listées <sup>29</sup>  Remplace l'ATI si l'agent la touchait Après sa radiation des cadres, si maladie professionnelle dont l'imputabilité au service est reconnue par la commission de réforme (à partir de la date de dépôt de la demande)	Traitement ayant servi au calcul de la pension, multiplié par le taux d'invalidité.  Si l'agent public bénéficie d'un traitement mensuel supérieur à 3 547,59 €, la fraction de son traitement supérieur à ce plafond n'est comptée que pour le tiers. Il n'est pas tenu compte de la fraction excédant 10 fois ce plafond.

Source : Cour des comptes selon réglementation

Lorsque les agents sont mis à la retraite d'office en milieu de carrière (et non quelques années seulement avant l'atteinte de la retraite à taux plein), le montant de la pension de retraite pour invalidité peut être d'un niveau assez bas.

<sup>28</sup> Si l'agent bénéficie déjà d'une prestation pour invalidité, son droit à la majoration spéciale pour assistance d'une tierce personne dépend du montant de cette prestation :

- s'il est inférieur à 1 187,28 €, il peut percevoir le montant égal à la différence entre la majoration spéciale pour assistance d'une tierce personne et cette prestation ;

- s'il est supérieur ou égal à 1 187,28 €, il ne peut pas obtenir la majoration spéciale pour assistance d'une tierce personne.

<sup>29</sup> Si l'agent est mis à la retraite à la suite d'un attentat, à la suite d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions, pour avoir risqué sa vie dans l'exercice normal de ses fonctions, à la suite d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour avoir risqué sa vie pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes.

## Annexe n° 10 : règles de rémunération des agents publics contractuels selon la typologie des congés maladie

Ancienneté	Prise en charge	Durée	Traitement indiciaire	SFT et IR*	Primes et indemnités liées au cycle de travail	Primes et indemnités au-delà du cycle de travail
<b>Congé de maladie ordinaire (MO) : Incapacité temporaire de travail lié à un problème de santé non contracté dans le cadre professionnel</b>						
Moins de 4 mois	IJSS MO versées par CPAM		IJSS MO, soit un maximum de 46 € brut par jour avec délai de carence de 3 jours			
Après 4 mois	IJSS MO versées par CPAM + Complément employeur	30 premiers jours	100 %	À la discrétion de l'employeur	FPE : 100 % FPT et FPH : à la discrétion	0 %
		du 31 <sup>ème</sup> au 60 <sup>ème</sup> jour	50 %		FPE : 50 % FPT et FPH : à la discrétion	0 %
Après 2 ans	IJSS MO versées par CPAM + Complément employeur	60 premiers jours	100 %	À la discrétion de l'employeur	FPE : 100 % FPT et FPH : à la discrétion	0 %
		du 61 <sup>ème</sup> au 120 <sup>ème</sup> jour	50 %		FPE : 50 % FPT et FPH : à la discrétion	0 %
Après 3 ans	IJSS MO versées par CPAM + Complément employeur	90 premiers jours	100 %	À la discrétion de l'employeur	FPE : 100 % FPT et FPH : à la discrétion	0 %
		du 91 <sup>ème</sup> au 180 <sup>ème</sup> jour	50 %		FPE : 50 % FPT et FPH : à la discrétion	0 %
<b>Congé de grave maladie : Incapacité temporaire de travail liée à une maladie présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée et nécessitant un traitement et des soins prolongés non contractée dans le cadre professionnel.</b>						
Moins de 3 ans	Aucun droit	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Après 3 ans	IJSS MO versées par CPAM + Complément employeur	360 premiers jours (1 an)	100 %	100 %	FPE : 0 % FPT et FPH à la discrétion	0 %
		720 jours suivants (2 ans)	50 %	100 %	FPE : 0 % FPT et FPH : à la discrétion	0 %

<b>Congé pour accident de service ou maladie professionnelle : Accident du travail ou maladie professionnelle intervenus dans le cadre du service.</b>						
Moins de 2 ans	IJSS AT-MP versées par CPAM + Complément employeur	30 jours	100 %	100 %	FPE : 0 % FPT et FPH : à la discrétion	0 %
À partir de 2 ans jusqu'à 3 ans	IJSS AT-MP versées par CPAM + Complément employeur	60 jours	100 %	100 %	FPE : 0 % FPT et FPH : à la discrétion	0 %
A partir de 3 ans	IJSS AT-MP versées par CPAM + Complément employeur	90 jours	100 %	100 %	FPE : 0 % FPT et FPH : à la discrétion	0 %
Après les durées précitées (30, 60, 90 jours) pour les CDI à temps incomplet ou CDD < à 1 an	IJSS AT-MP versées par la CPAM	Jusqu'à guérison complète	<b>Modalités de calcul des IJSS AT-MP :</b> 1 / 30,42 <sup>ème</sup> du salaire du mois précédent (plafonné à 343,07 €), diminué d'un taux forfaitaire de 21 % dans la limite d'un plafond de : - jusqu'au 28 <sup>ème</sup> jour : 205,84 €, - après la 29 <sup>ème</sup> jour : 276,46 € + prise en charge des frais de santé aux barème de la SS			
Après les durées précitées (30, 60, 90 jours) pour les CDI à temps complet ou CDD ≤ à 1 an	FPE : IJSS AT-MP versées par l'employeur  FPT et FPH : IJSS AT-MP versés par la CPAM	Jusqu'à guérison complète				
<b>Indemnité en capital forfaitaire : taux d'incapacité permanente &lt; 10 %</b>						
Taux d'incapacité permanente < 10 %	CPAM	Versée en une fois. Exonérée de CSG et de CRDS. Non soumise à l'impôt sur le revenu	Selon les barèmes suivants au 1 <sup>er</sup> avril 2020 :			
			1 % = 418,96 €	6 % = 2 460,85 €		
			2 % = 680,96 €	7 % = 2 984,21 €		
			3 % = 995,08 €	8 % = 3 560,36 €		
			4 % = 1 570,57 €	9 % = 4 188,62 €		
			5 % = 1 989,64 €			
<b>Rente d'incapacité permanente : taux d'incapacité permanente ≥ 10 %</b>						
Taux d'incapacité permanente ≥ 10 %	CPAM	Versée jusqu'au décès	Salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de taux ne dépassant pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie supérieure à 50 %. Exemples : pour un taux d'incapacité de 30 % : taux de calcul de 15 % Et pour un taux d'incapacité à 75 % : taux de calcul de 62,5 %  Si décès lors de l'AT, rente versée aux proches, limitée à 85 % salaire annuel agent décédé			

Source : Cour des comptes selon réglementation

\*Supplément familial de traitement et Indemnité de résidence

## **Annexe n° 11 : la déclaration sociale nominative (DSN)**

La DSN est obligatoire pour toutes les entreprises du secteur privé depuis 2017 et le deviendra progressivement pour le secteur public d'ici 2022, en application de l'article 43 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance. Le décret d'application a fixé les dates d'obligation de production d'une DSN pour la fonction publique, en trois vagues : 1<sup>er</sup> janvier 2020, 1<sup>er</sup> janvier 2021 et 1<sup>er</sup> janvier 2022. 70 000 établissements (au sens SIRET) sont concernés dans les trois versants de la fonction publique.

Gérée par le GIP MDS (groupement d'intérêt public - Modernisation des Déclarations Sociales), la DSN est un dispositif déclaratif entièrement dématérialisé ayant vocation à remplacer l'ensemble des déclarations sociales et celle fiscale du prélèvement à la source par une déclaration unique synchronisée avec la paye mensuelle des agents.

### **Le principe : une modalité unique de collecte de données sociales**

La DSN a pour objectif de simplifier les obligations déclaratives des employeurs. Elle remplace à ce jour 45 procédures qui s'appuient sur des données de paie.

La DSN est un fichier mensuel produit à partir de la paie et destinée à communiquer les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées. Elle permet de remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles et diverses formalités administratives adressées auparavant par les employeurs à divers organismes (CPAM, Urssaf, AGIRC ARRCO, Organismes complémentaires, Pôle emploi, centre des impôts, Caisses de régimes spéciaux, RAFFP, Ircantec, CNRACL, etc.).

Les données transmises dans la DSN mensuelle sont le reflet de la situation d'un salarié au moment où la paie est réalisée. En complément, elle relate les événements survenus dans le mois (maladie, maternité, changement d'un élément du contrat de travail, fin de contrat de travail, etc.) ayant eu un impact sur la paie.

Pour ouvrir les droits aux prestations liées aux arrêts maladie, le déclarant doit émettre :

- un signalement arrêt de travail en cas de maladie, maternité, paternité, AT-MP ;
- un signalement reprise anticipée de travail si le salarié reprend son activité au sein de l'établissement avant la date de fin stipulée sur son arrêt ;
- un signalement fin de contrat de travail pour tout départ d'un salarié de l'entreprise (démission, etc.).

Dans le secteur privé, la DSN recueillerait l'assentiment des employeurs et la liquidation des IJ est maintenant à 18 jours au lieu de 28 jours avant DSN.

La DSN est un socle numérique à partir duquel il est possible de créer des services automatisés. Les données véhiculées dans la DSN pourraient à terme ainsi servir au calcul de toutes les prestations sociales basées sur le salaire : les APL et la revalorisation des retraites dès 2020, puis progressivement la prime d'activité, la CMU, les retraites de réversion, etc.

Pour satisfaire l'ensemble de leurs obligations auprès des différents organismes de protection sociale (signaler des mouvements salariés, la durée de travail, les arrêts maladie), les

employeurs publics doivent, sans la DSN, effectuer plusieurs déclarations périodiques ou événementielles à des échéances diverses.

Depuis 2020, et progressivement d'ici 2022, la DSN permettra aux administrations et établissements publics de transmettre en un flux unique, mensuel et dématérialisé les données des agents, à partir de leur logiciel de paie, concernant les déclarations sociales indispensables à l'exercice des droits des agents (maladie, retraite, etc.). Ainsi la collecte des données est mutualisée et partagée avec les organismes de protection sociale en fonction de leurs besoins. En revanche, le service des retraites de l'État (SRE), qui à l'origine était associé au projet, s'est retiré et ne rentre pas dans la DSN. Par conséquent, la DSN ne couvre pas les retraites des agents titulaires de l'État.

La DSN remplace concrètement la majorité des déclarations sociales. Dans le cas de la fonction publique, ces déclarations seront, dans un premier temps :

- la déclaration automatisée des données sociales unifiées (DADS-U) ;
- la déclaration unifiée des cotisations sociales (DUCS) pour le volet URSSAF ;
- la transmission des informations relatives au prélèvement à la source (PASRAU).

Elle remplace également pour les personnels relevant du régime général, l'attestation de salaire destinée au versement des indemnités journalières et l'attestation employeur. Ultérieurement elle pourrait remplacer aussi ces formalités pour les personnes relevant des règles publiques ainsi que la déclaration pour les mutuelles et assurances.

### **Les gains attendus de la DSN**

Passé l'étape de la mise en qualité des données, cette simplification devrait diminuer le risque d'erreurs, de fraudes ou même d'oublis. En réduisant le nombre de données à renseigner, la charge des fonctions paie et RH devrait être allégée et lissée sur l'année. Des gains de productivité en sont donc attendus dans les services RH.

Pour les employeurs, la DSN permet de :

- réduire le nombre de déclarations à effectuer ;
- simplifier les déclarations et les rythmer sur le bulletin de paie qui doit être édité chaque mois ;
- sécuriser et fiabiliser des obligations sociales avec moins de risques d'erreurs puisqu'il n'y aura plus de déclarations périodiques de masse comme la DUCS et la DADS-U.

Pour les agents, c'est :

- l'assurance d'une sécurisation accrue de leurs droits grâce à une identification unique valable auprès de tous les organismes, en particulier pour les droits à la retraite ;
- la simplification des démarches et la mise à jour rapide des droits à prestations ;
- la confidentialité renforcée des données en circulation, celles-ci étant moins nombreuses.

### **Un déploiement un peu retardé dans la fonction publique et sur un périmètre de données moindre que dans le secteur privé**

Le GIP MDS indique que seules 70 % des structures publiques devant démarrer en 2020 ont tenu l'échéance, car certains employeurs publics n'ont pas été en capacité technique de démarrer la DSN. En 2021, il est probable également que seule une partie des structures publiques devant passer à la DSN respectent l'échéance.

Le déploiement est complexe car dans l'organisation des DRH publiques, ce ne sont pas les mêmes gestionnaires qui font la paye et les déclarations sociales. Ainsi il peut exister des décalages entre ce que les gestionnaires de cotisations et les gestionnaires de la paye déclarent. Cette occurrence n'est plus possible avec la DSN, les calculs étant basés sur la paye, un contrôle de cohérence étant embarqué. Une mise en qualité des dossiers doit donc avoir lieu lors de la mise en place de la DSN, nécessitant un investissement spécifique des services RH, ce qui explique en partie les retards dans la bascule vers la DSN. De plus, ce mouvement de fiabilisation des données se cumule avec la fiabilisation effectué pour le SRE (DSN - régularisation des données mensuelles ; SRE - régularisation longue de la carrière passée).

D'autre part, si la DSN peut permettre de transmettre les données concernant les cotisations dans la fonction publique, elle ne sert pas à communiquer les données concernant les arrêts maladies pour les agents titulaires puisqu'ils ne sont pas pris en charge par le régime général. Ainsi, les fonctionnaires sont hors champs de la généralisation de la DSN.

De plus, dans la FPE, les informations concernant les arrêts maladie inscrites dans les SIRH n'apparaissent pas dans le logiciel PAY/PAYSAGE de la DGFIP (dates de début et de fin des arrêts, nombre d'heures travaillées et heures pas entièrement rémunérées car non travaillées). Or, la DSN est sourcée dans les données de paie. Il serait donc nécessaire de faire des modifications dans le logiciel PAY/PAYSAGE pour que les données transitent de la même manière et de façon aussi complète que dans le secteur privé. Le sujet est structurel et connu par le CISIRH. En l'absence d'évolution du logiciel PAY/PAYSAGE, le CISIRH est chargé d'élaborer un logiciel permettant de produire des fichiers plus complets pour la DSN à partir des fichiers DGFIP et des fichiers des SIRH.

Ainsi, à ce stade, la DSN ne peut servir qu'au traitement des arrêts maladies des agents contractuels de l'État.

## **Annexe n° 12 : exemples de bonnes pratiques à la DGFIP**

### **1) Le suivi des arrêts maladie dans SIRHIUS (SIRH de la DGFIP)**

Des alertes sont mises en place dans l'application SIRHIUS pour aider les gestionnaires des services des ressources humaines locaux dans le suivi et la gestion des dossiers des agents en maladie :

- CMO de plus de 21 jours (information du médecin de prévention) ;
- congé maladie de plus de cinq mois (consultation du comité médical sur la réintégration de l'agent au-delà de six mois consécutifs) ;
- congé maladie de plus de neuf mois (consultation du comité médical sur la réintégration de l'agent après 12 mois consécutifs de CMO).

De plus, une alerte à destination des gestionnaires de CSRH se déclenche également automatiquement dès qu'un agent en congé de maladie ordinaire est rémunéré à demi-traitement (information de l'agent de l'impact effectif en paie).

Les alertes présentées concernent uniquement les absences pour maladie ordinaire car aucune alerte pour le suivi des CLM, CLD et CGM n'a été mise en place dans le SIRH.

### **2) Les dispositifs de maîtrise des risques liés à la gestion administrative des arrêts maladie**

La complémentarité de plusieurs dispositifs permet de limiter les risques liés à la gestion des arrêts maladie.

Lors du déploiement du SIRH et de la nouvelle organisation des ressources humaines, les modules de formation ont été refondus et dispensés à l'ensemble des gestionnaires (services RH locaux et CSRH), expérimentés ou non. Ce plan de formation leur a permis de mieux appréhender la réglementation et le nouvel outil RH et ainsi maîtriser davantage les risques liés à la gestion administrative des arrêts maladie.

Les gestionnaires RH disposent d'une documentation relative à la réglementation comme à l'utilisation de l'outil. L'instruction générale harmonisée présente les dispositions réglementaires relatives au temps de travail des agents de la DGFIP dont les différents types de congés pour raisons de santé. Par ailleurs, une documentation thématique rappelle les principaux éléments réglementaires et décrets, pour chaque processus maladie, les tâches qui incombent à chaque acteur (bureau / service en administration centrale, service RH local, CSRH), notamment les opérations à réaliser dans le SIRH.

Les alertes informatiques liées aux absences de maladie ordinaire et l'automatisation de la paie dans SIRHIUS fluidifient et sécurisent le processus maladie. L'intervention de plusieurs acteurs, le service des ressources humaines local et le CSRH, permet une multiplicité de contrôles, lesquels contribuent à la maîtrise des risques.

En sus des bureaux de gestion de la DGFIP métier, le Pôle National de Soutien au Réseau (PNSR) RH apporte une assistance aux gestionnaires des ressources humaines dans l'instruction et le traitement des dossiers complexes. Il publie par ailleurs des guides et documentations pratiques.

## Annexe n° 13 : composition, rôle et fonctionnement des instances médicales (IM) de la fonction publique

Dans la fonction publique, des garanties procédurales accompagnent la décision de l'administration en matière de congés pour raison de santé ou d'inaptitude. Ainsi, au sein des trois versants de la fonction publique, ces questions sont traitées par les comités médicaux et commissions de réforme.

### Les comités médicaux<sup>30</sup>

Les comités médicaux sont des instances consultatives, composées de médecins agréés désignés par l'administration, qui donnent un avis sur l'état de santé de l'agent, préalablement à la décision administrative. Ces instances se prononcent sur : la prolongation des CMO au-delà de 6 mois consécutifs, l'attribution et le renouvellement d'un CLM, d'un CGM ou d'un CLD ; la réintégration après 12 mois consécutifs de CMO ou à l'issue d'un CLM, d'un CGM ou d'un CLD ; l'aménagement des conditions de travail d'un fonctionnaire après congé maladie ou disponibilité d'office ; la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement ; le reclassement d'un fonctionnaire dans un autre emploi à la suite d'une modification de son état physique ; l'octroi d'une pension après reconnaissance de l'inaptitude dans le cas de la procédure dite « simplifiée »<sup>31</sup>.

En fonction de la situation statutaire et géographique de l'agent, ce dernier dépend d'un comité départemental ou ministériel.

**Un comité médical départemental** est institué au sein de chaque département et composé de deux médecins généralistes et de deux médecins spécialistes (qui n'interviennent que pour les cas relevant de leur qualification) désignés par le préfet de département pour une durée de trois ans. **Un comité médical ministériel** existe au sein de chaque département ministériel, sa composition est identique (les médecins sont désignés par le ministre).

De nombreux établissements publics administratifs ont leur propre comité médical ou commission de réforme. Certains dépendent des comités ministériels.

Le secrétariat des comités médicaux départementaux est assuré pour la FPE et la FPH par les DDCS/PP ; pour la FPT, il est exercé essentiellement par les centres de gestion (CDG), ou plus rarement de façon autonome pour certaines collectivités non affiliées et n'ayant pas conventionné avec un CDG. Les avis rendus par ces instances n'ont qu'un caractère consultatif sauf dans deux cas : la reprise des fonctions après 12 mois de CMO, la reprise des fonctions après CLM ou CLD<sup>32</sup>.

<sup>30</sup> Articles 5, 6, 7, 14, 15,16 et 17 du décret du 14 mars 1986.

<sup>31</sup> Lorsque l'agent qui demande à partir en retraite, ne peut pas prétendre à une majoration pour assistance d'une tierce personne et a un nombre de trimestres d'activité suffisant pour que sa retraite s'élève à 50 % du traitement de base.

<sup>32</sup> Respectivement articles 27 et 41 du décret du 4 mars 1986. Le troisième cas (octroi d'un temps partiel thérapeutique) a été supprimé par l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.

**Le comité médical supérieur**<sup>33</sup> est une instance consultative composée de médecins nommés par le ministre chargé de la santé qui peut être consultée en appel de l'avis donné par les comités médicaux, à la demande de l'administration ou de l'agent. Il exerce également en théorie un rôle de coordination nationale des avis des comités médicaux. Son secrétariat est assuré par la direction générale de la santé.

#### **Les commissions de réforme**<sup>34</sup>

Les commissions de réforme sont des instances consultatives médicales et paritaires qui donnent un avis sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie et sur l'état de santé, des infirmités et le taux d'invalidité qui en découlent, avec éventuellement à la clé l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI). Elles se prononcent également en cas de mise à la retraite pour invalidité, quelle que soit l'origine de la pathologie, en dehors des cas de procédures simplifiées qui ne peuvent être examinés qu'en CM.

Elles se prononcent sur : l'imputabilité au service de la maladie ou de l'accident à l'origine d'un congé maladie sauf si l'administration reconnaît d'emblée cette imputabilité ; la situation du fonctionnaire à la fin de la dernière période d'un CLM ou d'un CLD lorsque le comité médical a présumé le fonctionnaire définitivement inapte lors du dernier renouvellement de son congé ; la reconnaissance et la détermination du taux de l'invalidité temporaire ouvrant droit au bénéfice de l'ATI, la réalité des infirmités suite à un AT-MP, leur imputabilité au service, le taux d'invalidité en vue de l'attribution de l'ATI, le dernier renouvellement d'une disponibilité d'office pour raison de santé.

En fonction de la situation statutaire et géographique de l'agent, ce dernier dépend d'une commission de réforme départementale ou ministérielle.

**La commission de réforme départementale** est composée des médecins membres du comité médical départemental, de deux représentants de l'administration (le chef de service et le directeur départemental des finances publiques ou leur représentant), de deux représentants du personnel élus par les membres titulaires et suppléants de la commission administrative paritaire. Le président est le préfet ou son représentant ; pour la FPT, la présidence peut être confiée au centre de gestion (CDG).

**La commission de réforme ministérielle** est composée de la même manière (l'administration est représentée par le chef de service et le membre du corps du contrôle général économique et financier ou leur représentant). Le président est le chef de service ou son représentant.

Les commissions de réforme ont le même **secrétariat** que les comités médicaux et sont placées auprès des mêmes directions ou CDG.

---

<sup>33</sup> Articles 8 et 9 du décret du 14 mars 1986.

<sup>34</sup> Articles 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19 et 19-1 du décret du 14 mars 1896. Article L31 du code des pensions civiles et militaire de retraite (CPCMR).

## **Annexe n° 14 : la pénurie des professionnels de santé et les dysfonctionnements des instances médicales**

La pénurie des professionnels de santé explique les difficultés de fonctionnement et de capacités d'action des services de médecine de prévention dans le secteur public mais aussi celles des instances médicales (comité médical et commission de réforme). Les difficultés de prises en charge des congés de longue durée générées par les délais trop importants et les lourdeurs associées au fonctionnement actuel de ces instances pourraient être résorbées à l'issue de la réforme en cours.

### **La pénurie de médecins du travail<sup>35</sup> et ses conséquences**

Le service de médecine préventive a pour mission d'éviter toute altération de l'état de santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des agents. À cet effet, les agents doivent faire l'objet d'une surveillance médicale et sont soumis à un examen médical au moment de l'embauche ainsi qu'à un examen médical périodique.

Les employeurs publics comme privés sont confrontés à la pénurie de médecins du travail. Ces difficultés de recrutement des médecins du travail sont notamment liées à la diminution de la population générale de cette spécialité.

La DGAFP a essayé de donner un cadre de référence concernant le nombre de médecins de prévention<sup>36</sup> pertinent en lien avec les effectifs des services. En appliquant les critères concernant les agents sans pathologie spécifique (une heure par mois pour vingt agents publics), une évaluation globale basée sur les effectifs des trois versants de la fonction publique (5,56 millions d'agents en 2018) conduit à déterminer un besoin théorique minimal d'environ 2 100 médecins de prévention, dont 930 pour la FPE, 720 pour la FPT et 450 pour le FPH.

Des données concernant les effectifs de médecins du travail ne sont pas disponibles pour les trois versants de la fonction publique. S'agissant de la FPE, quelques données sont disponibles, la DGAFP synthétisant les données des ministères.

Ces données font ressortir une stabilité des effectifs de médecins du travail dans la FPE entre 2015 et 2018. Le nombre global de médecins du travail intervenant dans la FPE est d'environ un millier représentant environ 673 ETP en 2018.

---

<sup>35</sup> Cf. décret n° 2020-647 du 27 mai 2020 relatif aux services de médecine de prévention dans la fonction publique de l'État qui a modifié l'appellation de « médecin de prévention » utilisée dans la FPE et FPT en « médecin du travail ».

<sup>36</sup> Cf. guide juridique d'application du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique - version avril 2015.

**Tableau n° 10 : nombre total de médecins du travail (ETP - personnes physiques)  
tous modes de gestion confondus**

<i>Ministères</i>	Nombre total de médecins (ETP)				Nombre total de médecins effectuant un tiers temps (personnes physiques)			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
<i>Affaires étrangères</i>	3,5	3,5	3,5	3,5	2	0	0	3
<i>Agriculture</i>	55,95	60,06	40,7	16,5	116	92	35	161
<i>Aviation civile</i>	33	31	34	14,6	27	21	28	30
<i>Conseil d'État</i>	68	66	73	73	68	NC	NC	NC
<i>Culture</i>	11,7	NC	NC	8,4	5	NC	NC	NC
<i>Défense</i>	33,15	32	32,6	32,6	183	161	149	147
<i>Écologie</i>	NC	NC	12,34	11,5	NC	NC	34	34
<i>Éducation nationale</i>	98	121	78	68	40	42	42	34
<i>Enseignement supérieurs</i>	78,9	126,6	98,3	107	299	NC	-	268
<i>Finances</i>	124	115	113	114	124	115	113	114
<i>Intérieur</i>	62	NC	NC	32,2	62	224	228	NC
<i>Justice</i>	36,5	35,38	40,04	40,04	107	104	118	112
<i>Ministères sociaux</i>	69	108,7	119,79	148,04	NC	35	112	100
<i>Services Premier ministre</i>	3	1	2	4	1	1	2	3
<b>Total</b>	<b>677</b>	<b>700</b>	<b>647</b>	<b>673</b>	<b>1 034</b>	<b>795</b>	<b>861</b>	<b>1 006</b>

Source : Cour des comptes à partir de données DGAFP - Bilan annuel de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, la sécurité au travail et la prévention médicale dans la fonction publique de l'État pour 2018

En 2018, environ 362 médecins du travail (en ETP) figuraient dans les effectifs des ministères contre 421 ETP en 2017. Les recrutements de médecins en 2018 se sont élevés à 61 médecins, majoritairement à temps partiels sauf pour l'éducation nationale et, dans une moindre mesure pour les ministères économiques et financiers, soit 40 ETP.

**Tableau n° 11 : effectifs de médecins figurant dans les effectifs des ministères - Nombre total de médecins (« stock », résultant d'un recrutement direct par l'administration)**

Ministères	Nombre total de médecins (ETP)				Nombre total de médecins effectuant un tiers temps (personnes physiques)			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Affaires étrangères	3,5	3,5	3,5	3,50	2	0	0	3
Agriculture	1,7	1	1	1,9	1	1	1	7
Aviation civile	24	21	25	14,6	23	18		30
Conseil d'État	1	1	1	1	1	1	1	NC
Culture	11,7	NC	7,9	8,4	5	NC	7,9	8,4
Défense	21,25	20,8	20	20	89	69	67	66
Écologie	19,31	16,9	12,34	11,5	45	40	34	34
Éducation nationale	79	92	69	68	1	42	39	34
Enseignement supérieurs	51	74,8	98,3	58,7	NC	NC	NC	87,6
Finances	114	105	104	107	114	105	104	107
Intérieur	29,17	29,17	31,71	32,2	54	54	56	NC
Justice	29	27	30	26	55	50	57	55
Ministères sociaux	6	3,7	15,12	6,5	NC	NC	16	8
Services Premier ministre	1	1	2	3	1	1	2	3
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>397</b>	<b>421</b>	<b>362</b>	<b>391</b>	<b>381</b>	<b>385</b>	<b>443</b>

Source : Cour des comptes à partir de données DGAFP - Bilan annuel de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, la sécurité au travail et la prévention médicale dans la fonction publique de l'État pour 2018

Concernant les obligations réglementaires qui s'imposent aux employeurs publics, il est prévu que le médecin du travail exerce une surveillance médicale particulière à l'égard :

- des personnes en situation de handicap ;
- des femmes enceintes, venant d'accoucher ou allaitantes ;
- des agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- des agents occupant des postes comportant des risques professionnels propres au service ;
- et des agents souffrant de pathologies particulières déterminées par le médecin du travail.

Le médecin du travail définit la fréquence et la nature du suivi que comporte cette surveillance médicale, dont la périodicité ne devrait être supérieure à quatre ans. Une visite intermédiaire doit aussi être effectuée par le service de médecine de prévention. Ces visites présentent un caractère obligatoire.

En 2018, la part des agents ayant bénéficié d'une surveillance médicale particulière avoisine les 35 % pour l'ensemble de la FPE avec de grandes disparités entre les départements ministériels. En effet, presque 94 % des agents concernés sont suivis au ministère des affaires étrangères alors qu'ils en sont que 20 % au ministère de l'éducation nationale ou au ministère de la justice.

Dans la FPE, les agents qui ne relèvent pas d'une surveillance particulière devraient bénéficier d'une visite d'information et de prévention tous les cinq ans<sup>37</sup>. Dans la FPT<sup>38</sup> et la FPH, la fréquence de l'examen médical périodique est actuellement fixée au minimum tous les deux ans.

Or, en 2018, dans la FPE, seulement 15 % des agents qui auraient théoriquement dû bénéficier d'une visite médicale quinquennale en ont effectivement bénéficié, dont 2 % au ministère de l'éducation nationale<sup>39</sup>.

Le médecin du travail n'a pas vocation à être membre de droit des instances médicales. Toutefois, lorsque celles-ci sont saisies du dossier d'un agent de son service, il est informé de la réunion et de son objet, il peut obtenir communication du dossier de l'agent et peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion. La pénurie médicale a un impact sur le nombre de rapports des médecins du travail transmis aux comités médicaux et aux commissions de réforme, puisqu'entre 2016 et 2018 le nombre de rapports remis est passé dans la FPE de 15 347 à 3 238 (dont une baisse concentrée sur le ministère de l'éducation nationale à hauteur de 11 133 rapports).

Par contre, on constate une hausse du nombre des visites de sites effectués par des médecins du travail depuis 2015, avec 9 625 visites en 2018 contre 6 190 en 2015, dont une forte hausse au ministère de l'éducation nationale (1 413 visites en 2018 contre 271 en 2015).

### **Les délais trop importants des instances médicales et un fonctionnement perfectible pour améliorer la prise en charge**

Alors qu'il est estimé qu'un agent sur cinq<sup>40</sup> verra sa situation analysée par les instances médicales (comité médical et commission de réforme) au moins une fois dans sa carrière, les enjeux associés au fonctionnement de ces instances apparaissent majeurs (voir l'annexe n° 13 présentant la composition, le rôle et le fonctionnement des instances médicales de la fonction publique).

Or, les délais de traitement des instances médicales sont trop longs, pouvant aller jusqu'à 8 à 12 mois dans certains cas. Cette temporalité peut avoir de graves conséquences pour les agents, comme par exemple, des passages à une rémunération à demi-traitement en attendant la validation du CLM ou de la reprise après CLM, qui peuvent engendrer des situations administratives et financières complexes pour le service et l'agent. Il peut aussi en découler une détérioration de l'état psychologique des agents, déjà en état de fragilité médicale.

La préparation des réunions des instances paraît trop complexe et chronophage pour les services gestionnaires des ressources humaines et pour les membres siégeant dans les instances. Dans un grand nombre de cas, les avis émis par les instances ne sont pas clairs et soulèvent des difficultés d'interprétation par les agents et les services pour une mise en œuvre la plus adaptée à la situation médicale de l'agent.

---

<sup>37</sup> Cf. articles 23 à 28-2 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

<sup>38</sup> Cf. article 20 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale.

<sup>39</sup> DGAFP - Bilan annuel de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, la sécurité au travail et la prévention médicale dans la fonction publique de l'État pour 2018.

<sup>40</sup> Association nationale des DRH des grandes collectivités.

Une mission d'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales dans la fonction publique a été confiée en 2016 à une équipe composée de de l'inspection générale des finances (IGF), de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), de l'inspection générale de l'administration (IGA), et de l'inspection générale de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (IGAENR). Le rapport<sup>41</sup> remis en mars 2017 par cette mission a fait ressortir que le dispositif des instances médicales de la fonction publique était complexe et qu'il était générateur de lourdeurs et de délais. Il a aussi confirmé la nécessité de faire évoluer ce dispositif.

Les principaux constats mis en avant par les inspections étaient les suivants :

- les instances sont nombreuses et fragmentées. Les inspections en recensaient environ 300 avec des périmètres divers (des instances par ministère avec des exceptions pour certains corps ; des instances communes à la FPE et la FPH gérées par les DDCS au niveau départemental<sup>42</sup> et des instances gérées par les collectivités ou par des centres de gestion pour le compte de plusieurs collectivités dans la FPT) ;
- le dispositif est insuffisamment suivi et l'activité des instances n'est pas mesurée ;
- le dispositif ne fait pas l'objet d'une coordination qui conduit parfois à des appréciations divergentes de situations identiques et est ainsi créatrice d'inégalité, cet état de fait étant renforcé par l'embolisation de l'activité du comité médical supérieur, instance de recours amiable ;
- un nombre important de procédures est soumis à un formalisme excessif qui allonge les délais de décision couplé au fait que les services RH des employeurs appréhendent et maîtrisent de façon très diverse les contraintes procédurales augmentant souvent les délais et fragilisant les procédures ;
- le cloisonnement du dispositif entre les sujets couverts par le secret médical et les questions de gestion administrative et statutaire complique la prise en charge par chaque acteur qui suit son propre objectif sans tenir compte des autres ;
- la pénurie médicale est une cause majeure de difficultés du fonctionnement des instances médicales, acteur majeur de la gestion des CLM et CLD<sup>43</sup>.

L'ordonnance « santé-famille » du 25 novembre 2020<sup>44</sup> institue, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, une instance médicale unique : le comité médical

Le comité médical remplacera les actuelles commissions médicale et de réforme. Cette réforme a pour ambition de simplifier et de fluidifier les procédures, d'améliorer les délais et globalement le traitement des dossiers des agents. Ce conseil médical aura la compétence en

---

<sup>41</sup> Rapport *Évaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique – Rapport de diagnostic*.

<sup>42</sup> Les représentants des régions rencontrés par les enquêteurs soulignent la complexité de ce découpage départemental qui les obligent à siéger dans plusieurs instances départementales, entre lesquelles les pratiques divergent.

<sup>43</sup> Pages 28 à 34 « 1.3 Une pratique consommatrice d'expertise dans un monde médical en pénurie et mal rémunéré ».

<sup>44</sup> Ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique.

matière de congés pour raisons de santé et Citis. Elle deviendra ainsi la référence unique pour tous les textes applicables aux fonctionnaires civils se rapportant à ces sujets.

Des dispositions réglementaires doivent encore préciser les conditions d'organisation et de fonctionnement de ce conseil, sa composition<sup>45</sup> et les cas de saisine de ces nouveaux conseils médicaux qui sont intimement liés aux modalités d'octroi, de renouvellement et de fin des différents congés pour raison de santé. Ces dispositions seront définies en concertation avec les représentants des organisations syndicales et des employeurs.

---

<sup>45</sup> Les représentants des personnels ont marqué leur fort attachement au principe d'une représentation syndicale pour l'examen des sujets relatifs aux accidents et maladies professionnels. Le conseil médical, instance unique, se réunira en formation restreinte (médecins uniquement) ou élargie (médecins, représentants du personnel et de l'administration) si le dossier à examiner est en lien avec l'activité professionnelle de l'agent.

Les représentants des régions de France soulignent de leur côté qu'il serait pertinent que les représentants de la collectivité puissent être non pas des élus mais des représentants de l'administration, qui connaissent mieux les dossiers individuels traités et pourraient assurer une présence plus régulière lors des réunions, garantissant ainsi le quorum nécessaire.

## Annexe n° 15 : situation des agents en période de covid 19 (données France, commune de Roubaix et Italie)

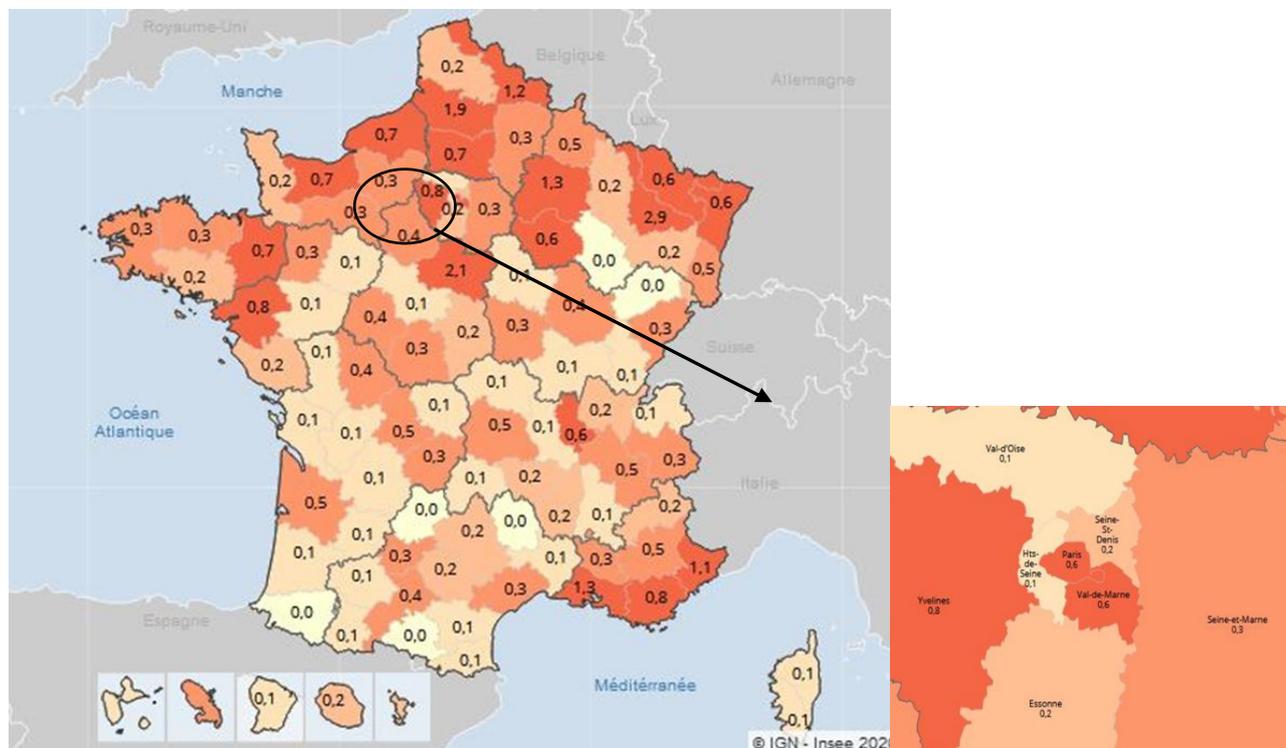
**Tableau n° 12 : France : Situation des agents de la fonction publique de l'État en période de covid 19 : télétravail, ASA et infectés par la covid 19**

Année et semaine d'analyse	Effectifs du périmètre des répondants (effectifs physiques)		Télétravail (au moins un jour par semaine) (hors enseignants)		ASA (au moins un jour d'ASA dans la semaine)		Nombre cumulé des agents atteints de la covid 19 enregistrés dans le périmètre depuis le début de la pandémie
	Effectifs totaux	Effectifs hors enseignants	Nombre d'agents	Taux	Nombre d'agents en ASA	Taux	
<b>2020</b>							
42	1 269 467	203 409	35 661	17,5 %	3 423	0,27 %	9 721
43	1 393 472	327 414	61 620	18,7 %	4 235	0,30 %	11 778
44	1 445 921	379 863	71 501	18,8 %	4 988	0,34 %	13 964
45	1 489 638	423 580	116 689	27,5 %	6 988	0,47 %	18 199
46	1 519 989	385 578	143 255	37,2 %	8 119	0,53 %	22 455
47	1 545 430	410 362	165 947	40,4 %	9 103	0,59 %	25 878
48	1 537 037	402 570	167 096	41,5 %	9 512	0,62 %	27 340
49	1 612 106	477 661	171 668	35,9 %	7 987	0,50 %	35 400
50	1 620 343	485 903	173 747	35,8 %	10 348	0,64 %	36 993
51	1 594 451	460 146	162 022	35,2 %	8 617	0,54 %	37 678
<b>2021</b>							
1	1 611 315	477 053	130 467	27,3 %	7 512	0,47 %	39 293
2	1 595 773	461 905	156 836	34,0 %	8 834	0,55 %	41 158
3	1 594 421	460 540	157 807	34,3 %	9 931	0,62 %	42 966
4	1 595 411	461 540	159 579	34,6 %	10 463	0,66 %	45 563
5	1 610 714	476 802	166 983	35,0 %	11 327	0,70 %	48 539
6	1 597 633	463 731	172 638	37,2 %	9 823	0,61 %	50 989
7	1 591 089	457 179	162 500	35,5 %	8 483	0,53 %	52 260
8	1 587 612	453 705	158 839	35,0 %	7 098	0,45 %	53 246
9	1 567 527	433 619	157 364	36,3 %	6 947	0,44 %	53 465

Source : Enquête hebdomadaire DGAFP auprès des services de l'État (données déclaratives)



**Carte n° 3 : part des agents de la FPE en autorisation spéciale d'absence selon les départements (semaine 7 - année 2021)**



Source : Enquête hebdomadaire DGAFP auprès des services de l'État (données déclaratives)

**Tableau n° 13 : estimation de l'impact économique des journées perdues dans le cadre de la crise sanitaire par la commune de Roubaix (en €)**

<i>En €</i>	<b>Estimation de l'impact économique global</b>	<b>Dont agents de catégorie A</b>	<b>Dont agents de catégorie B</b>	<b>Dont agents de catégorie C</b>	<b>Part des titulaires dans l'impact global</b>
<i>Cas contact</i>	175 637	6 145	22 637	146 855	98,50 %
<i>Agent vulnérable</i>	2 600 192	57 398	215 585	2 327 209	99,50 %
<i>Agent malade de la covid 19</i>	0	0	0	0	
<i>Agent d'un service fermé</i>	2 731 985	157 071	343 158	2 231 756	99,20 %
<i>Agent devant assumer la garde d'un enfant de moins de 16 ans</i>	894 945	147 980	150 952	596 014	97,90 %
<i>Total des coûts des absences « covid »</i>	6 402 760	368 594	732 332	5 301 834	99,10 %

Source : commune de Roubaix

**Tableau n° 14 : évolution des principales données relatives aux absences pour raison de santé dans le cadre de la crise sanitaire en Italie**

<i>Comparaison des deuxièmes trimestres 2020 et 2019</i>	2019		2020		Évolution	
	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé	Secteur public
<i>Nombre d'arrêts de travail</i>	3 990 773	1 372 216	2 549 127	638 562	- 36,1 %	- 53,5 %
<i>Nombre de salariés absents au moins un jour pour maladie</i>	2 297 120	735 606	1 364 256	333 393	- 40,6 %	- 54,7 %
<i>Nombre de jours d'absence pour maladie</i>	21 992 135	6 742 944	20 879 144	5 735 343	- 5,1 %	- 14,9 %
<i>Pourcentage de salariés absents au moins un jour pour maladie</i>	16 %	22 %	9 %	11 %	- 44 %	- 50 %
<i>Nombre moyen d'arrêts de travail par salarié</i>	0,3	0,4	0,2	0,2	- 33 %	-50 %
<i>Nombre moyen d'absence pour maladie par salarié par an</i>	1,5	2	1,4	1,8	- 7 %	- 10 %

Source : Cortei dei conti, d'après données officielles Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS)