

F. N. A. M. A.

**FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS
DES MEDECINS AGREES**

QUEL AVENIR POUR LA MEDECINE AGREEE ?

2010

Rédigé par le

Dr Gilbert GUIDICELLI

Avec la collaboration des

**Dr Jean-Luc BENKETIRA
Dr Hervé FEUILLETTE
Dr Daniel GRINBERG
Dr Jean-Michel MAUREL
Dr Maurice SOULTANIAN
Dr Bernadette SYSTCHENKO
Dr Pierre WOLF**

Sous la présidence du

Pr Patrick DISDIER

PREAMBULE

Etabli avec la volonté de faire une mise au point de portée générale, n'ayant de cesse la recherche d'une harmonisation, ce Livre Blanc permet à la FNAMA de publier un message officiel sous forme d'état des lieux dans un domaine d'intérêt public : la Médecine Agréée.

Ce travail est également un recueil d'informations destiné à un public déterminé : médecins agréés et institutionnels, afin que ces derniers puissent prendre des décisions sur un sujet particulier et connaître les propositions de la FNAMA portant sur l'avenir de la médecine agréée.

A terme, ce Livre Blanc pourra participer au développement d'une maturité grandissante des médecins agréés pour que leur esprit critique et leur volonté d'affirmer leur indépendance professionnelle, puissent trouver un cadre légitime : législatif et médical, à l'écart de tout groupe de pression.

Si « *la rêverie est le dimanche de la pensée* » selon AMYEL et si l'utopie peut stimuler cette pensée, nos rêves doivent s'effacer au profit d'une réalité dynamique consensuelle et plurielle qui ne sera que plus légitime si le groupe d'hommes et de femmes médecins agréés est plus important et se trouve prêt à agir et servir selon des règles de qualité.

RESUME

« Quel avenir pour la médecine agréée ? »

Les auteurs ont voulu retracer l'histoire de la médecine agréée depuis la création des médecins assermentés au siècle dernier jusqu'à nos jours.

Pour donner plus de vie, les rédacteurs ont voulu dérouler le film de la médecine agréée sur trois époques comme si le flambeau du passé était tenu dans les mains du présent pour éclairer l'avenir.

Chacune de ces époques est déclinée sur trois thèmes :

- analyse du terrain
- réflexion éthique
- prise en charge médico-économique.

Ainsi sont :

- rapportée la mutation de la médecine agréée en médecine statutaire et médecine agréée
- soulignés les points structurels apparaissant comme des maillons faibles
- ciblées les priorités en termes de qualité de travail et d'efficacité
- proposés un certain nombre de chantiers pour lesquels la FNAMA a élaboré des outils.

Ce livre blanc justifie qu'enfin soient reconnues par les pouvoirs publics les forces de réflexion, de proposition et de formation de la FNAMA pour l'établissement d'un véritable partenariat.

SUMMARY

What does the future hold for registered medicine in France ?

The authors of this paper have retraced the history of registered medicine from its creation with the sworn-in doctors of a century ago, to today's.

To liven the debate, the authors decided to present registered medicine as a film covering three periods, as if the flame of the past were held in the hands of the present to illuminate the future.

Each of these three periods is covered under three different angles:

- a field analysis
- an ethical reflection
- an economic and medical perspective.

Thus we analyse and pinpoint :

- the evolution of registered medicine toward statutory medicine and registered medicine
- the weaker structural elements
- the priorities in terms of quality of work and efficiency
- work areas to be undertaken for which the FNAMA has elaborated working tools.

This paper aims to demonstrate to the authorities that FNAMA has the requisite wealth of reflection, propositions and training to establish a true partnership.

DIX MOTS CLEFS

MISSIONS

(Aptitude, Contrôle, Expertise)

STATUTS

(Trois Fonctions Publiques)

ETHIQUE

CONGES

(Maladie, Accident de Service, Maladie d'Origine Professionnelle)

INDEPENDANCE PROFESSIONNELLE

FORMATION

(DU, Congrès, Journées Nationales, formation personnelle)

PROPOSITIONS ET AMENDEMENTS

(Visite d'Aptitude, Temps Partiel pour raison Thérapeutique, Observatoire de la maladie, Mise en place de Systèmes d'Evaluation)

OUTILS

(Guide pour les Missions, Harmonisation des Pratiques, Code des Pensions Civiles et Militaires, Développement des Formations et de l'Enseignement, Test de Concordance de Scripts)

COMMISSIONS MEDICO-ADMINISTRATIVES

(Formation à la médecine Statutaire et Agréée, Evaluation des activités des Commissions, Suivi épidémiologique)

RECONNAISSANCE

(Du travail de la FNAMA, Constitution d'un véritable Corps de Médecins Agréés formés, Réévaluation des Honoraires)

SOMMAIRE

PAGE DE GARDE	1
PREAMBULE	2
RESUME	3
SUMMARY	4
MOTS CLEFS	5
SOMMAIRE	6
A – L’HERITAGE DU PASSE	8
I : LES ELEMENTS PROVENANT DE L’ANALYSE DU TERRAIN	8
- Les médecins agréés	8
- Leurs missions	8
- Les instances médico-administratives	8
- Les statuts les 3 fonctions publiques	9
II : LES ELEMENTS PROVENANT DE LA REFLEXION ETHIQUE	10
- Le code de déontologie médicale (figurant dans le Code de la Santé Publique)	10
- L’éthique médicale et la notion du secret professionnel	11
- La culture sociale de l’après guerre	12
- La médecine du travail	12
- La médecine agréée	13
III : LES ELEMENTS PROVENANT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICO-ECONOMIQUE	14
- Les statuts des 3 fonctions publiques	14
- La maladie	14
- L’accident de service	14
- Les autres cas	15
B – LES DIFFICULTES DU PRESENT	16
I – LES ELEMENTS PROVENANT DE L’ANALYSE DU TERRAIN	16
- Les médecins agréés	16
- Leurs missions	17
a) Lors des visites d’aptitude	17
b) Lors des visites de contrôle	17
c) Lors des expertises médicales	18
- Les instances médico-administratives	18
- Les statuts des 3 fonctions publiques	19
II – LES ELEMENTS PROVENANT DE LA REFLEXION ETHIQUE	19
- Le code de déontologie médicale (figurant dans le Code de la Santé Publique)	19
- L’éthique médicale et la notion du secret professionnel	20
- L’éthique médicale et l’indépendance professionnelle du médecin	21
- L’évolution sociétale	22
o Le passage à la société de consommation	22
o La notion de responsabilité	23
o La notion d’imputabilité	25
o Le droit à réparation	26
o La notion du handicap	27
III – LES ELEMENTS PROVENANT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICO-ECONOMIQUE	28
- Le statut des 3 fonctions publiques	28
- L’allongement du temps de travail	29
- La maladie	29
- L’accident de service	30

- Les maladies professionnelles	30
- Le TPT (Temps Partiel pour raison Thérapeutique)	31
- Les nouvelles pathologies	32
C – LES PROPOSITIONS POUR UN MEILLEUR AVENIR	34
I - LES GRANDS CHANTIERS	34
- La Visite d’Aptitude = VA	34
- Le Temps Partiel pour raison Thérapeutique = TPT	35
- La mise en place d’un suivi épidémiologique par la création d’un observatoire de la maladie	37
II – LES OUTILS	38
- Médico-administratifs	38
- Médicaux	39
III – LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES MEDECINS AGREES = MA	40
a) Lors de la visite d’aptitude	42
b) Lors des visites de contrôle au domicile ou au cabinet	43
c) Lors des expertises médicales en maladie ou en accident de service	43
d) Lors des séances du Comité Médical Départemental = CMD ou Commission Départementale de Réforme = CDR	44
D – CONCLUSION	46
LEGENDE DES ABREVIATIONS	48
ANNEXES	49
- Adresses internet des Lois – Décrets - Code	50
- Texte de loi n° 2007-148 du 2 février 2007 – article 42 (TPT)	52
- Code Pénal – article 378 (secret médical)	53
- Code de Déontologie Médicale	54
▪ articles : 1 – 4 – 11 – 72 – 73 – 83	54
▪ articles : 91 – 92 – 95	55
▪ articles : 100 – 101 – 102 – 103 – 104 – 105	56
▪ articles : 106 – 107	57
- Texte de Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (LOI KOUCHNER) – TITRE II	58
- Arrêt MOYA-CAVILLE (Conseil d’Etat du 04/07/2003)	69
- Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (FPE)	71
- Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 (FPT)	87
- Décret n° 88-386 du 19 avril 1988 (FPH)	99

QUEL AVENIR POUR LA MEDECINE AGREEE

A – L’HERITAGE DU PASSE

I - LES ÉLÉMENTS PROVENANT DE L’ANALYSE DU TERRAIN

- Les médecins agréés

Le terme de médecin assermenté auprès de l’administration est apparu en 1853 lors d’un décret traitant de l’octroi des pensions civiles aux fonctionnaires (art. 19 et 35) du 09.11.1853.

Du 09.11.1853 au 14.03.1986, on distinguait les médecins généralistes assermentés et les médecins spécialistes agréés auprès de l’administration.

Le décret du 14.03.1986 véritable socle de l’exercice de la médecine agréée d’aujourd’hui ne fait plus cette différence mais référence à des médecins généralistes et spécialistes agréés.

- Leurs missions

A la suite du décret du 14.02.1947 qui a institué un régime spécial de sécurité sociale pour les fonctionnaires avec des avantages distincts de ceux du secteur privé, il a fallu mettre en place un contrôle médical confié à des médecins généralistes assermentés et des médecins spécialistes agréés.

La mission des médecins agréés depuis 1853 est de répondre à l’administration en respectant les lois de façon circonstanciée et objective sur des problèmes de santé individuels qu’un agent peut présenter.

- Les instances médico-administratives

Le décret du 14.03.1986 a fixé le rôle des médecins agréés dans l’organisation des Comités Médicaux Départementaux et des Commissions Départementales de Réforme Départementales, le Comité Médical Supérieur.

Le CMD est composé uniquement de médecins agréés siégeant en séance : 2 médecins généralistes agréés + un médecin spécialiste agréé par pathologie. Les médecins agréés

faisant partie des Comités Médicaux sont nommés par le directeur de la DDASS et élisent leur président parmi les 2 médecins généralistes titulaires.

A la CDR siègent, avec voix délibérative, deux médecins généralistes agréés, deux représentants du personnel et deux représentants des administrations.

Le quorum est atteint lorsque le Président est présent et que 4 membres sur les 6 ont voté.

Notons que pour la FPH et la FPT, la présence des 2 médecins est obligatoire.

Chaque titulaire a deux suppléants désignés.

Elle est présidée soit par un fonctionnaire placé sous l'autorité du préfet, soit par une personnalité qualifiée qu'il désigne en raison de ses compétences, soit un membre élu d'une assemblée délibérante dont le personnel relève de la compétence de la commission de réforme.

Dans ce cas, un président suppléant, n'appartenant pas à la même collectivité, est désigné pour le cas où serait examinée la situation d'un fonctionnaire appartenant à la collectivité dont est issu le président. Le président dirige les délibérations mais ne participe pas au vote.

- **Les statuts des 3 fonctions publiques**

Le droit à congé spécifique dans le cadre d'un accident de travail (dit accident de service) et plus largement pour raison de santé, figure dans les statuts des fonctionnaires.

Les 3 lois statutaires fixent le statut général des 3 fonctions publiques :

- a) **Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984** modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.
- b) **Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984** modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.
- c) **Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986** modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (les hôpitaux publics ainsi que des établissements sociaux et médico-sociaux, dont certains sont gérés par le Conseil Général).

Chacune des ces lois renvoie à trois décrets particuliers pour les aspects médicaux :

- a) **Décret 86-442 du 14.03.1986 modifié**, pour la Fonction Publique de l'Etat : FPE
- b) **Décret 87-602 du 30.07.1987**, pour la Fonction Publique Territoriale : FPT
- c) **Décret 88-386 du 19.04.1988**, pour la Fonction Publique Hospitalière : FPH.

Pour bénéficier d'un congé de maladie ou de son renouvellement, le fonctionnaire doit obligatoirement dans un délai de 48 heures, adresser à l'autorité dont il relève un certificat médical émanant d'un médecin, d'un chirurgien dentiste ou d'une sage femme ; ce certificat médical doit préciser que l'état de santé de l'intéressé justifie un congé maladie de X jours.

Les décrets suscités et notamment les décrets n° 87-602 du 30.07.1987 et n° 88 - 386 du 19.04.1988 modifiés, fixent les modalités d'octroi de ces congés et prévoient un certain nombre d'obligations auxquelles doivent se conformer les agents parmi lesquels figure le contrôle médical effectué obligatoirement par un médecin agréé.

Les trois Lois et Décrets s'y afférant ont précisé et arrêté le statut et le fonctionnement d'un même Comité Médical pour les trois fonctions publiques en France

II – LES ÉLÉMENTS PROVENANT DE LA RÉFLEXION ÉTHIQUE

Le code de déontologie médicale (figurant dans le Code de la Santé Publique)

Quelque soit le mode d'exercice, les médecins sont tous tenus aux mêmes obligations et devoirs généraux et aux mêmes devoirs envers les malades.

Parmi ces obligations, il en est qui sont des exigences spécifiques à la profession médicale constituant une morale professionnelle s'inspirant d'une éthique médicale.

Le Code de la Santé Publique intègre le code de Déontologie Médicale.

Conformément à l'article R.4122-1 du code de la santé publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

Le Code de Déontologie Médicale était un guide pour tous les médecins dans leur pratique quotidienne au service des patients dans ses articles : (art de 1 à 99).

Dans le cadre de la médecine agréée, l'ancien code de déontologie encadrait notre exercice pour les missions qui nous étaient confiées avec les articles suivants :

a) missions de contrôle :

- article 80
- article 81
- article 82
- article 83

b) missions d'expertises de contrôle :

- article 84
- article 85
- article 86

- **L'éthique médicale et la notion du secret professionnel**

L'enseignement d'Hippocrate a été retenu dans l'ancien code de déontologie médicale qui traitait, en son article **11**, du secret professionnel ; il en posait le principe et en formulait la définition.

Le secret s'appliquait déjà au médecin mais aussi à toutes les personnes l'assistant (conjoint-collaborateur, secrétaires, etc...). Ainsi, la notion du secret était étendue dans les articles 12 et 13 aux personnels employés par le médecin et requérait une protection contre les indiscretions de tout document en sa possession.

L'article **11** du code de déontologie correspondait à l'article 378 du code pénal.

Malgré son caractère absolu, le secret professionnel a vu quelques dérogations légales.

Ces dernières ont été listées par l'Ordre National des médecins en 1991 :

1°) Ainsi, le médecin est obligé par la loi de transgresser le secret dans les cas suivants :

- déclaration des naissances
- déclaration des décès
- déclaration au médecin de la DDASS des maladies contagieuses dont la liste est fixée réglementairement
- déclaration des maladies vénériennes si le malade en période contagieuse refuse d'entreprendre ou de poursuivre le traitement
- déclaration du nom du malade et des symptômes présentés sur les certificats d'internement

- signalement des alcooliques dangereux pour autrui (uniquement pour certains médecins : dispensaires, organisme d'hygiène sociale, hôpitaux, établissements psychiatriques)
- établissement de certificats médicaux détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences, dans le cadre d'accidents du travail et de maladies professionnelles
- transmission à la demande de l'intéressé à l'administration, des renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles.

2°) Et le médecin est autorisé à :

- avertir les autorités compétentes et à témoigner en justice à propos de sévices ou de mauvais traitements infligés à des enfants ou à des personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger ; (on peut retrouver cette invitation au signalement dans le Code Pénal dans son article 226-14 2^{ème} alinéa)
- témoigner avec l'accord des victimes adultes, à propos de violences sexuelles présumées.

- **La culture sociale de l'après guerre**

Avec l'offre faite aux citoyens français de plusieurs types de couverture sociale selon le régime auquel ils appartenaient, la France de l'après guerre s'est voulue solidaire et prévenante de leurs accidents et de leurs maladies.

Les différents régimes obligatoires d'assurance maladie et le grand nombre de régimes spéciaux qui s'y ajoutent, ont vu progressivement leurs garanties s'accroître et de ce fait, les prestations aux ayants droits.

Une culture du droit social s'est développée avec parfois ses effets pervers.

- **La médecine du travail**

Les questions relatives à la santé, l'hygiène et à la sécurité au travail au sein des administrations ont pris de l'importance au fur et à mesure de l'évolution et de l'amélioration de la gestion des personnels tendant vers une véritable gestion des ressources humaines.

L'objectif de cette amélioration a été d'apporter un plus à la qualité du service public et un mieux à l'épanouissement professionnel des agents.

Les principaux textes régissant la santé et la santé au travail dans la fonction publique relèvent des décrets d'application de la loi du 11.10.1946 relative à la médecine du travail.

Le titre I du statut général des fonctionnaires (loi n° 83 – 634 du 13.07.1983), impose à l'employeur public de mettre en place :

« Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique durant le travail ».

- **La médecine agréée**

La médecine agréée comprend dans son exercice 3 aspects

1. La médecine d'investigation dans le cadre d'une visite d'aptitude aux fonctions :

Comme l'indique le statut général des fonctionnaires, *« nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire s'il ne remplit les conditions d'aptitude physique exigées à l'exercice de la fonction »*

- Cette visite d'aptitude à la fonction publique est très large dans sa déclinaison et souvent mal codifiée dans sa réalisation
- Elle est limitée par la difficulté à obtenir les antécédents des postulants
- Elle bénéficie rarement d'un véritable documentogramme
- La méconnaissance des missions qui seront confiées au futur fonctionnaire est souvent la règle

2. Le contrôle des arrêts de travail du fonctionnaire lors des examens au domicile ou au cabinet dans le cadre des arrêts de travail du fonctionnaire, qu'il s'agisse :

- du contrôle de la justification des arrêts en maladie
- de la justification et de l'imputabilité des arrêts et des soins pour accident de service ou pour maladie professionnelle et plus largement de maladie imputable au service.
- de l'octroi des CLM ou des CLD.

3. La médecine d'expertise pour la détermination d'un taux d'invalidité temporaire ou définitif, dans le cadre d'une demande d'attribution d'une d'ATI ou de la mise à la retraite pour invalidité.

Dans toutes ces missions, le médecin agréé devait et doit continuer à tenir compte pour la qualité de la réalisation de son travail de :

- l'intérêt médical du fonctionnaire,
- du contenu législatif et réglementaire du statut

- de la connaissance des données actuelles de la science médicale
et pour la communication de son travail avec ses confrères, de la déontologie médicale.

III – LES ÉLÉMENTS PROVENANT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-ÉCONOMIQUE

- Les statuts des 3 fonctions publiques

Ces statuts ont permis aux fonctionnaires des 3 fonctions publiques : Etat, Territoriale et Hospitalière, une couverture sociale qui s'est révélée très vite et dans bien des cas, être supérieure à celle du régime général.

Ainsi :

- La maladie

En ce qui concerne les CLD, la durée est de 5 ans (alors que dans le régime général la durée des IJ est limitée à 3 ans maximum) et le congé ne peut être interrompu sans reprise du travail. Ainsi certains arrêts prolongés sont pris en charge alors que la pathologie est stabilisée, sans incitation forte à la reprise (d'autant que les employeurs publics ne se montrent pas toujours empressés pour réintégrer des agents), ce qui apparaît particulièrement délétère sur le plan médical et bien souvent injustifié, notamment dans le cadre des maladies mentales, ou même de pathologies cancéreuses, le plus souvent en rémission au bout d'un ou deux ans de traitement.

Dans le cadre des CLM l'arrêt de travail est possible pour 3 années (régime général ou fonction publique) mais les fonctionnaires sont avantagés au niveau financier puisque la 1^{ère} année d'arrêt est à plein traitement.

Les contrôles de ces arrêts maladie des fonctionnaires ont souvent été souvent réalisés par des médecins agréés qui n'étaient pas formés.

- L'accident de service

L'imputabilité au travail d'un grand nombre d'accidents a souvent été peu discutée au sein des commissions départementales de réforme (CDR).

Le fonctionnaire doit apporter la preuve de l'accident et de la relation directe et certaine entre la lésion et l'accident.

Les taux d'IPP en matière d'accidents de service étaient selon l'ancien barème du code des pensions civiles et militaires très inflationnistes.

- **Les autres cas**

Les congés pour cures thermales, les congés pour rechutes d'accident de service ont été pendant très longtemps avalisés dans leur grande majorité sans qu'une réelle justification ait été apportée, notamment en ce qui concerne l'imputabilité des « rechutes ».

B – LES DIFFICULTES DU PRESENT

I - LES ÉLÉMENTS PROVENANT DE L'ANALYSE DU TERRAIN

- Les médecins agréés

Au nombre de 12.000 environ pour la France entière, répartis en médecins généralistes et médecins spécialistes, ils sont nommés par le Préfet dès lors qu'ils ont au moins 3 ans d'exercice, un an d'inscription dans leur conseil départemental, en l'absence de condamnation et sur simple demande de leur part.

Le directeur de la DDASS prend l'avis du conseil de l'ordre et des syndicats représentatifs sur le plan national des médecins libéraux.

On constate un manque de formation de nombreux médecins inscrits sur les listes, dans la mesure où elle n'est pas obligatoire (sauf en ce qui concerne les visites d'aptitude pour les travailleurs handicapés).

Il n'y a aucune évaluation pour l'instant de ces médecins.

Des formations universitaires ont été mises en place : PARIS, puis MARSEILLE, LYON, puis STRASBOURG et NICE.

Elles n'ont malheureusement attiré qu'une faible part des praticiens agréés.

Une Association Nationale des Médecins Agréés a été créée en 1997 à la fin de la 1^{ère} promotion de l'enseignement du professeur DOMONT ; elle s'est commuée en Fédération Nationale des Associations Régionales des Médecins Agréés en 2006.

Des associations régionales ayant progressivement été fondées dans la majeure partie des régions, participent à la formation continue et parfois même initiale des médecins agréés.

Un syndicat des médecins agréés a également vu le jour.

Malgré les efforts de chacun, il n'y a pas encore à ce jour d'harmonisation des enseignements et de reconnaissance de la formation des médecins agréés.

- **Leurs missions**

a) **Lors des visites d'aptitude**

- i. Si le certificat médical d'aptitude est bien établi par le médecin agréé, bien souvent manque la description de l'état de santé du fonctionnaire au moment T (qui doit être contenue dans un document circonstancié et étoffé, comparable à un état des lieux), que l'on peut légitimement qualifier de rapport médical.
- ii. Certaines visites d'aptitude sont spéciales et doivent tenir compte de la loi du 11 février 2005 intitulée : « *Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » qui réforme la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées et qui offre une possibilité d'entrée dans la fonction publique à certaines catégories de personnes handicapées.

Pour ces visites d'aptitude, il ne suffit pas d'être médecin agréé puisque l'article 2 du décret n° 2005-38 du 18 janvier 2005 modifié précise : « *qu'une liste de médecins généralistes agréés compétents en matière de handicaps est établie dans chaque département par le préfet. Cette liste est composée de médecins agréés en application de l'article 1^{er} du décret du 14 mars 1986 sus-mentionné détenteurs d'un diplôme en médecine agréée, lequel est reconnu par arrêté du ministre chargé de la fonction publique* ».

b) **Lors des visites de contrôle**

- i. Soit par méconnaissance, soit par obstruction délibérée, les documents devant être apportés par les fonctionnaires contrôlés sont bien souvent absents.
- ii. En ce qui concerne les heures de sortie malgré la réécriture des certificats d'arrêt maladie, le flou demeure sur les possibilités légales de sortie et notamment règne la plus grande anarchie dans le domaine de la psychiatrie.
- iii. Les certificats d'arrêt maladie de la CPAM sont utilisés par les médecins en l'absence de document spécifique à la fonction publique. Il

n'existe aucun texte dans la fonction publique concernant les sorties autorisées.

De ce fait l'absence d'un agent lors d'un contrôle réalisé à son domicile par un médecin agréé missionné ne peut être sanctionnée (jurisprudence).

La non-réponse à une convocation chez un médecin agréé adressée en recommandé, peut seule être sanctionnable.

c) Lors des expertises médicales

- i. Pour l'octroi d'un CLM ou d'un CLD, pour la reconnaissance de l'imputabilité à un accident de service ou à une maladie professionnelle, la fixation d'une date de consolidation et l'évaluation d'un taux d'IPP, etc... les rapports médicaux ne sont pas toujours correctement rédigés, parfois inexploitable.
- ii. Il y manque souvent une discussion et des conclusions claires qui s'appuient sur une analyse médico-légale cohérente et qui permettent, soit au comité médical, soit à la commission de réforme, d'émettre un avis en toute connaissance de cause puis à l'administration de prendre un arrêté.

- Les instances médico-administratives

Les comités médicaux départementaux (CMD) en bien des endroits sont surchargés par le nombre de dossiers à traiter.

Les dossiers n'y sont pas examinés en collégialité ; c'est à dire par les 2 médecins généralistes (MG) et le médecin spécialiste (SPE).

Souvent les dossiers sont répartis entre les 3 médecins et avalisés ensuite par le groupe constituant le CMD en séance.

En d'autres départements, le CMD est formé par des MG tournants ; les 2 médecins « titulaires » n'existant pas ; la composition du CMD se fait alors au gré du bon vouloir des secrétaires.

Trop d'inexactitudes dans les avis rendus par les comités médicaux et trop d'incertitudes entourent le travail des commissions départementales de réforme où les membres délibérants

sont très souvent inexpérimentés, sans aucune formation et sans connaissance de la législation.

- **Les statuts des 3 fonctions publiques**

Il existe encore quelques différences d'une fonction publique à l'autre mais, dans l'ensemble, on est en train de vivre une réelle harmonisation des 3 statuts. Les récentes décisions gouvernementales en sont une illustration.

Dans la perspective de ce que nous souhaiterions que soient les médecins agréés de demain (médecin conseil des administrations et médecin référent des administrations) ne faudrait il pas que le législateur parvienne à un rapprochement entre les trois fonctions publiques et le régime général d'assurance maladie ? :

- au service d'une meilleure harmonisation
- au nom du principe d'égalité des droits du citoyen français qu'il soit fonctionnaire ou pas
- dans un réel intérêt médical car la « surprotection » sociale a des effets pervers en termes de désinsertion professionnelle puis sociale, avec les conséquences médicales qui ont été bien décrites en lien avec la sédentarité et l'isolement social (obésité, troubles psychiques secondaires...).

Ainsi, comme indiqué plus haut, un CLD de 5 ans ne semble plus du tout adapté aux possibilités thérapeutiques actuelles qui permettent dans l'immense majorité des cas de stabiliser l'affection en moins de 3 ans.

Un premier pas vient d'être franchi avec l'accord signé en octobre 2009 entre les organisations syndicales de fonctionnaires, l'Etat et les collectivités territoriales et hospitalières sur la l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail et sur les accidents de service.

II – LES ÉLÉMENTS PROVENANT DE LA RÉFLEXION ÉTHIQUE

- **Le code de déontologie médicale figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112.**

Il a été modifié lors de la dernière décennie pour prendre en compte de nouvelles dérogations au secret professionnel comme l'autorisation à :

- communiquer lorsqu'il exerce dans un établissement de santé public ou privé au médecin responsable de l'information médicale, des données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité
- transmettre les données nominatives qu'il détient dans le cadre d'un traitement automatisé de données autorisées.

Sa dernière édition date de 2006, ses derniers commentaires de 2001.

Chaque année au mois de janvier, il est réalisé une mise à jour.

Dans le cadre de la médecine agréée, l'édition de 2006 du code de déontologie encadre notre exercice lors de nos missions dans les articles suivants :

a) missions de contrôle :

- article 100 (Art R.4127 – 100 du code de la santé publique)
- article 101 (Art R.4127 – 101 du code de la santé publique)
- article 102 (Art R.4127 – 102 du code de la santé publique)
- article 103 (Art R.4127 – 103 du code de la santé publique)

b) missions d'expertises :

- article 104 (Art R.4127 – 104 du code de la santé publique)
- article 105 (Art R.4127 – 105 du code de la santé publique)
- article 106 (Art R.4127 – 106 du code de la santé publique)
- article 107 (Art R.4127 – 107 du code de la santé publique)

- L'éthique médicale et la notion du secret professionnel

L'enseignement d'Hippocrate a été de nouveau retenu dans le nouveau code de déontologie médicale.

Ce nouveau code de déontologie traite en son article **4** (art R.4127 – 4) du secret professionnel ; il en pose le principe et en formule la définition.

Ses alinéas 6 et 7 portent plus précisément sur :

- le secret et la médecine de contrôle
- le secret et les commissions médico-sociales.

La notion du « secret » est étendue dans l'article **72** (art R.4127 – 72) aux personnels employés par le médecin.

L'article **4** (art R.4127 – 4) alinéa 10, l'article **73** (art R4127 – 73), l'article **96** (art R.4127 – 96) et l'article **104** (art R.4127 – 104) complètent la protection contre les indiscretions de tout document en la possession du médecin.

L'article **4** (art R.4127 – 4) du code de déontologie est très proche en bien des points de l'article 378 du code pénal.

Cet article 378 du CP a été réactualisé et généralisé à toutes les professions dans le nouveau code pénal : article 226-13 ; article 226-14 et article 226-15.

Le secret professionnel dont les dérogations légales à son caractère absolu ont été redéfinies par le Conseil National de l'Ordre des médecins en 1991, est dans certaines circonstances devenu un secret médical partagé.

Dans d'autres circonstances afin d'obtenir ses droits, le fonctionnaire est obligé de porter à la connaissance de tiers certaines caractéristiques de son état de santé.

Au fil du temps et des contraintes administratives, au nom d'un plus grand pragmatisme et d'une meilleure traçabilité, le caractère absolu du secret médical est devenu relatif.

Parallèlement aux nouvelles techniques de l'informatique, de la transmission de l'imagerie, à côté des nouvelles thérapies géniques et ionisantes et du développement de la radiothérapie et de la chimiothérapie, on a vu apparaître une obligation d'information des patients (Loi Kouchner 4 mars 2002).

Ainsi, en ce qui concerne la médecine agréée, tous les rapports médicaux peuvent être portés à la connaissance des fonctionnaires et doivent être archivés et conservés pendant au minimum 30 années.

L'éthique médicale et l'indépendance professionnelle du médecin

L'indépendance professionnelle du médecin est une obligation qui s'impose pour tout exercice de la médecine : salarié ou libéral.

Cette obligation est rappelée dans le Code de Déontologie médicale aux articles suivants :

- Art 83 (soit l'art R.4127 – 83 du code de santé publique)

- Art 91
- Art 92
- Art 95
- Art 100
- Art 101
- Art 104
- Art 105
- Art 106.

Cette nécessaire indépendance du médecin vis à vis de l'administration ou de tout employeur est sans doute difficile et pleine d'embûches puisque les articles qui la garantissent sont aussi nombreux.

Cette indépendance débouche dans bien des cas sur la polémique de la rémunération des médecins conseils, des médecins experts ayant des portefeuilles de compagnies d'assurances ou des médecins agréés libéraux ou salariés, que certaines administrations se sont attachées, selon leur soi-disant « rentabilité ».

L'indépendance et l'éthique du médecin agréé l'obligent à un devoir de formation que rappelle l'article **11** du code de déontologie médicale (article R.4127-11 du code de la santé publique) :

« Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue.

Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles ».

- **L'évolution sociétale**

○ **Le passage à la société de consommation**

- Dans le régime général de Sécurité sociale, on a noté une augmentation du nombre des consultations par individu, ainsi que celle du coût de l'ordonnance standard.
- Cette évolution a été concomitante d'une amélioration du remboursement des frais de santé par la sécurité sociale et par les mutuelles.
- Il y a eu dans les années 80 puis 90 un emballement de ce système que l'on a appelé « consumérisme médical ».

- Cela s'est traduit par des déficits de plus en plus importants de la branche maladie de la caisse nationale d'assurance maladie ; (déficits que l'on a retrouvés dans la plupart des pays développés mais toutefois à un moindre degré).
 - En ce qui concerne les 3 statuts de la fonction publique, il y a eu également une sorte de « consumérisme des droits statutaires » qui ont amené à une certaine dérive voici quelques exemples :
 - certains fonctionnaires ont pu considérer que le congé ordinaire de maladie de trois mois payé à plein traitement leur était dû et qu'il devait être systématiquement utilisé.
 - les 2 dernières années d'exercice ont parfois été considérées par certains fonctionnaires comme des années de « pré retraite » avec allégations de troubles psychiques ou de grande fatigue nerveuse.
 - en ce qui concerne les CLM, beaucoup de fonctionnaires ayant bénéficié d'une année de CLM, reprenaient ensuite leur exercice professionnel pendant une année à mi-temps thérapeutique afin de récupérer l'ensemble de leurs droits à congés et redemandaient aussitôt à bénéficier d'un nouveau CLM pour la même pathologie en toute légalité l'année suivante.
- Or dans bien de ces cas, il n'y avait pas de différence clinique entre l'état de santé à la fin du 1^{er} CLM et l'état de santé au début du 2^{ème} CLM.

○ **La notion de responsabilité**

Nous rappelons la loi n° 2002-303 du 04.mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite loi KOUCHNER), au niveau de son Titre II, traitant de la démocratie sanitaire, dans son Chapitre II traitant des droits et responsabilités des usagers au niveau de l'Article 11 on retrouve dans le chapitre premier, « *l'information des usagers du système de santé et expression de leur volonté* », l'Art. L 1111-7 qui stipule :

« toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenue par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du

traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, ... »

Depuis cette loi, tous les rapports médicaux rédigés par les médecins agréés peuvent être portés à la connaissance des fonctionnaires examinés. Précisons toutefois que dans le cadre des missions du médecin agréé, le rapport médical est intégré dans la partie médicale du dossier administratif de l'agent et que sa communication était déjà précisé à l'article 6 de la loi n° 78-735 du 17 juillet 1978.

Elle impose aux médecins agréés (lesquels n'en ont pas toujours eu conscience) un certain discernement dans la mesure où ils peuvent être pris à partie (ou poursuivis en justice) sur la teneur de leurs écrits.

Pour exemples

1°) Dans le cadre de la visite d'aptitude à l'entrée dans la fonction publique, (étant donné les conséquences financières encourues par les assureurs des risques de certaines collectivités territoriales) :
il est de plus en plus recommandé d'établir lors de cette visite d'aptitude un véritable rapport médical le plus exhaustif possible pour se prémunir :

a) de poursuites potentielles de certains fonctionnaires examinés :
le risque peut apparaître du côté de l'agent en cas de restriction d'aptitude, car il peut faire appel au CMD (d'où l'intérêt d'un rapport précis, car en général, averti par l'expérience, il cache soigneusement ses antécédents ou son état actuel au médecin missionné par le CMD), mais va aussi souvent sur le terrain de la discrimination en saisissant la HALDE, le maire, le préfet, le président de la République... en disant qu'on ne l'a pas examiné, qu'on lui a parlé de façon désagréable, etc...

b) de poursuites potentielles ultérieures de l'assureur de la collectivité.
En effet, l'assureur peut demander une expertise médicale avec recherche d'un état antérieur.

Si l'état antérieur était présent le jour de la visite d'aptitude à l'entrée dans la FP mais non signalé par le médecin agréé examinateur, et que cet état antérieur soit la cause d'une véritable divergence entre les conclusions du médecin agréé lors de l'examen d'aptitude et l'état de santé réel dans les mois qui suivent la titularisation du fonctionnaire, le médecin agréé ayant fait la visite d'aptitude peut être poursuivi pour rétention d'information ou obstacle à l'expression de la vérité.

C'est pour cela qu'il faut se rappeler qu'il faut absolument vérifier l'absence de pathologie évolutive et plus largement l'existence d'un état antérieur.

2°) Dans le cadre de la visite d'aptitude en matière de reprise du travail après maladie ou accident de service, la responsabilité du médecin agréé ayant réalisé cette visite est engagée dès lors que cette reprise du travail est « sous conditions » en cas de survenue de complications postérieures à la reprise.

C'est pour cela qu'il faut que l'expert s'enquière de la description du poste de travail et surtout demande et joigne l'avis du médecin de prévention de l'administration dont dépend l'agent.

Il y a là un réel risque où la responsabilité du médecin agréé peut être engagée (en cas d'aggravation chez l'agent ou même de risque pour l'entourage dans le domaine de la psychiatrie).

La mission du médecin agréé consiste à dire si l'arrêt de travail est justifié au jour de l'examen ; il ne peut et ne doit en aucun cas donner un avis sur la période antérieure à la date de l'examen ou sur une reprise à une date ultérieure.

○ **La notion d'imputabilité**

- Pour éviter les pièges d'une décision prise en absence d'une connaissance complète des circonstances de l'accident, seule l'imputabilité médicale doit être étudiée dans le cas où l'administration le demande.

Le médecin agréé doit simplement dire si la lésion est en relation directe et certaine avec les circonstances de l'accident déclaré, ou si la

maladie est en relation directe et certaine avec l'activité professionnelle de l'agent ; dans ce cas, il devra en outre préciser ici si les critères d'un des tableaux du régime général sont réunis.

- La recherche d'un état antérieur anatomique ou fonctionnel sera systématique car le médecin doit en discuter le rôle dans la genèse de la blessure déclarée ou de la maladie du fonctionnaire au moment de la discussion de l'imputabilité au service ou lors de l'évaluation d'un taux d'IPP.

○ **Le droit à réparation**

- Pendant très longtemps le droit à réparation a été « le cheval de bataille » des syndicats ou associations de défense des victimes pour qu'un agent accidenté ou qu'un agent malade puisse avoir une contrepartie financière à son handicap (la prévention n'étant pas au devant de la scène pendant ces périodes passées).
- Depuis l'arrêt Moya-Caville, le fonctionnaire peut prétendre à une réparation de ses dommages patrimoniaux, au-delà de l'indemnisation forfaitaire prévue en cas d'AS ou MP, sans que la faute de l'employeur soit mise en cause.
- En cas de responsabilité de l'employeur, l'agent peut prétendre à une réparation « ad integrum » intégrant le préjudice professionnel, s'il est prouvé qu'il y a eu un véritable manquement dans les règles de prévention et de sécurité ; car l'employeur a le devoir d'assurer la sécurité.
- Grâce à la mutation de la médecine du travail en véritable médecine de prévention et compte tenu d'une meilleure compréhension de la santé au travail par les ressources humaines, à côté du droit à réparation, une politique de prévention a été mise en place qui a privilégié la recherche des situations de risques au travail pour les réduire voire les supprimer.

- Mais tout comme la médecine agréée n'est pas reconnue, la médecine du travail et préventive est sinistrée et sans réel moyen, voire inexistante comme à l'Education nationale...

○ **La notion du handicap**

- Pendant très longtemps, lors de la visite d'aptitude, la connaissance d'un handicap était rédhibitoire pour l'aptitude à la fonction aux fonctions.
- Dorénavant, la visite d'aptitude doit tenir compte de la loi du 11 février 2005 intitulée : « *Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » qui réforme la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapée et qui offre une possibilité d'entrée dans la fonction publique à certaines catégories de personnes handicapées.
- D'ailleurs l'article 2 du décret n° 2005-38 du 18 janvier 2005 modifié précise : « *une liste de médecins généralistes agréés compétents en matière de handicaps est établie dans chaque département par le préfet. Cette liste est composée de médecins agréés en application de l'article 1^{er} du décret du 14 mars 1986 sus-mentionné détenteurs d'un diplôme en médecine agréée, lequel est reconnu par arrêté du ministre chargé de la fonction publique* ».
- Les médecins agréés habilités aux examens d'aptitude à l'entrée à la fonction publique des personnes handicapées doivent donc être détenteurs d'un diplôme de médecine statutaire et de médecine agréée et devraient être référencés sur une liste départementale par la préfecture.
- Depuis la loi sur le handicap, l'administration est tenue de proposer à l'agent que la maladie ou l'accident a rendu handicapé, soit un aménagement de son poste de travail, soit un poste adapté à son état, soit un reclassement professionnel.

- Pour les handicapés qui souhaitent rentrer dans une des 3 fonctions publiques la loi a prévu un certain nombre de droits et oblige chaque administration à avoir au moins 6 % de handicapés dans ses effectifs.
- Cependant il n'y a pas eu de réflexion sérieuse sur le devenir de ces personnes handicapées. Or l'affection responsable du handicap est le plus souvent évolutive et mène fréquemment à des situations d'invalidité précoce.

Hormis le cas où le taux d'invalidité est supérieur à 60 % (d'autant plus rare que l'état antérieur doit être déduit du taux au dernier jour valable), le montant des retraites pour invalidité versées lors de l'inaptitude est extrêmement bas au vu de la faible ancienneté.

Employées dans le régime général, ces personnes auraient probablement pu bénéficier d'une invalidité catégorie 1 ou 2.

Il y a là une carence de prise en charge et une iniquité sur laquelle le législateur ne s'est pas penché.

III – LES ÉLÉMENTS PROVENANT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-ÉCONOMIQUE

- le statut des 3 fonctions publiques

La volonté politique du gouvernement est de réduire de façon conséquente le nombre des fonctionnaires français pour rejoindre la moyenne des autres pays européens.

Ce choix découle essentiellement d'une nécessité politique d'économie budgétaire.

Dans l'avenir, il sera probablement difficile d'aligner les droits des fonctionnaires avec ceux des salariés affiliés au régime général de sécurité sociale.

Dans la Fonction Territoriale, les Centres de Gestion (CDG) ont reçu la charge de gérer l'organisation et le fonctionnement des comités médicaux et des commissions de réformes, tout comme en matière de médecine de prévention.

Ces centres de gestions s'y sont engagés formellement.

Dans ce contexte politique, cela traduit la volonté du retrait de l'état au profit des collectivités territoriales.

- **L'allongement du temps de travail**

La nécessité pour équilibrer les caisses de retraite y compris celles des fonctionnaires, a amené après discussion au parlement à l'allongement du temps de travail de manière à garantir notre système de retraite par répartition (concept cher au cœur des français).

En ce qui concerne la médecine agréée, avec l'allongement du temps de travail, le vieillissement va conduire à gérer beaucoup plus de pathologies intéressant l'appareil locomoteur, l'appareil cardiovasculaire, les maladies professionnelles, la cancérologie et les maladies neuropsychiques.

A ce nouveau défi pour les médecins agréés, s'ajouteront les difficultés d'aménagement de postes et plus largement la gestion du handicap au travail, ce qui pourrait aller à contre-courant des droits des personnels handicapés.

- **La maladie**

Grâce aux progrès de la médecine et notamment à ses moyens d'aide au diagnostic, certaines pathologies locomotrices, rhumatologiques, cardiovasculaires, oncologiques sont découvertes plus précocement ; ces pathologies sont découvertes plus précocement dans leur déroulé pathologique.

Dans certaines régions, on a vu les demandes de CLM pour ces pathologies en augmentation depuis les deux dernières décennies ; elles émanent par ailleurs de fonctionnaires de plus en plus jeunes.

Cependant on observe des tendances différentes dans d'autres régions qui bénéficient d'un équipement hospitalo-universitaire car les cliniciens remettent vite sur pied certains porteurs de pathologies autrefois très invalidantes comme la PR et évitent des décompensations cardiaques ou diabétiques.

Parallèlement à cette élévation d'incidence de ces pathologies, eu égard à l'amélioration des possibilités thérapeutiques de ces dernières (exemple ci-dessus), les médecins agréés devront s'attacher à faciliter et encourager la reprise des fonctions dès lors qu'il y aura une rémission pérenne.

- **L'accident de service**

Deux points sont fondamentaux et devront être systématiquement évoqués par le médecin agréé :

- l'imputabilité médicale
- l'état antérieur

Malgré l'amélioration de la prise en charge des accidents de service, la durée moyenne des arrêts de travail dans le cadre des accidents de service reste nettement au-dessus de la durée moyenne des accidents de la vie privée et notamment des accidents de sport.

Un travail en profondeur reste à faire sur ce point entre les différentes catégories des médecins intéressés et avec les représentants des personnels, les syndicats, les assureurs et les représentants des employeurs.

Le nouveau code des pensions civiles et militaires de 2001 est maintenant bien utilisé sur presque tout le territoire français mais sa déclinaison reste encore quelquefois très étonnante en terme de fixation des taux d'IPP.

- **Les maladies professionnelles**

Nous avons vu qu'elles sont en constante augmentation, plus particulièrement les TMS.

Alors que la durée du travail a été réduite à 35 heures, que des progrès importants en matière de robotisation ont été faits, comment expliquer cette tendance sinon par une réelle prise en compte de la santé au travail qui ne l'était pas par le passé.

Cette forte inflation s'explique par une médiatisation dans laquelle le rôle des médecins du travail et le rôle des médecins de prévention ne sont pas des moindres ; en effet, depuis maintenant 3 ans, une politique de déclaration des MP est prônée par nos collègues médecins du travail qui a été plus que relayée par les organisations syndicales, l'assurance maladie et le gouvernement avec notamment la campagne nationale de diffusion sur les TMS.

Ce choix de la prise en compte des risques professionnelles et de la souffrance au travail, de la prise en charge et de leur prévention est maintenant relayé outre par les médecins, par la sécurité sociale elle même.

Pour les médecins agréés, discuter l'imputabilité au service d'une maladie ne revient pas uniquement à vérifier que les critères de reconnaissance définis dans un tableau de maladies professionnelles soient réunis mais, après avoir éliminé un diagnostic différentiel, à asseoir ses conclusions sur une analyse médico-légale qui prouve sans discussion possible l'établissement d'un lien de causalité direct et certain entre la maladie et l'exercice habituel des fonctions de l'agent. (Maladie reconnue d'origine professionnelle).

Malheureusement dans une grande majorité des expertises qui sont soumises aux commissions médicales départementales ces discussions sur le diagnostic étiologique et sur le lien de causalité sont absentes.

- **Le TPT (Temps Partiel pour raison Thérapeutique)**

Le TPT est au cœur d'une réflexion médicale, administrative, sociétale et politique.

Le TPT a remplacé le mi-temps thérapeutique (MTT) et son octroi a été élargi par le législateur pour permettre de favoriser plus largement les modalités d'aménagement de la reprise du travail en en augmentant les critères d'attribution.

Pour les médecins agréés et la FNAMA, la loi qui a été adoptée devait aller plus loin et réduire la durée de l'arrêt de travail préalable à l'octroi du TPT.

Un travail de réflexion à l'occasion des 6^{èmes} journées de la médecine agréées de Bordeaux en 2006 avait abouti à une proposition de la FNAMA bien plus ambitieuse mais l'amendement qui a été porté au Sénat n'a pas été retenu.

Une nouvelle proposition sera présentée aux pouvoirs publics en 2010 par la FNAMA.

Médicalement, le TPT doit toujours être une modalité de reprise quel que soit le motif de l'arrêt de travail (maladie, accident de service ou maladie professionnelle).

Au niveau social, il doit permettre une meilleure réintégration et le maintien à l'emploi des agents atteints de maladie ou victimes d'un accident de service avec une pérennité fonctionnelle sur site.

Au niveau politique, une proposition de loi a d'ailleurs été faite pour permettre un travail au domicile des malades ou victimes d'accident de service. Ce choix de maintien temporaire ou définitif, type télétravail, est parfaitement réalisable mais serait plus facilement applicable s'il était légiféré sur ce point.

Cette proposition a été pour l'instant suspendue mais non retirée !

On voit bien que l'aménagement horaire quotidien du temps de travail, sur site ou au domicile, en parallèle des potentialités physiques de l'agent fonctionnaire reste l'élément fondamental pour le législateur et c'est en fonction de ce nouveau paradigme que le médecin agréé devra composer.

- Les nouvelles pathologies

Les fibromyalgies, le syndrome de fatigue chronique, des pathologies pour lesquelles la vaccination est mise en cause, sont l'objet de recherches médicales, d'essais thérapeutiques et leurs cadres nosographiques ne sont pas encore définitivement arrêtés...

Les pathologies provoquées par le harcèlement, les suicides, le stress au travail, etc... sont autant de sujets nouveaux à explorer et à traiter.

Les arrêts rendus par le Conseil d'Etat font petit à petit évoluer la jurisprudence comme par exemple pour la reconnaissance de l'imputabilité au service d'une dépression ou pour l'imputabilité ou non d'une sclérose en plaques à la vaccination anti-hépatite B.

(Pendant l'année 2009, nous avons malheureusement connu une actualité dans ce domaine avec les suicides de salariés de France-Télécom, mais d'autres cas se font jour dans les administrations qui jusqu'alors n'était ni déclarés ni médiatisés)

Sur le plan médical, on sait qu'un consensus d'experts permet un point d'appui très utile pour motiver une décision.

La FNAMA a plusieurs commissions qui travaillent sur différents thèmes à partir d'audits auprès de ses adhérents de toutes les régions de France.

Ces commissions consignent ensuite une synthèse de leurs travaux et rédigent des recommandations.

Mais ces initiatives de la FNAMA manquent probablement d'une reconnaissance officielle pour assurer leur légitimité..

Ainsi malgré les cahiers de recommandations distribués par la FNAMA après les quatre dernières Journées Nationales, il n'y a toujours pas d'application sur le terrain : c'est à dire au niveau des comités médicaux ou des commissions de réforme.

La volonté gouvernementale est de voir le comité médical supérieur devenir promoteur de ces recommandations.

Le décret **n° 2008-1191 du 17 novembre 2008** indique ainsi que « *le comité médical supérieur assure sur le plan national la coordination des avis des comités médicaux et formule des recommandations à caractère médical relatives à l'application du statut général* ».

Il serait donc souhaitable que cette instance (ainsi que les tribunaux administratifs appelés en recours, notamment sur des missions dévolues aux commissions de réforme), s'appuient sur nos travaux de réflexion et puisse en favoriser l'impulsion et la diffusion.

La présidente du CMS a été invitée au sein du conseil scientifique et de nos journées nationales, mais n'a pu être présente, et nous constatons actuellement aucune participation active aux réflexions des médecins agréés.

Faut-il y voir un manque de moyen ou des difficultés de mise en place dans ce nouveau rôle, malgré le rappel que nous en a fait monsieur TALVAS, chef de cabinet de monsieur Eric WORTH, ministre du budget, des comptes publics et de la Fonction Publique, dans un courrier adressé à la présidente de la FNAMA le 23 juin 2009 ?

C - LES PROPOSITIONS POUR UN MEILLEUR AVENIR

I – LES GRANDS CHANTIERS

La visite d'aptitude = VA

L'objectif de ce chantier pourrait être :

- définir l'utilité de la visite d'aptitude, et en rappeler son but
- donner des conseils pour sa réalisation (questionnaire ? type d'examens ?, retranscription des notes, etc ..)
- la formulation des conclusions et le mode de leur transmission
- la définition de critères d'aptitude, particuliers à certaines professions

amenant à la réalisation d'un « guide de la visite d'aptitude à l'usage du médecin agréé ».

Elle est un des aspects les plus difficiles de la médecine agréée car la quête des antécédents et la relève des signes cliniques potentiels en l'absence de pouvoir d'investigations paracliniques, sont un exercice particulièrement ingrat requérant du doigté, de la communication et beaucoup de pédagogie pour approcher de la vérité.

La conclusion de la VA est l'élaboration d'un certificat d'aptitude aux fonctions postulées, remis au futur agent de la fonction publique.

Nous considérons que la VA est un élément fondamental dans l'exercice de la médecine agréée car elle engage à partir de son contenu, à un suivi médical qui sera ainsi référencé.

Les médecins agréés devront se prémunir contre le risque de dérive que feraient peser sur eux les conséquences financières en terme de garantie des risques.

Lorsqu'il existe un état antérieur le médecin agréé devra obligatoirement établir un descriptif.

Ce rapport médical devra être gardé dans les archives du médecin agréé, pendant toute la durée de l'exercice professionnel de l'agent.

Une copie de ce rapport médical devrait être adressée au secrétariat du comité médical départemental compétent.

Dans les mégapoles ou dans les grands hôpitaux universitaires, l'archivage de ces copies au niveau du secrétariat du CMD apparaît aujourd'hui peu réalisable sous la forme papier ; mais demain une copie pourrait être adressée par voie électronique sécurisée pour archivage au dossier informatique de l'agent.

Il va de soi que ce rapport médical devra être le plus exhaustif possible requérant une procédure d'expertises type « assurantiel » en s'entourant d'un documentogramme le plus fourni possible. Mais il est couvert par le principe du secret médical et ne devra en aucun cas être transmis à une quelconque administration, encore moins à un assureur quand bien même il l'exigerait.

Le temps partiel pour raison thérapeutique = TPT

Le passage du mi-temps thérapeutique au temps partiel pour raison thérapeutique a été très rapidement intégré par les administrations et les instances : Comité médical et Commission de réforme.

Toutefois, nous avons noté avec le recul de ces 2 dernières années, une tendance majoritaire à user du mi-temps.

Il apparaît également dans la démarche et dans son utilisation, quelques difficultés liées plus particulièrement à :

1°) La procédure du TPT imposée par la loi

La loi nécessite obligatoirement la saisine préalable du Comité médical ou de la Commission de réforme selon que l'on soit dans un cas de maladie ou dans celui d'un accident de service selon le cas (maladie ou accident de service/maladie professionnelle).

Il semble qu'une simplification de la législation permettrait une application plus rapide du temps partiel pour raison thérapeutique.

Ceci permettrait d'éviter :

- dans certains cas, l'attente de l'avis de l'instance concernée et donc d'éviter le retard de mise en œuvre
- et

- dans d'autres cas, éviterait de mettre l'instance devant le fait accompli, lorsque la reprise s'est déjà faite.

Il serait en effet plus simple, comme cela est maintenant prévu pour l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie, que l'administration s'appuie sur l'avis d'un médecin agréé.

Ceci à la condition qu'il y ait une nécessaire coordination avec le médecin agréé et le médecin de prévention ou le médecin du travail.

Cela permettrait de mettre en place le temps partiel pour raison thérapeutique et d'en définir la quotité et la durée dans un délai beaucoup plus bref qu'il ne l'est actuellement en passant par le Comité médical et la Commission de réforme.

2°) Du temps nécessaire pour l'octroi d'un TPT

Nous avons, avec la Fédération nationale et les associations régionales de médecins agréés, fortement désiré avant que la loi ne soit promulguée un aménagement de temps nécessaire d'arrêt de travail.

Il s'agit essentiellement de la possibilité d'octroyer un temps partiel pour raison thérapeutique non pas après 6 mois continus de congé ordinaire de maladie mais après 3 mois.

3°) L'absence de précision sur le TPT dans la vie professionnelle d'un agent

Nous sommes toujours dans la même difficulté d'interprétation d'un texte incomplet et mal rédigé concernant le temps partiel pour raison thérapeutique après accident de service, accident de trajet ou maladie d'origine professionnelle.

En effet, si le TPT est une possibilité de reprise des fonctions, il n'est pas précisé si ce temps partiel peut être accordé plusieurs fois dans la carrière pour un même événement accidentel ou pour la même maladie et dans quelles conditions si un renouvellement peut être octroyé.

Cela laisse trop d'incertitudes et il est inévitable que selon les CDR, les modalités d'octroi du TPT varient considérablement d'une extrême à l'autre.

Cela laisse manifestement la porte ouverte aux abus, qu'il soit dans un sens ou dans un autre, entraînant une inégalité de traitement des fonctionnaires selon leurs lieux d'exercice :

- par une interprétation « large », le TPT est accordé après chaque arrêt de travail ou après chaque rechute
- en cas d'interprétation restrictive du texte, octroi d'un an de TPT pour un seul événement dans la carrière, ce qui réduit considérablement les possibilités de réinsertion et de maintien à l'emploi.

La solution devrait pouvoir être négociée, mais une clarification est absolument nécessaire sur ce sujet.

Enfin, il apparaît que les médecins du travail, tout au moins dans la fonction publique hospitalière, usent et abusent des propositions de reprise à TPT, lui faisant ainsi perdre tout sens logique et sans prendre en compte les critères qui la définissent.

C'est sans doute pour cette raison que l'intervention préalable des instances a été maintenue, correspondant peut-être à la volonté du législateur de conserver un contrôle préalable obligatoire.

Malheureusement il semble que les avis rendus par les différents comités et par les différentes commissions soient les mêmes pour toutes situations ; par exemple celles-ci interviennent rarement sur la quotité qui est un des éléments important du TPT et accordent volontiers un TPT à 50% pour tout le monde et pour tout renouvellement.

Le rôle d'harmonisation des pratiques dévolu au CMS par le décret du 17.11.2008 devrait normalement régler le problème au niveau des comités mais rien n'existe pour harmoniser les avis rendus par les CDR et CMD.

La mise en place d'un suivi épidémiologique par la création d'un observatoire de la maladie

- En ce qui concerne les pathologies

On pourrait identifier les pathologies prévalentes ou repérer au plus vite des pathologies ayant une nette augmentation de leurs incidences, à partir des données statistiques des différents CMD, soit pour une région donnée, soit pour la France entière.

Ceci permettrait une plus value en terme de protection de la santé des fonctionnaires ; un peu comme cela a été fait dans le cadre de l'accident de service par les médecins de prévention au sein des différentes entreprises ou des grands services de la fonction publique.

Ceci permettrait de dégager des propositions d'évolution du système de prise en charge des pathologies nouvellement prévalentes.

- En ce qui concerne l'espace « arrêts de travail »

Dont la cause peut être une maladie ou un accident de service, compte tenu du projet de loi qui permettrait à certaines personnes en arrêt de travail de continuer à travailler chez elles (projet de loi qui a été retiré sous la pression syndicale) et compte tenu que dans la fonction publique en France, le TPT envisage l'interconnexion arrêt de travail et possibilité de poursuites d'activités professionnelles, la FNAMA devra réfléchir afin éviter les écueils économiques et les dérives politiques, qui pourraient survenir au détriment de la santé des agents au travail.

- En ce qui concerne le coût pour les collectivités

A partir des avis donnés au niveau en CMD, il faudrait faire une estimation des profils de coûts engendrés par les congés maladie accordés par le CMD :

Cela repose sur l'étude des profils des principales pathologies présentées au CMD avec leur durée d'arrêt de travail.

Il faut y inclure le repérage des décades de vie des agents, intéressées par les pathologies entraînant les CLD.

Auxquels on peut adjoindre une évaluation des refus ou des corrections apportés par les 2 commissions médico-administratives départementales, CDR et CMD par rapport aux propositions des MA experts.

Etc..

II – LES OUTILS

Médico-administratifs

- Le code des pensions civiles et militaires de 2001 établi par un groupe de médecins généralistes et de médecins spécialistes agréés :

Il pourrait être revu tous les 10 ans afin de tenir compte des acquis thérapeutique et diagnostique, de l'évolution scientifique médical.

- Les modèles d'imprimés pour expertises médicales :

Ils doivent être revus notamment par le service des Pensions et la Caisse des Dépôts et Consignations en lien avec les médecins agréés reconnus comme référents.

Exemple de l'AF3.

- La rédaction de modèles de missions d'expertises plus étoffées permettant la production de meilleurs rapports médicaux.

- Une fois listées les missions d'expertises des médecins agréés, il faudrait constituer un dossier type par mission afin que les médecins agréés puissent répondre, en toute connaissance de cause, aux questions qui leurs sont posées.

Médicaux

- L'enseignement de la médecine statutaire et de la médecine agréée à l'université a permis l'obtention de véritables diplômes universitaires de médecine statutaire et de médecine agréée. Cet enseignement reste encore toutefois limité à quelques grandes villes comme Paris, Marseille, Lyon, Strasbourg, Nice.
- Les formations décentralisées ou médiatisées (telle que la visioconférence) ont permis une réactivité de bon aloi pour faire face à une demande très forte des médecins agréés sur toute la France et doivent être développées dans les DOM sous couvert de partenariat entre universités de métropole et d'outre-mer.
- L'Association Nationale de la Médecine Agréée puis la Fédération Nationale de la Médecine Agréée ont développé une politique de communication et d'information qui doit être intensifiée et soutenue par les instances administratives.
- La méthode d'évaluation des connaissances et du savoir faire par le TCS devrait permettre :
 - Une évaluation des pratiques médicales :
 - en commission médico-administratives
 - pour les examens d'agents en accidents de service
 - pour les examens d'agents en maladie professionnelles
 - pour les examens d'octroi à ALD
 - pour les visites d'aptitude
 - etc...
 - Un outil pouvant servir à la validation des acquis
- Les travaux des Journées Nationales doivent être diffusés notamment les synthèses des travaux de médecins experts sur certaines pathologies ; ces synthèses pourraient être considérées avec quelques aménagements dans la méthode de travail : conférences de consensus.

- Ainsi,
 - 2003 = Fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique
 - 2004 = Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur
 - 2006 = Le rachis cervical
 - 2008 = La pathologie lombaire
 qui ont été les conclusions des travaux des différentes commissions lors des journées nationales de la FNAMA.
- En effet, ces recommandations perdent leur intérêt si elles ne sont appliquées que par quelques initiés.

III – LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES MEDECINS AGREES = MA

L'univers semble se raccourcir par la médiatisation à outrance et la rapidité d'acquérir les informations avec l'Internet.

A nous de trier parmi le flot de toutes les informations reçues, celles qui sont fondamentales, intéressantes et nécessaires ; à nous de créer une base de savoir qui soit vérifiée, validée et acceptée de tous.

Notre société est en crise ballottée entre la régression économique et la mutation des valeurs ; une quête personnelle est de plus en plus de mise, à côté des choix offerts par les institutions et la morale sociale.

Ressources, environnement, marché, consommation, richesses, développement durable, qualité de vie, sécurité individuelle et santé sont les thèmes qui abondent dans les médias et hantent les réflexions.

Pour autant le médecin agréé doit continuer à répondre à ses missions en intégrant ces grandes variations sociétales et en respectant toujours la même éthique.

A partir de l'image que les fonctionnaires ont de nous, ne pourrions nous pas établir une matrice, un cadre, une véritable identité pour les médecins agréés de demain ?

- Le médecin agréé n'est pas un médecin conseil de sécurité sociale même si comme lui, il se voit confier des missions d'expertise médico-sociale (vérification de l'application des statuts en matière de maladie ou d'accident de service) car il ne peut porter un jugement sur les traitements et les soins donnés à l'agent. Il n'est rien prévu pour

échanger directement des informations médicales entre le médecin agréé et le médecin traitant.

- Le médecin agréé n'est pas un médecin conseil de compagnie d'assurances car il n'a pas de « portefeuille » auprès d'une administration. Il s'en rapproche toutefois dans la mesure où l'avis qu'il adresse à l'employeur public de l'agent est consultatif et ne s'impose pas à lui.
- Le médecin agréé n'est pas un médecin expert au sens judiciaire du terme ; pour autant il doit être expert en matière « médico-statutaire ».

C'est cette expertise, ce savoir en matière statutaire, qui devrait justifier l'agrément.

L'inverse n'est pas vrai : l'agrément ne suffit pas pour être un spécialiste en matière statutaire même si on est un bon clinicien.

Nous pensons qu'il faut arriver à constituer un corps de médecins agréés, peut être moins important, mais constitué de médecins agréés formés et reconnus comme tels par les pouvoirs publics.

Ceci suppose une aptitude préalable avant l'inscription sur la liste préfectorale de ces médecins agréés (comme c'est maintenant le cas pour les experts médicaux des cours d'appel par exemple).

L'appartenance à ce groupe permettra aux médecins agréés de demain d'évoluer en sécurité, dans un cadre référentiel commun à tous, articulé par des pratiques harmonisées :

- en amont sur le plan de la formation médico-statutaire
- en aval, sur le plan de l'exercice de la médecine agréée et statutaire.

Les autorités institutionnelles ont tout à gagner dans l'harmonisation des pratiques et la qualité de la formation des médecins agréés car elles impliquent des enjeux à la fois financiers et sociaux pour lesquels la pression politique sera toujours forte.

Que ce soit lors de la visite d'aptitude (où il exerce une médecine d'investigation), lors d'un examen de contrôle (où il exerce une médecine d'accompagnement et de suivi) ou lors d'une expertise (où il exerce une médecine globalisant la problématique de l'agent malade ou accidenté) le médecin agréé devra tenir compte du cadre statutaire et législatif, ne pas méconnaître les dernières données de la médecine (en ce qui concerne les moyens de diagnostic, les cadres nosographiques, les données cliniques et toutes les thérapeutiques

possibles pour la pathologie exposée) ; c'est à dire posséder un art accompli et une expérience certaine.

Tout ceci mérite de la part des pouvoirs publics (autorité de tutelle et législateur) une reconnaissance assise sur un partenariat plus qu'une collaboration et une juste rémunération en proportion du travail rendu.

a) Lors de la visite d'aptitude

Le médecin agréé devrait pouvoir avoir accès à tous les documents se rapportant à la santé du futur agent.

Ainsi, on pourrait souhaiter que les renseignements fournis par l'agent deviennent opposables permettant d'éviter qu'une volonté délibérée occulte certains antécédents.

Si tel était le cas, la supercherie devrait être sanctionnée par le refus de prise en charge en CLM, en CLD, ou en retraite pour invalidité

Une mission type doit être signifiée pour toute la fonction publique.

Hormis les modalités prédéfinies d'aptitude de certaines fonctions comme les fonctions de sécurité, la procédure de l'examen pour la visite d'aptitude devrait également être uniforme et répondre à un exemple type accepté par tous, exemple inspiré de la visite d'aptitude dans le cadre de la médecine assurancielle.

Un rapport médical devrait être adressé par le médecin agréé au secrétariat du comité médical départemental.

Un exemplaire devrait également être obligatoirement archivé par le médecin agréé.

Des conclusions seulement administratives seront rendues à l'administration dont relève le futur agent.

Dans le cas du non respect d'une de ces conditions, le médecin agréé doit pouvoir récuser sa mission sans qu'il n'y ait de sanction de la part de l'administration ou des autorités de tutelle.

b) Lors des visites de contrôle au domicile ou au cabinet

De part les habitudes, il faut bien reconnaître que la visite de contrôle au domicile (encore appelée « contre visite ») est devenue rarissime et que les administrations préfèrent une consultation médicale au cabinet du médecin agréé.

Les visites de contrôle devraient être réservées pour les personnes véritablement handicapées ne pouvant se mouvoir facilement.

L'administration devrait communiquer au MA tous les documents en sa possession avant la réalisation par le médecin agréé de la visite de contrôle.

Dans la réalité des choses, le MA a peu de temps pour prévenir le médecin traitant de l'agent. Ainsi est il nécessaire que les conditions d'un strict respect des articles de la déontologie médicale qui encadrent cet exercice de la médecine de contrôle soient réalisées.

Pour faciliter le travail de l'administration, il faut dans ce cadre de la visite de contrôle que la rédaction et l'envoi des conclusions du MA soient faits dans les plus brefs délais.

Nous sommes nombreux à penser qu'il faudrait que le médecin agréé « visiteur » établisse un rapport médical suite à sa contre visite médicale, de manière à justifier l'avis qu'il a donné dans ses conclusions administratives au cas où un agent saisisse le comité médical dans le cadre d'une contestation de la non-justification d'un arrêt de travail.

c) Lors des expertises médicales en maladie ou accident de service

La rédaction des rapports médicaux nécessite à côté d'une expérience certaine de la clinique et de la thérapeutique des pathologies médico-chirurgicales, une formation réelle dans le domaine de l'expertise médicale.

Nous pensons que dans tous les départements un corpus de MA compétents dont l'expérience soit reconnue, doit être établi et listé.

Les différentes administrations devraient missionner un MA faisant partie de ce corpus.

De cette façon, nous aurons résolu les problèmes des documentogrammes partiels, des examens cliniques escamotés, des discussions inexistantes et des conclusions trop floues.

Le problème reste qu'il y a peu de médecins agréés disposés pour une faible rémunération, à s'investir dans ce genre de pratique de la médecine.

**d) Lors des séances du Comité Médical Départemental = CMD ou Commission
Départementale de Réforme = CDR**

La participation à de telles commissions nécessite à notre avis une grande connaissance des droits statutaires et du statut des 3 fonctions publiques, à côté d'une solide expérience médicale dans les aspects cliniques et d'un savoir toujours renouvelé dans le versant thérapeutique.

Pour se faire, là aussi il est nécessaire de créer un pool de MA qui en plus des qualités du corpus des MA précédant, devraient être titulaires d'un diplôme de médecine statutaire et de médecine agréée.

Le respect par la DDASS de la constitution de ces deux instances médico-administratives devrait être absolu et ne devrait souffrir d'aucune dérogation.

La nomination des médecins généralistes agréés titulaires au CMD doit être faite pour 3 ans et l'âge limite doit être nécessairement repoussé à 68 ans compte tenu de la baisse démographique des médecins et du report de l'âge leur départ en retraite.

Cette titularisation relève bien entendu du choix de l'administration de la DDASS mais ne devrait pas pouvoir être faite en dehors du pool des médecins agréés titulaires du diplôme universitaire adéquat. ; ou dans certains cas, devrait tenir compte des équivalences ou des validations des acquis pour les MA déjà en place et expérimentés.

Une évaluation de ces équipes médicales devrait être faite par région regroupant plusieurs départements.

On pourrait se calquer sur les 5 grandes régions françaises et organiser pour les 3 fonctions publiques, comme cela a été fait pour la territoriale, des Comités médicaux interdépartementaux ou régionaux, des Commissions de réforme interdépartementales ou régionales.

Cette évaluation devrait se faire par une double approche

1°) Sur le plan de la globalité de la production des comités médicaux et commissions de réforme, par l'utilisation du calcul statistique :

- étude de l'évolution statistique des différents items des paramètres d'octroi de CLM et CLD

- étude de l'évolution statistique de la résolution des différents accidents de service

2°) Sur le plan personnel, se référant aux seules compétences des médecins agréés membres des comités médicaux départementaux :

- par un suivi des connaissances = QCM
- et un suivi de la déclinaison de ces connaissances par l'utilisation des TCS = Tests de Concordance de Scripts.

Cette évaluation pourrait être menée par des médecins agréés qui devraient posséder à la fois

1°) L'expérience du terrain d'un médecin agréé : clinique, thérapeutique et statutaire, avec :

- un diplôme universitaire de médecine statutaire et de médecine agréée
- un diplôme de réparation juridique du dommage corporel
- un diplôme d'évaluation médicale,

2°) Ainsi que l'expérience de terrain d'un médecin habilité par la Haute Autorité de Santé (HAS) avec :

- habilitation à évaluation en médecine de ville
- habilitation à évaluation individuelle
- habilitation à évaluation en médecine hospitalière.

D – CONCLUSION

Après avoir fait l'historique de la médecine agréée et la description de son état actuel (qui ont montré pendant presque un siècle une stagnation de son évolution et depuis 1947, une discordance entre l'augmentation du nombre des fonctionnaires et l'aspect informel de la médecine agréée), nous avons mis en évidence l'importance de son développement sur les dix dernières années.

Ceci nous le devons à la volonté propre des médecins agréés qui ont su développer leur activité, se regrouper en associations, créer des diplômes universitaires, être une force de réflexion et de propositions ; mais sommes nous suffisamment écoutés ou seulement entendus ?

La véritable question n'est pas de se demander quelle sera la médecine agréée demain puisque ses outils, son cadre statutaire et législatif, ses instances dans lesquelles les médecins agréés seront amenés à siéger sont maintenant bien établis ; mais plutôt de se demander quels médecins agréés voulons nous avoir pour faire vivre et développer cette médecine agréée demain.

Etre médecin agréé ce n'est pas seulement constater un échec : maladie ou accident de service.

Ce doit être surtout agir dans le cadre moins strict que le seul octroi des droits à congés, participer par son rôle d'observateur à l'amélioration de la santé au travail, tout en s'abstenant d'action de prévention qui sont de la compétence des acteurs des services de santé au travail.

Prendre ses responsabilités au carrefour de la médecine agréée, expertale et statutaire pour informer le monde de la fonction publique, participer aux soins en choisissant le meilleur des cadres médico-statutaires, procèdent d'une volonté d'amélioration de la qualité de vie de l'agent et d'une plus grande liberté du médecin agréé.

Nous sommes dans un monde en plein bouleversement ; celui de demain ne sera plus celui d'hier !

Le grand défi qui s'oppose à nous médecins agréés est celui d'inventer le futur.

Cette aventure sera passionnante si on y ajoute une recherche du sens de la vie de l'homme au travail en respectant son équation de santé.

Ce défi peut faire peur, provoquer des régressions, des rigidités amenant certains médecins agréés à préférer le passé ou le statut quo.

Notre fédération nationale la FNAMA, doit être porteuse d'une parole unique : celle de l'espérance d'une médecine agréée meilleure, mieux reconnue et revalorisée.

Pour tendre vers cette excellence, notre fédération doit montrer qu'elle a foi en la médecine agréée, qu'elle le dit, qu'elle le montre et qu'elle y croit.

Il faut que nous trouvions les mots pour le dire, mots qui devront être politiquement corrects, économiquement justes et culturellement et socialement acceptables par tous.

Quand tout cela sera établi, qu'enfin les médecins agréés de demain seront reconnus, nous devons être rémunérés à la juste valeur du travail de qualité ainsi fourni.

Trop de confusions nous entourent dans ce monde de l'hyperactivité et du zapping informatique médical et nous empêchent quelquefois de penser par nous mêmes.

Assumons jusqu'au bout notre différence et notre spécificité parmi les divers modes d'exercice de la médecine.

Soyons des médecins agréés et fiers de l'être ; Nous le sommes.

LEGENDE DES ABREVIATIONS

ALD =	Affection de Longue Durée
AS =	Accident de Service
ATI =	Allocation Temporaire d'Invalidité
CDR =	Commission Départementale de Réforme
CDG =	Centre de Gestion
CLM =	Congé Longue Maladie
CLD =	Congé Longue Durée
CMS =	Comité Médical Supérieur
CMD =	Comité Médical Départemental
FNAMA =	Fédération Nationale des Associations de Médecins Agréés
FP =	Fonction Publique
FPE =	Fonction Publique d'Etat
FPH =	Fonction Publique Hospitalière
FPT =	Fonction Publique Territoriale
HALDE =	Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité
HAS =	Haute Autorité de Santé
IPP =	Incapacité Permanente Partielle
MA =	Médecin(s) Agréé(s)
MG =	Médecin(s) Généraliste(s)
MP =	Maladie Professionnelle
MTT =	Mi Temps Thérapeutique
PR =	Polyarthrite Rhumatoïde
SPE =	Médecin(s) Spécialiste(s)
TCS =	Tests de Concordance de Scripts
TMS =	Troubles Musculo-Squelettiques
TPT =	Temps Partiel pour raison Thérapeutique
VA =	Visite d'Aptitude

ANNEXES

TEXTES DE LOIS DECRETS - ARTICLES

L'ensemble des textes de lois et décrets sont consultables sur le site de la FNAMA à la page :

www.amara.asso.fr/Textes/Lois.htm

- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors.
 - o <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068812&dateTexte=20100624>
- Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État
 - o <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068830&dateTexte=20100624>
- Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale
 - o <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068842&dateTexte=20100624>
- Décret n° 84-960 du 25 octobre 1984 portant application de l'article 65 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État
 - o <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006064649&dateTexte=20100624>
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
 - o <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068965&dateTexte=20100624>
- Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (modifié) relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.(cf. Articles 1er, 2, 3 et 4).
 - o <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065530&dateTexte=20100624>
- Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux.
 - o <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006066079&dateTexte=20100624>
- 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
 - o <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006066564&dateTexte=20100624>
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (version initiale).

- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&fastPos=2&fastReqId=1243909609&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
 - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006051257&dateTexte=20100624>
- Loi n° 2007-148 du 02/02/2007 de modernisation de la Fonction publique. art. 42
 - http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=8543C2837F21C9D2CD2BB53FAF50409E.tpdjo02v_1?cidTexte=JORFTEXT000000465739&categorieLien=id
- Décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique de l'État, dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière
 - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019766383&fastPos=1&fastReqId=1498860191&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
- Code Pénal. Art. 226-13 du Code Pénal (Art. 378 : secret professionnel)
 - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417945&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20100624&oldAction=rechCodeArticle>
- Relations entre le secret médical et les secrets professionnels
 - <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/secretprofessionnel.pdf>
- Code de la santé Publique (Code de Déontologie Médicale)
 - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006912859&idSectionTA=LEGISCTA000006196408&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100624>

Loi n° 2007-148 du 02 février 2007 : modernisation de la Fonction Publique – JO du 06.02.2007

Article 42

I. - L'article 34 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé : « Après six mois consécutifs de congé de maladie pour une même affection, après un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés, après avis du comité médical compétent, à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection. »

2° Dans les deuxième, troisième, quatrième et dernier alinéas, les mots : « mi-temps » sont remplacés par les mots : « temps partiel » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Ce temps partiel thérapeutique ne peut, en aucun cas, être inférieur au mi-temps. »

II. - Le 4° bis de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 précitée est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé : « Après six mois consécutifs de congé de maladie pour une même affection, après un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés, après avis du comité médical compétent, à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection. » ;

2° Dans les deuxième, troisième, quatrième et dernier alinéas, les mots : « mi-temps » sont remplacés par les mots : « temps partiel » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Ce temps partiel thérapeutique ne peut, en aucun cas, être inférieur au mi-temps ; ».

III. - L'article 41-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé : « Après six mois consécutifs de congé de maladie pour une même affection, après un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés, après avis du comité médical compétent, à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection. » ;

2° Dans les deuxième, troisième, quatrième et dernier alinéas, les mots : « mi-temps » sont remplacés par les mots : « temps partiel » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Ce temps partiel thérapeutique ne peut, en aucun cas, être inférieur au mi-temps. »

CODE PENAL Art. 378. (L. 21 févr. 1944, validée par Ord. n° 45-1420 du 28 juin 1945)

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende (L. n° 56-1327 du 29 déc. 1956, art. 7 ; L. n° 85-835 du 7 août 1985) « de 500 F à 15 000 F ».

(Décr.-L. 29 juill. 1939, art. 90 ; L. n° 75-17 du 17 janv. 1975, art. 12) « Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues au paragraphe précédent ; citées en justice pour une affaire d'avortement, elles demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine ».

(L. 71-446 du 15 juin 1971) « Les mêmes personnes n'encourent pas les peines prévues à l'alinéa 1^{er} lorsqu'elles informent les autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales des sévices ou privations sur la personne de mineurs de quinze ans et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ; citées en justice pour une affaire de sévices ou privations sur la personne de ces mineurs, elles sont libres de fournir leur témoignage sans s'exposer à aucune peine ».

(L. n° 80-1041 du 23 déc. 1980) « N'encourt pas les peines prévues à l'alinéa 1^{er} tout médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer qu'un viol ou un attentat à la pudeur a été commis ». – *Pén.* 312, 317, 331 s., 418.

Art. 62. (Ord. n° 45-1391 du 25 juin 1945) Sans préjudice de l'application des articles 103 et 104 [art. 100, al. 1^{er}, nouveau, mod. par Ord. n° 60-529 du 4 juin 1960] du présent code, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à trois ans et d'une amende de 360 F à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, celui qui, ayant connaissance d'un crime déjà tenté ou consommé, n'aura pas, alors qu'il était encore possible d'en prévenir ou limiter les effets ou qu'on pouvait penser que les coupables ou l'un d'eux commettraient de nouveaux crimes qu'une dénonciation pourrait prévenir, averti aussitôt les autorités administratives ou judiciaires.

(L. n° 81-82 du 2 févr. 1981) « Sera puni d'un emprisonnement de deux mois à quatre ans et d'une amende de 2 000 F à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement celui qui, ayant connaissance de sévices ou de privations infligés à un mineur de quinze ans, n'en aura pas, dans les circonstances définies à l'alinéa précédent, averti les autorités administratives ou judiciaires ».

Sont exceptés des dispositions du présent article les parents ou alliés, jusqu'au quatrième degré inclusivement, des auteurs ou complices du crime ou de la tentative (L. n° 54-411 du 13 avr. 1954) « sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de quinze ans ». – *Pén.* 378.

CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

*figurant dans le Code de la Santé Publique
sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112*

Article 1 (article R.4127-1 du code de la santé publique)

Les dispositions du présent code s'imposent aux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 du code de la santé publique ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article 87 du présent code.

Conformément à l'article L.4122-1 du code de la santé publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

Article 4 (article R.4127-4 du code de la santé publique)

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Article 11 (article R.4127-11 du code de la santé publique)

Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue.

Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Article 72 (article R.4127-72 du code de la santé publique)

Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle.

Article 73 (article R.4127-73 du code de la santé publique)

Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents.

Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur.

Le médecin doit faire en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement.

Article 83 (article R.4127-82 du code de la santé publique)

Conformément à l'article L.462 du code de la santé publique, l'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant au droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Ce contrat définit les obligations respectives des parties et doit préciser les moyens permettant aux médecins de respecter les dispositions du présent code.

Tout projet de contrat peut être communiqué au conseil départemental de l'Ordre, qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Toute convention ou renouvellement de convention avec un des organismes prévus au premier alinéa, en vue de l'exercice de la médecine, doit être communiqué au conseil départemental intéressé, de même que les avenants et règlements intérieurs lorsque le contrat y fait référence. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats-types établis soit par un accord entre le conseil national et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

Le médecin doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirmera sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre ou avenant relatifs au contrat soumis à l'examen du conseil.

Article 91 (article R.4127-91 du code de la santé publique)

Toute association ou société entre médecins en vue de l'exercice de la profession doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Il en est de même dans les cas prévus aux articles R. 4127-65, R. 4127-87 et R. 4127-88 du présent code de déontologie, ainsi qu'en cas d'emploi d'un médecin par un confrère dans les conditions prévues par l'article R. 4127-95

Les contrats et avenants doivent être communiqués, conformément aux articles L.462 et suivants du code de la santé publique, au conseil départemental de l'Ordre, qui vérifie leur conformité avec les principes du présent code, ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats-types établis par le conseil national.

Toute convention ou contrat de société ayant un objet professionnel entre un ou plusieurs médecins d'une part, et un ou plusieurs membres des professions de santé d'autre part, doit être communiqué au conseil départemental de l'Ordre des médecins. Celui-ci le transmet avec son avis au conseil national, qui examine si le contrat est compatible avec les lois en vigueur, avec le code de déontologie et notamment avec l'indépendance des médecins.

Les projets de convention ou de contrat établis en vue de l'application du présent article peuvent être communiqués au conseil départemental de l'Ordre, qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Le médecin doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre ou avenant relatifs au contrat soumis à l'examen du conseil.

Article 92 (article R.4127-92 du code de la santé publique)

Un médecin ne peut accepter que dans le contrat qui le lie à l'établissement de santé où il est appelé à exercer figure une clause qui, en faisant dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères liés à la rentabilité de l'établissement, aurait pour conséquence de porter atteinte à l'indépendance de ses décisions ou à la qualité de ses soins.

Article 95 (article R.4127-95 du code de la santé publique)

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé

n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

Article 100 (article R.4127-100 du code de la santé publique)

Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne.

Cette interdiction s'étend aux membres de la famille du malade vivant avec lui et, si le médecin exerce au sein d'une collectivité, aux membres de celle-ci.

Article 101 (article R.4127-101 du code de la santé publique)

Lorsqu'il est investi de sa mission, le médecin de contrôle doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code.

Article 102 (article R.4127-102 du code de la santé publique)

Le médecin de contrôle doit informer la personne qu'il va examiner de sa mission et du cadre juridique où elle s'exerce, et s'y limiter.

Il doit être très circonspect dans ses propos et s'interdire toute révélation ou commentaire.

Il doit être parfaitement objectif dans ses conclusions.

Article 103 (article R.4127-103 du code de la santé publique)

Sauf dispositions contraires prévues par la loi, le médecin chargé du contrôle ne doit pas s'immiscer dans le traitement ni le modifier. Si, à l'occasion d'un examen, il se trouve en désaccord avec le médecin traitant sur le diagnostic, le pronostic ou s'il lui apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler personnellement. En cas de difficultés à ce sujet, il peut en faire part au conseil départemental de l'Ordre.

Article 104 (article R.4127-104 du code de la santé publique)

Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.

Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à un autre organisme.

Article 105 (article R.4127-105 du code de la santé publique)

Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade.

Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.

Article 106 (article R.4127-106 du code de la santé publique)

Lorsqu'il est investi d'une mission, le médecin expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code.

Article 107 (article R.4127-107 du code de la santé publique)

Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer la personne qu'il doit examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé.

LOI KOUCHNER

LOI N° 2002-303 DU 04 MARS 2002

TITRE II

DEMOCRATIE SANITAIRE

Chapitre Ier

Droits de la personne

Article 3

Dans le titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire

« Droits de la personne

« Art. L. 1110-1. - Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

« Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au respect de sa dignité.

« Art. L. 1110-3. - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

« Art. L. 1110-4. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la [Commission nationale de l'Informatique et des Libertés](#). Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'[article L. 161-33](#) du code de la sécurité sociale est obligatoire.

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 Euros d'amende.

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que le famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

« Art. L. 1110-5. - Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

« Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée

« Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

« Art. L. 1110-6. - Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein des établissements de santé.

« Art. L. 1110-7. - L'évaluation prévue à l'article L. 6113-2 et l'accréditation prévue à l'article L. 6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et les résultats obtenus à cet égard. Les établissements de santé rendent compte de ces actions et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de l'hospitalisation prévues au premier alinéa de l'article L. 6113-8. »

Article 4

I. - Le chapitre III du titre Ier du livre Ier du code civil est complété par un article 16-13 ainsi rédigé :

« Art. 16-13. - Nul ne peut faire l'objet de discriminations en raison de ses caractéristiques génétiques. »

II. - La section 1 du chapitre V du titre II du livre II du code pénal est ainsi modifiée :

1o Dans le premier alinéa de l'article 225-1, après les mots : « de leur état de santé, de leur handicap, », sont insérés les mots : « de leurs caractéristiques génétiques, » et au deuxième alinéa du même article, après les mots : « de l'état de santé, du handicap, », sont insérés les mots : « des caractéristiques génétiques, » ;

2o Le 1o de l'article 225-3 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« toutefois, ces discriminations sont punies des peines prévues à l'article précédent lorsqu'elles se fondent sur la prise en compte de tests génétiques prédictifs ayant pour objet une maladie qui n'est pas encore déclarée ou une prédisposition génétique à une maladie ; ».

III. - Dans le premier alinéa de l'[article L. 122-45](#) du code du travail, après les mots : « de sa situation de famille, », sont insérés les mots : « de ses caractéristiques génétiques, ».

Article 5

Avant le dernier alinéa de l'[article L. 6111-1](#) du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »

Article 6

L'[article L. 315-1](#) du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

« V. - Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical. »

Article 7

L'[article L. 1414-4](#) du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins experts de l'agence n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission d'accréditation lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical. »

Article 8

Après le deuxième alinéa du III de l'article 42 de la [loi no 96-452](#) du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les membres de l'Inspection générale des affaires sociales titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice en France de la profession de médecin n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical. »

Article 9

Les articles L. 1111-1, L. 1111-3, L. 1111-4 et L. 1111-5 du code de la santé publique deviennent respectivement les articles L. 1110-8, L. 1110-9, L. 1110-10 et L. 1110-11.

L'article L. 1111-2 du même code est abrogé.

Article 10

Après l'[article 720-1](#) du code de procédure pénale, il est inséré un article 720-1-1 ainsi rédigé :

« Art. 720-1-1. - La suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux. « La suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière concordante que le condamné se trouve dans l'une des situations énoncées à l'alinéa précédent. « Lorsque la peine privative de liberté prononcée est d'une durée inférieure ou égale à dix ans ou que, quelle que soit la peine initialement prononcée, la durée de détention restant à subir est inférieure ou égale à trois ans, cette suspension est ordonnée par le juge de l'application des peines selon les modalités prévues par l'article 722. « Dans les autres cas, elle est prononcée par la juridiction régionale de la libération conditionnelle selon les modalités prévues par l'article 722-1. « Le juge de l'application des peines peut à tout moment ordonner une expertise médicale à l'égard d'un condamné ayant bénéficié d'une mesure de suspension de peine en application du présent article et ordonner qu'il soit mis fin à la suspension si les conditions de celle-ci ne sont plus remplies. « Les dispositions de l'article 720-2 ne sont pas applicables lorsqu'il est fait application des dispositions du présent article . »

Chapitre II

Droits et responsabilités des usagers

Article 11

Le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre Ier

« Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

« Art. L. 1111-1. - Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

« Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

« Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

« La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

« Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé. « En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. « Art. L. 1111-3. - Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. « Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses

proches ait été consulté « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

« Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

« Art. L. 1111-5. - Par dérogation à l'[article 371-2](#) du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

« Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la [loi no 99-641](#) du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

« Art. L. 1111-6. - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. « Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

« Art. L. 1111-7. - Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

« Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

« La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

« A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

« En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

« La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

« Art. L. 1111-8. - Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.

« Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la [loi no 78-17](#) du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement fait l'objet d'un contrat. Lorsque cet hébergement est à l'initiative d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, le contrat prévoit que l'hébergement des données, les modalités d'accès à celles-ci et leurs modalités de transmission sont subordonnées à l'accord de la personne concernée. « Les conditions d'agrément des hébergeurs sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la [Commission nationale de l'Informatique et des Libertés](#) et des conseils de l'ordre des professions de santé ainsi que du conseil des professions paramédicales. Ce décret mentionne les informations qui doivent être fournies à l'appui de la demande d'agrément, notamment les modèles de contrats prévus au deuxième alinéa et les dispositions prises pour garantir la sécurité des données traitées en application de l'article 29 de la [loi no 78-17](#) du 6 janvier 1978 précitée, en particulier les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique ainsi que les procédures de contrôle interne. Les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux contrats prévus à l'alinéa précédent. « L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par l'article 24 de la [loi no 2000-321](#) du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément. « Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-7. « Les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne peuvent les transmettre à d'autres personnes que les professionnels de santé ou établissements de santé

désignés dans le contrat prévu au deuxième alinéa. « Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données qui lui ont été confiées, sans en garder de copie, au professionnel, à l'établissement ou à la personne concernée ayant contracté avec lui. « Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreintes au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'[article 226-13](#) du code pénal. « Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d'hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3, au contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales et des agents de l'Etat mentionnés à l'article L. 1421-1. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la santé. « Art. L. 1111-9. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent chapitre. Les modalités d'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Article 12

Le titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« Chapitre V

« Dispositions pénales

« Art. L. 1115-1. - La prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel recueillies auprès de professionnels ou d'établissements de santé ou directement auprès des personnes qu'elles concernent sans être titulaire de l'agrément prévu par l'article L. 1111-8 ou de traitement de ces données sans respecter les conditions de l'agrément obtenu est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 Euros d'amende. « Art. L. 1115-2. - Les personnes morales peuvent être déclarées responsables, dans les conditions prévues à l'[article 121-1](#) du code pénal, des infractions définies à l'article L.1115-1. « Les peines encourues par les personnes morales sont : « 1o L'amende, suivant les modalités prévues par l'[article 131-38](#) du code pénal ; « 2o Les peines prévues aux 2o, 3o, 4o, 5o et 9o de l'article 131-39 du même code. L'interdiction prononcée à ce titre porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise. »

Article 13

Les personnes qui, à la date de la publication de la présente loi, exercent l'activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel déposées auprès d'elles par les personnes qu'elles concernent doivent formuler une demande d'agrément en application de l'[article L. 1111-8](#) du code de la santé publique dans un délai de trois mois à compter de la publication du décret prévu par cet article . Elles peuvent poursuivre cette activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande. Le ministre chargé de la santé peut, pendant cette période, suspendre à tout moment la poursuite de cette activité en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

Article 14

Le chapitre II du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié : 1o L'article L. 1112-1 est ainsi modifié : a) Au premier alinéa, les mots : « et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent » sont supprimés ; les mots : « les informations médicales contenues dans leur dossier médical » sont remplacés par les mots : « les informations médicales définies à l'article L. 1111-7 » ; il est inséré, après la deuxième phrase, une phrase ainsi rédigée : « Cette communication est effectuée, au choix de la

personne concernée, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne. » ; b) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés : « Les établissements de santé proposent un accompagnement médical aux personnes qui le souhaitent lorsqu'elles demandent l'accès aux informations les concernant. « Le refus de cet accompagnement ne fait pas obstacle à la consultation de ces informations. » ; c) Au dernier alinéa, après les mots : « Les modalités d'application du présent article », sont insérés les mots : « , notamment en ce qui concerne la procédure d'accès aux informations médicales définies à l'article L. 1111-7, » ; 2o L'article L. 1112-5 devient l'article L. 1112-6. II. - Dans le troisième alinéa (2o) de l'article L. 1414-2 du même code, après les mots : « en matière », sont insérés les mots : « d'information des usagers, ». III. - L'article 40 de la [loi no 78-17](#) du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés est ainsi rédigé : « Art. 40. - Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à la personne concernée, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet, dans le respect des dispositions de l'[article L. 1111-7](#) du code de la santé publique. » IV. - La [loi no 78-753](#) du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal est ainsi modifiée : 1o L'article 5-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé : « - l'[article L. 1111-7](#) du code de la santé publique. » ; 2o Le dernier alinéa du II de l'article 6 est ainsi rédigé : « Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet, dans le respect des dispositions de l'[article L. 1111-7](#) du code de la santé publique. »

Article 15

L'[article L. 1122-1](#) du code de la santé publique est ainsi modifié : 1o Le neuvième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « A l'issue de la recherche, la personne qui s'y est prêtée est informée des résultats globaux de cette recherche. » ; 2o Dans la première phrase du dernier alinéa, après les mots : « et que seul sera sollicité celui des membres de sa famille s'ils sont présents, », sont insérés les mots : « et à défaut, l'avis de la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ». II. - L'article L. 1124-6 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les recherches sans bénéfice individuel direct en épidémiologie, génétique, physiologie, physio-pathologie peuvent être réalisées par des professionnels de santé, dans leurs lieux d'exercice habituel lorsque ces recherches ne nécessitent pas d'actes autres que ceux qu'ils pratiquent usuellement dans le cadre de leur activité médicale. Le comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale s'assure alors, avant de rendre son avis, que les conditions du présent article sont satisfaites. »

Article 16

Le deuxième alinéa de l'[article L. 1112-3](#) du code de la santé publique est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés : « Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. « Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. A cette fin, elle peut avoir accès aux

données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles [226-13](#) et [226-14](#) du code pénal. « Le conseil d'administration des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins un fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation et au conseil régional de santé. « La composition et les modalités de fonctionnement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sont fixées par voie réglementaire. »

Article 17

Après l'[article L. 1112-4](#) du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1112-5 ainsi rédigé : « Art. L. 1112-5. - Les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 1110-11. « Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention. »

Article 18

L'intitulé du chapitre II du titre II du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Conseil national et chambre disciplinaire nationale ».

Le premier alinéa de l'article L. 4122-2 du même code est ainsi rédigé : « Le conseil national fixe le montant unique de la cotisation qui doit être versée à chaque ordre par chaque médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme.

Il détermine également les quotités de cette cotisation qui seront attribuées à chaque conseil départemental, à chaque conseil régional ou interrégional et au conseil national, en précisant la part consacrée au fonctionnement des chambres disciplinaires placées auprès de ces instances. »

L'[article L. 4122-3](#) du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Art. L. 4122-3. - I. - Les décisions des conseils régionaux en matière d'inscription au tableau et de suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession peuvent faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le conseil national. Ce conseil national peut déléguer ses pouvoirs à des sections qui se prononcent en son nom. « II. - La chambre disciplinaire nationale est saisie en appel des décisions des chambres disciplinaires de première instance. Peuvent faire appel, outre l'auteur de la plainte et le professionnel sanctionné, le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département ou dans la région, le procureur de la République, le conseil départemental et le conseil national de l'ordre intéressé. « L'appel contre les décisions des chambres disciplinaires de première instance a un effet suspensif sauf lorsque la chambre est saisie en application de l'article L. 4113-14. Les décisions rendues par la chambre disciplinaire nationale sont susceptibles de recours devant le Conseil d'Etat. « Les décisions de la chambre disciplinaire nationale sont rendues en formation collégiale sous réserve des exceptions, précisées par décret en Conseil d'Etat, tenant à l'objet de la saisine ou du litige ou à la nature des questions à examiner ou à juger. « Les fonctions exercées par les membres de la chambre disciplinaire

nationale sont incompatibles avec l'exercice d'autres fonctions ordinales, à l'exception de celles d'assesseur dans la section des assurances sociales.

Au troisième alinéa de l'article L. 460 du même code, les mots : « soit par le Conseil national » sont supprimés.

L'article L. 4123-2 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 4123-2. - Lorsqu'une plainte est portée devant le conseil départemental, son président en accuse réception à l'auteur, en informe le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme mis en cause et les convoque dans un délai d'un mois à compter de l'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation. En cas d'échec de celle-ci, il transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec l'avis motivé du conseil dans un délai de trois mois à compter de l'enregistrement de la plainte. En cas de carence du conseil départemental, l'auteur de la plainte peut demander au président du conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente. Le président du conseil national doit répondre à sa demande dans le délai d'un mois. »

Article 19

I. - Le titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
1o Après l'article L. 3211-11, il est inséré un article L. 3211-11-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-11-1. - Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie. « L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

« Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'Etat dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai. » ;

2o Au dixième alinéa de l'article L. 3212-9, les mots : « pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes » sont remplacés par les mots : « nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » ;

3o Au premier alinéa de l'article L. 3213-1, les mots : « compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes » sont remplacés par les mots : « nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » ;

4o Aux articles L. 3213-6 et L. 3213-7, les mots : « pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes » sont remplacés par les mots : « nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

II. - Le titre II du livre II de la troisième partie du même code est ainsi modifié :

1o Le dernier alinéa de l'article L. 3222-3 est supprimé ;

2o Le dernier alinéa de l'article L. 3223-1 est complété par les mots : « et de lui fournir toutes données médicales nécessaires à l'accomplissement de ses missions » ;

3o Les quatre premiers alinéas de l'article L. 3223-2 sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :

« La commission prévue à l'article L. 3222-5 se compose :

« 1o De deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le représentant de l'Etat dans le département ;

« 2o D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;

« 3o De deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'Etat dans le département ;

« 4o D'un médecin généraliste désigné par le représentant de l'Etat dans le département.

« En cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres de la commission mentionnée dans le présent article , des personnalités des autres départements de la région ou des départements limitrophes peuvent être nommées. » ;

« 5o Au cinquième alinéa de l'article L. 3223-2, les mots : « aux 1o et 3o » sont remplacés par les mots : « au 1o ».

III. - Le dernier alinéa du 1o de l'article L. 6143-4 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour ce qui concerne les délibérations relatives au règlement intérieur des établissements et unités d'hospitalisation accueillant des malades atteints de troubles mentaux, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit, pour avis, le représentant de l'Etat dans le département. »

IV. - Il est inséré, dans le code civil, un article 375-9 ainsi rédigé :

« Art. 375-9. - La décision confiant le mineur, sur le fondement du 3o de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours.

« La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable. »

V. - A titre transitoire, les personnes hospitalisées d'office à la date d'entrée en vigueur de la présente loi restent placées sous ce mode d'hospitalisation jusqu'à la date antérieurement fixée pour statuer sur le maintien de cette hospitalisation d'office sauf décision contraire prise en application du dernier alinéa de l'[article L. 3213-4](#) du code de la santé publique.

ARRÊT MOYA-CAVILLE (CONSEIL D'ÉTAT (4/7/03))

Mme MOYA-CAVILLE employée par CHU de Montpellier depuis 1978 (ASH puis AS)

Allergie au formol reconnue comme MCS

Aggravation progressive de l'affection jusqu'à incapacité permanente à exercer ses fonctions

Retraite pour invalidité le 1/10/91 avec attribution d'une RVI en complément de la pension d'invalidité

▪ Les différents recours administratifs (1):

Demande au CHU de Montpellier de réparation pour l'ensemble des préjudices (mise en jeu de la responsabilité pour faute) rejetée

26/1/93 : demande au Tribunal administratif de Montpellier de :

- Condamnation du CHU à réparer l'ensemble des préjudices

- Versement du demi-traitement non perçu pendant une partie du Congé maladie du 1/10/90 au 30/9/91

- Remboursement des frais de cure thermique

→ Requête rejetée le 27/11/96 (règle forfaitaire de la pension)

▪ Les différents recours administratifs (2) :

Demande d'annulation du jugement du Tribunal administratif de Montpellier auprès de la CAA de Marseille

→ rejetée le 18/5/99

▪ Requête auprès du Conseil d'État (2/8/99) : Demande d'annulation du jugement de la CAA de Marseille

ARRÊT MOYA

CONCLUSIONS DU CONSEIL D'ÉTAT (1)

▪ Les dispositions réglementaires déterminent le caractère forfaitaire de la réparation pour atteinte à l'intégrité physique en cas d'AT/MP

▪ MAIS ne s'opposent pas à la réparation des autres chefs de préjudice : souffrances physiques ou morales, préjudices esthétiques et d'agrément

▪ MÊME EN L'ABSENCE DE FAUTE DE L'EMPLOYEUR

ARRÊT MOYA

CONCLUSIONS DU CONSEIL D'ÉTAT (2)

▪ D'après les conclusions de l'expertise diligentée par le Tribunal administratif de Montpellier, la victime a subi :

- ✓ D'importantes souffrances physiques

- ✓ Un préjudice esthétique

- ✓ D'importantes souffrances morales (risque permanent d'affection sévère en cas de contact avec l'allergène)

⇒ En l'absence de faute de la victime atténuant la responsabilité du CHU : versement de 30000 euros pour réparation de l'ensemble des préjudices

ARRÊT MOYA

CONCLUSIONS DU CONSEIL D'ÉTAT (3)

▪ D'après les droits ouverts à la reconnaissance d'une MCS (intégralité du traitement pendant les congés liés à cette MCS et remboursement des frais médicaux) :

■ Condamnation du CHU à rembourser le demi-traitement non perçu par la victime du 1/1/91 au 30/9/91

■ Mais rejet de la demande de remboursement des frais de cure thermale (pas de justificatifs)

ARRÊT MOYA

CONCLUSIONS DU CONSEIL D'ÉTAT (4)

■ Droit aux intérêts des sommes dues par le CHU (à partir de l'enregistrement de sa demande au tribunal administratif de Montpellier)

■ Condamnation du CHU au remboursement des frais de dossiers exposés par Mme MOYA devant le Conseil d'État

CONSÉQUENCES DE L'ARRÊT MOYA EN TERME DE JURISPRUDENCE

■ Met fin à la règle du forfait de pension

✓ Maintien du caractère forfaitaire de la réparation au titre du préjudice corporel

✓ Mais possibilité d'indemnisation complémentaire au titre des autres chefs de préjudice même en l'absence de faute de l'employeur

✓ Possibilité d'engager une action de droit commun en vue de réparation intégrale du dommage, notamment en cas de faute de l'employeur

Décret n°86-442 du 14 mars 1986

Relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

Version consolidée au 01 avril 2010

Sur le rapport du ministre des finances et du budget et du secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargé de la fonction publique et des simplifications administratives,

Vu la loi 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;

Vu le code des pensions civiles et militaires retraite et notamment son article L. 31;

Vu la loi du 19 mars 1928 portant ouverture et annulation de crédits sur l'exercice de 1927 au titre du budget général et des budgets annexes, notamment son article 41;

Vu le décret 47-2045 du 26 octobre 1947 modifié relatif à l'institution d'un régime spécial de sécurité sociale pour les fonctionnaires;

Vu le décret 59-310 du 14 février 1959 relatif aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics, à l'organisation des comités médicaux et au régime des congés des fonctionnaires;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat en date du 12 septembre 1985;
Le Conseil d'Etat (section des finances) entendu,

- Titre Ier : Médecins agréés, comités médicaux et commissions de réforme

Article 1

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 352](#)

Une liste de médecins agréés généralistes et spécialistes est établie dans chaque département par le préfet sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du Conseil départemental de l'ordre des médecins et du ou des syndicats départementaux des médecins.

Les médecins agréés sont choisis, sur leur demande ou avec leur accord, parmi les praticiens âgés de moins de soixante cinq ans ayant au moins trois ans d'exercice professionnel, dont, pour les généralistes, un an au moins dans le département pour lequel la liste est établie.

Cet agrément est donné pour une durée de trois ans. Il est renouvelable.

Lorsque l'intervention d'un médecin agréé est requise en vertu des dispositions du présent décret, l'autorité administrative peut se dispenser d'y avoir recours si l'intéressé produit sur la même question un certificat médical émanant d'un médecin qui appartient au personnel enseignant et hospitalier d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire ou d'un médecin ayant dans un établissement hospitalier public la qualité de praticien hospitalier.

Article 2

Chaque administration doit s'attacher un ou plusieurs des médecins généralistes et spécialistes agréés inscrits sur la liste prévue à l'article 1er ci-dessus.

Article 3

Pour les fonctionnaires en fonctions à l'étranger, les chefs de missions diplomatiques et consulaires peuvent agréer, chacun dans sa circonscription, des médecins agréés généralistes et spécialistes choisis parmi les médecins exerçant leurs fonctions dans le pays de leur résidence.

Article 4

Modifié par [Décret 89-396 1989-06-14 art. 1 JORF 20 juin 1989](#)

Les médecins agréés appelés à examiner, au titre du présent décret, des fonctionnaires ou des candidats aux emplois publics dont ils sont les médecins traitants sont tenus de se récuser.

Article 5

Modifié par [Décret n°88-199 du 29 février 1988 - art. 1 \(V\) JORF 2 mars 1988](#)
Modifié par [Décret n°2000-610 du 28 juin 2000 - art. 1 JORF 1er juillet 2000](#)

Il est institué auprès de l'administration centrale de chaque département ministériel un comité médical ministériel compétent à l'égard des personnels mentionnés au 1er alinéa de l'article 14 ci-après.

Ce comité comprend deux praticiens de médecine générale, auxquels est adjoint, pour l'examen des cas relevant de sa qualification, un spécialiste de l'affection pour laquelle est demandé le bénéfice du congé de longue maladie ou de longue durée prévu à l'article 34 (3e et 4e) de la loi du 11 janvier 1984 susvisée.

Un suppléant est désigné pour chacun de ces membres.

Les membres titulaires et suppléants du comité médical ministériel sont désignés par le ministre intéressé pour une durée de trois ans. Ils doivent être choisis sur les listes établies par les préfets dans les conditions fixées à l'article 1er ci-dessus.

Leurs fonctions sont renouvelables. Elles prennent fin avant l'expiration de la date prévue, à la demande de l'intéressé, ou lorsque celui-ci atteint l'âge limite de soixante cinq-ans. En outre, il peut être mis fin, par décision de l'autorité compétente aux fonctions du praticien qui s'abstiendrait de façon répétée et sans raison valable de participer aux travaux du comité, ou qui, pour tout autre motif grave, ne pourrait conserver la qualité de membre du comité.

Au début de chaque période de trois ans, les membres titulaires et suppléants de chaque comité, élisent leur président parmi les deux praticiens titulaires de médecine générale.

Le secrétariat de chaque comité est assuré par un médecin désigné à cet effet par le ministre intéressé.

Article 6

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 352](#)

Dans chaque département, un comité médical départemental compétent à l'égard des personnels mentionnés à l'article 15 ci-après est constitué auprès du préfet.

La composition de ce comité est semblable à celle du comité médical ministériel prévu à l'article 5. Pour chacun des membres, un ou plusieurs suppléants sont désignés.

S'il ne se trouve pas, dans le département, un ou plusieurs des spécialistes agréés dont le concours est nécessaire, le comité médical départemental fait appel à des spécialistes résidents

dans d'autres départements. Ces spécialistes font connaître, éventuellement par écrit, leur avis sur les questions de leur compétence.

Les membres du comité médical départemental sont désignés, pour une durée de trois ans, par le préfet parmi les praticiens figurant sur la liste prévue à l'article 1er du présent décret.

Les dispositions du 5e et du 6e alinéa de l'article 5 du présent décret sont applicables aux membres des comités médicaux départementaux.

Le secrétariat de chaque comité est assuré par un médecin désigné par le directeur départemental chargé de la cohésion sociale et placé sous l'autorité de celui-ci.

Article 7

Modifié par [Décret n°2000-610 du 28 juin 2000 - art. 3 JORF du 1er juillet 2000](#)

Les comités médicaux sont chargés de donner à l'autorité compétente, dans les conditions fixées par le présent décret, un avis sur les contestations d'ordre médical qui peuvent s'élever à propos de l'admission des candidats aux emplois publics, de l'octroi et du renouvellement des congés de maladie et de la réintégration à l'issue de ces congés.

Ils sont consultés obligatoirement en ce qui concerne :

1. La prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs ;
2. L'octroi des congés de longue maladie et de longue durée ;
3. Le renouvellement de ces congés ;
4. La réintégration après douze mois consécutifs de congé de maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;
5. L'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé ou disponibilité ;
6. La mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement ;
7. Le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire, ainsi que dans tous les autres cas prévus par des textes réglementaires.

Ils peuvent recourir, s'il y a lieu, au concours d'experts pris en dehors d'eux. Ceux-ci doivent être choisis suivant leur qualification sur la liste des médecins agréés, prévus à l'article 1er ci-dessus. Les experts peuvent donner leur avis par écrit ou siéger au comité à titre consultatif. S'il ne se trouve pas dans le département un ou plusieurs experts dont l'assistance a été jugée nécessaire, les comités médicaux font appel à des experts résidant dans d'autres départements.

Le secrétariat du comité médical informe le fonctionnaire :

- de la date à laquelle le comité médical examinera son dossier ;
- de ses droits concernant la communication de son dossier et la possibilité de faire entendre le médecin de son choix ;
- des voies de recours possibles devant le comité médical supérieur.

L'avis du comité médical est communiqué au fonctionnaire sur sa demande.

Le secrétariat du comité médical est informé des décisions qui ne sont pas conformes à l'avis du comité médical.

Article 8

Il est institué auprès du ministre chargé de la santé un comité médical supérieur comprenant, pour l'exercice des attributions définies à l'article suivant, deux sections :

- une section de cinq membres compétente en ce qui concerne les maladies mentales ;
- une section de huit membres compétente pour les autres maladies.

Les membres du comité sont nommés pour une durée de trois ans par le ministre chargé de la santé.

Pour chacun de ces membres, un ou plusieurs suppléants sont désignés. Les fonctions des membres sortants peuvent être renouvelées. Elles peuvent prendre fin avant expiration de la période prévue sur décision du ministre chargé de la santé prise à la demande de l'intéressé ou d'office.

Le comité médical supérieur et chaque section élisent leur président. Le secrétariat du comité et les secrétariats des sections sont assurés par un médecin de la santé générale de la direction générale de la santé publique et du ministère de la santé.

Article 9

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 1](#)

Le comité médical supérieur, saisi par l'autorité administrative compétente, soit de son initiative, soit à la demande du fonctionnaire, peut être consulté sur les cas dans lesquels l'avis donné en premier ressort par le comité médical compétent est contesté.

Le comité médical supérieur se prononce uniquement sur la base des pièces figurant au dossier tel qu'il lui est soumis au jour où il l'examine.

Le comité médical supérieur assure sur le plan national la coordination des avis des comités médicaux et formule des recommandations à caractère médical relatives à l'application du statut général.

Article 10

Modifié par [Décret n°2005-436 du 9 mai 2005 - art. 19 \(V\) JORF 10 mai 2005](#)

Il est institué auprès de l'administration centrale de chaque département ministériel, une commission de réforme ministérielle compétente à l'égard des personnels mentionnés à l'article 14 ci-après :

Sous réserve des dispositions de l'article R. 46 du code des pensions civiles et militaires de retraite, elle est composée comme suit :

1. Le directeur ou chef de service dont dépend l'intéressé, ou son représentant, président ;
2. Le membre du corps du contrôle général économique et financier ou son représentant ;
3. Deux représentants titulaires du personnel à la commission administrative paritaire dont relève le fonctionnaire intéressé, appartenant au même grade ou au même corps que ce dernier, ou éventuellement leurs suppléants, élus par les représentants du personnel titulaires et suppléants de cette commission ;
4. Les membres du comité médical prévu à l'article 5 du présent décret.

Le secrétariat de la commission de réforme ministérielle est celui du comité médical prévu à l'article 5 du présent décret.

Article 11

Par décision du ministre compétent, un comité médical et une commission de réforme peuvent être institués auprès d'un établissement public si l'importance des effectifs le justifie.

Article 12

Modifié par [Décret n°88-199 du 29 février 1988 - art. 1 \(V\) JORF 2 mars 1988](#)

Dans chaque département, il est institué une commission de réforme départementale compétente à l'égard des personnels mentionnés à l'article 15. Cette commission, placée sous la présidence du préfet ou de son représentant, qui dirige les délibérations mais ne participe pas aux votes, est composée comme suit :

1. Le chef de service dont dépend l'intéressé ou son représentant ;
2. Le trésorier-payeur général ou son représentant ;
3. Deux représentants du personnel appartenant au même grade ou, à défaut, au même corps que l'intéressé, élus par les représentants du personnel, titulaires et suppléants, de la commission administrative paritaire locale dont relève le fonctionnaire ; toutefois, s'il n'existe pas de commission locale ou si celle-ci n'est pas départementale, les deux représentants du personnel sont désignés par les représentants élus de la commission administrative paritaire centrale, dans le premier cas et, dans le second cas, de la commission administrative paritaire interdépartementale dont relève le fonctionnaire ;
4. Les membres du comité médical prévu à l'article 6 du présent décret.

Le secrétariat de la commission de réforme départementale est celui du comité médical prévu à l'article 6 du présent décret.

Article 13

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 1](#)

La commission de réforme est consultée notamment sur :

- 1.L'application des dispositions du deuxième alinéa des 2° et 3° de l'[article 34 de la loi du 11 janvier 1984](#) susvisée ;
- 2.L'imputabilité au service de l'affection entraînant l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article 34 (4°) de la loi du 11 janvier susvisée ;
- 3.L'octroi du congé susceptible d'être accordé aux fonctionnaires réformés de guerre en application de l'article 41 de la loi du 19 mars 1928 susvisée ;
4. La reconnaissance et la détermination du taux de l'invalidité temporaire ouvrant droit au bénéfice de l'allocation d'invalidité temporaire prévue à l'article 8 bis du décret du 26 octobre 1947 modifié susvisé ;
5. La réalité des infirmités résultant d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, la preuve de leur imputabilité au service et le taux d'invalidité qu'elles entraînent, en vue de l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité instituée à l'[article 65 de la loi du 11 janvier 1984](#) susvisée ;
- 6.L'application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite.
- 7.L'application, s'il y a lieu, des dispositions réglementaires relatives à la mise en disponibilité d'office pour raison de santé.

Pour l'octroi des congés régis par les 1 et 2 ci-dessus, la commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration. La commission de réforme peut, en tant que de besoin, demander à l'administration de lui communiquer les décisions reconnaissant l'imputabilité.

Article 14

Le comité médical et la commission de réforme ministérielle siégeant auprès de l'administration centrale sont compétents à l'égard des fonctionnaires en service à l'administration centrale et dans les services centraux des établissements publics de l'Etat relevant du ministère intéressé ainsi que des chefs des services extérieurs de cette administration centrale.

La compétence de la commission de réforme ministérielle placée auprès de l'administration centrale de chaque département ministériel peut, par arrêté conjoint du ministre intéressé, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé du budget être étendue à l'égard de tout ou partie des fonctionnaires relevant de ce département ministériel, autres que ceux mentionnés à l'alinéa précédent.

Article 15

Le comité médical et la commission de réforme départementaux sont compétents à l'égard des fonctionnaires exerçant leurs fonctions dans les départements considérés, à l'exception des chefs des services extérieurs visés à l'article 14 ci-dessus et sous réserve des dispositions du dernier alinéa de cet article.

Article 16

A l'égard du fonctionnaire détaché auprès d'une administration ou d'un établissement public de l'Etat dans un emploi conduisant à pension du code des pensions civiles et militaires de retraite ou pour l'accomplissement d'un stage ou d'une période de scolarité préalable à la titularisation dans un emploi permanent de l'Etat ou d'un établissement public de l'Etat, ou pour suivre un cycle de préparation à un concours donnant accès à l'un de ces emplois, le comité médical et la commission de réforme compétents sont ceux siégeant auprès de l'administration où le fonctionnaire exerce ses fonctions, selon les règles de compétence géographique prévues aux articles 14 et 13 ci-dessus.

En cas de détachement auprès des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, quel que soit l'emploi occupé, ou en cas de mise à disposition, le comité médical et la commission de réforme compétents sont ceux siégeant auprès de l'administration d'origine selon les règles de compétence géographique prévues aux articles 14 et 15 ci-dessus.

Article 17

A l'égard des fonctionnaires en service à l'étranger ou dans un territoire d'outre-mer ou détachés auprès d'une administration ou entreprise publique dans un emploi ne conduisant pas à pension du code des pensions civiles et militaires de retraite ou auprès d'une entreprise privée ou d'un organisme privé, ou détachés pour participer à une mission de coopération, pour exercer un enseignement à l'étranger, pour remplir une mission publique l'étranger ou auprès d'organismes internationaux, pour exercer les fonctions de membres du Gouvernement ou une fonction publique élective, le comité médical et la commission de réforme compétents sont ceux siégeant auprès de l'administration centrale dont relève leur corps d'origine.

Article 18

Le médecin chargé de la prévention attaché au service auquel appartient le fonctionnaire dont le cas est soumis au comité médical ou à la commission de réforme en informe de la réunion et de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion ; il remet obligatoirement un rapport écrit dans les cas prévus aux articles 26, 32, 34 et 43 ci-dessous.

Le fonctionnaire intéressé et l'administration peuvent, en outre, faire entendre le médecin de leur choix par le comité médical ou la commission de réforme.

Article 19

Modifié par [Décret n°2000-610 du 28 juin 2000 - art. 4 JORF 1er juillet 2000](#)

La commission de réforme ne peut délibérer valablement que si la majorité absolue des membres en exercice assiste à la séance ; un praticien de médecine générale ou le spécialiste compétent pour l'affection considérée doit participer à la délibération.

Les avis sont émis à la majorité des membres présents.

Lorsqu'un médecin spécialiste participe à la délibération conjointement avec les deux praticiens de médecine générale, l'un de ces deux derniers s'abstient en cas de vote.

La commission de réforme doit être saisie de tous témoignages rapports et constatations propres à éclairer son avis.

Elle peut faire procéder à toutes mesures d'instruction, enquêtes et expertises qu'elle estime nécessaires.

Le fonctionnaire est invité à prendre connaissance, personnellement ou par l'intermédiaire de son représentant, de la partie administrative de son dossier. Un délai minimum de huit jours doit séparer la date à laquelle cette consultation est possible de la date de la réunion de la commission de réforme ; il peut présenter des observations écrites et fournir des certificats médicaux.

La commission de réforme, si elle le juge utile, peut faire comparaître le fonctionnaire intéressé. Celui-ci peut se faire accompagner d'une personne de son choix ou demander qu'une personne de son choix soit entendue par la commission de réforme.

L'avis formulé en application du premier alinéa de l'article L31 du code des pensions civiles et militaires de retraite doit être accompagné de ses motifs.

Le secrétariat de la commission de réforme informe le fonctionnaire :

- de la date à laquelle la commission de réforme examinera son dossier ;
- de ses droits concernant la communication de son dossier et la possibilité de se faire entendre par la commission de réforme, de même que de faire entendre le médecin et la personne de son choix.

L'avis de la commission de réforme est communiqué au fonctionnaire sur sa demande ;

Le secrétariat de la commission de réforme est informé des décisions qui ne sont pas conformes à l'avis de la commission de réforme.

Article 19-1

Créé par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 1](#)

Lorsque l'administration est amenée à se prononcer sur l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident au titre desquels est demandé un congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée, elle peut, en tant que de besoin, consulter un médecin expert agréé.

- Titre 1er : Médecins agréés, comités médicaux et commission de réforme (abrogé)
- Titre II : Des conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics.

Article 20

Nul ne peut être nommé à un emploi public s'il ne produit à l'administration, à la date fixée par elle, un certificat médical délivré par un médecin généraliste agréé constatant que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.

Au cas où le praticien de médecine générale a conclu à l'opportunité d'un examen complémentaire, l'intéressé est soumis à l'examen d'un médecin spécialiste agréé.

Dans tous les cas l'administration peut faire procéder à une contre-visite par un médecin spécialiste agréé en vue d'établir si l'état de santé de l'intéressé est bien compatible avec l'exercice des fonctions qu'il postule.

Article 21

Lorsque les conclusions du ou des médecins sont contestées soit par l'intéressé, soit par l'administration, le dossier est soumis au comité médical compétent.

Article 22

Lorsque la nature des fonctions exercées par les membres de certains corps de fonctionnaires le requiert, l'admission dans ces corps peut, à titre exceptionnel, être subordonnée à des conditions d'aptitude physique particulières. La liste des corps intéressés est fixée après avis des comités techniques paritaires et du Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat par décret en Conseil d'Etat contresigné par les ministres dont relèvent ces corps, le ministre chargé des affaires sociales et de la solidarité nationale, le ministre chargé des droits de la femme, le ministre chargé de la santé, le ministre chargé de l'emploi et le ministre chargé de la fonction publique. Ce décret détermine, dans chaque cas, les conditions particulières exigées. Il peut, en outre, prévoir que le contrôle de l'aptitude physique a lieu, pour l'accès aux emplois qu'il énumère au moyen notamment d'examens médico-psychotechniques. Les modalités de ces examens sont fixées par arrêtés conjoints des ministres intéressés, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la fonction publique.

Article 23

Lorsque le recrutement dans certains emplois s'effectue par la voie d'un établissement d'enseignement spécial, les examens médicaux prévus à l'article 20 doivent avoir lieu lors de l'admission dans cet établissement.

- Titre III : Congés de maladie.

Article 24

Sous réserve des dispositions de l'article 27 ci-dessous, en cas de maladie dûment constatée et mettant le fonctionnaire dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, celui-ci est de droit mis en congé de maladie.

Article 25

Pour obtenir un congé de maladie, ainsi que le renouvellement du congé initialement accordé, le fonctionnaire doit adresser à l'administration dont il relève, par l'intermédiaire de son chef de service, une demande appuyée d'un certificat d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme.

L'administration peut faire procéder à tout moment à la contre-visite du demandeur par un médecin agréé ; le fonctionnaire doit se soumettre, sous peine d'interruption du versement de sa rémunération, à cette contre-visite.

Le comité médical compétent peut être saisi, soit par l'administration, soit par l'intéressé, des conclusions du médecin agréé.

Article 26

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 1](#)

Sous réserve du deuxième alinéa du présent article, les commissions de réforme prévues aux articles 10 et 12 ci-dessus sont obligatoirement consultées dans tous les cas où un fonctionnaire demande le bénéfice des dispositions de l'[article 34 \(2°\), 2° alinéa, de la loi du 11 janvier 1984](#) susvisée. Le dossier qui leur est soumis doit comprendre un rapport écrit du médecin chargé de la prévention attaché au service auquel appartient le fonctionnaire concerné.

La commission de réforme n'est toutefois pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration.

Article 27

Modifié par [Décret n°2000-610 du 28 juin 2000 - art. 5 JORF 1er juillet 2000](#)

Lorsque, à l'expiration de la première période de six mois consécutifs de congé de maladie, un fonctionnaire est inapte à reprendre son service, le comité médical est saisi pour avis de toute demande de prolongation de ce congé dans la limite des six mois restant à courir.

Lorsqu'un fonctionnaire a obtenu pendant une période de douze mois consécutifs des congés de maladie d'une durée totale de douze mois, il ne peut, à l'expiration de sa dernière période de congé, reprendre son service sans l'avis favorable du comité médical : en cas d'avis défavorable il est soit mis en disponibilité, soit reclassé dans un autre emploi, soit, s'il est reconnu définitivement inapte à l'exercice de tout emploi, admis à la retraite après avis de la commission de réforme. Le paiement du demi-traitement est maintenu, le cas échéant, jusqu'à la date de la décision d'admission à la retraite.

Le fonctionnaire qui, à l'expiration de son congé de maladie, refuse sans motif valable lié à son état de santé le ou les postes qui lui sont proposés peut être licencié après avis de la commission administrative paritaire.

- Titre IV : Congé de longue maladie.

Article 28

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 1](#)

Pour l'application des dispositions de l'[article 34 \(3°\) de la loi du 11 janvier 1984](#) susvisée, le ministre chargé de la santé détermine par arrêté, après avis du comité médical supérieur, une liste indicative de maladies qui, si elles répondent en outre aux caractères définis à l'article 34 (3°) de la loi du 11 janvier 1984 susvisée, peuvent ouvrir droit à congé de longue maladie. Sur cette liste doivent figurer les affections qui peuvent ouvrir droit au congé de longue durée prévu ci-après.

Toutefois, le bénéfice d'un congé de longue maladie demandé pour une affection qui n'est pas inscrite sur la liste prévue à l'alinéa précédent peut être accordé après l'avis du comité médical compétent.

- Titre V : Congé de longue durée.

Article 29

Modifié par [Décret n°97-815 du 1 septembre 1997 - art. 1 JORF 4 septembre 1997](#)

Le fonctionnaire atteint de tuberculose, de maladie mentale, d'affection cancéreuse, de poliomyélite ou de déficit immunitaire grave et acquis, qui est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et qui a épuisé, à quelque titre que ce soit, la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie est placé en congé de longue durée selon la procédure définie à l'article 35 ci-dessous. Il est immédiatement remplacé dans ses fonctions.

Article 30

Modifié par [Décret n°97-815 du 1 septembre 1997 - art. 2 JORF 4 septembre 1997](#)

Toutefois le fonctionnaire atteint d'une des cinq affections énumérées à l'article 29 ci-dessus, qui est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et qui a épuisé, à quelque titre que ce soit, la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie, peut demander à être placé ou maintenu en congé de longue maladie.

L'administration accorde à l'intéressé un congé de longue durée ou de longue maladie après avis du comité médical.

Si l'intéressé obtient le bénéfice du congé de longue maladie, il ne peut plus bénéficier d'un congé de longue durée au titre de l'affection pour laquelle il a obtenu ce congé, s'il n'a pas recouvré auparavant ses droits à congé de longue maladie à plein traitement.

Article 31

Lorsqu'un fonctionnaire a bénéficié d'un congé de longue durée au titre des affections énumérées à l'article 29 ci-dessus, tout congé accordé à la suite pour la même affection est un congé de longue durée, dont la durée s'ajoute à celle du congé déjà attribué.

Si le fonctionnaire contracte une autre affection ouvrant droit à congé de longue durée, il a droit à l'intégralité d'un nouveau congé de longue durée accordé dans les conditions prévues à l'article 29 ci-dessus.

Article 32

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 1](#)

Lorsque le congé de longue durée est demandé pour une maladie contractée dans l'exercice des fonctions, le dossier est soumis à la commission de réforme. Ce dossier doit comprendre un rapport écrit du médecin chargé de la prévention attaché au service auquel appartient le fonctionnaire concerné. La demande tendant à ce que la maladie soit reconnue comme ayant été contractée dans l'exercice des fonctions doit être présentée dans les quatre ans qui suivent la date de la première constatation médicale de la maladie.

La commission de réforme n'est toutefois pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration.

L'avis de la commission de réforme et le dossier dont elle a disposé sont transmis à l'administration dont relève l'agent intéressé.

Article 33

A l'expiration du congé de longue durée, le fonctionnaire est réintégré éventuellement en surnombre. Le surnombre est résorbé à la première vacance venant à s'ouvrir dans le grade considéré.

- Titre VI : Dispositions communes au congé de longue maladie et de longue durée.

Article 34

Lorsqu'un chef de service estime, au vu d'une attestation médicale ou sur le rapport des supérieurs hiérarchiques, que l'état de santé d'un fonctionnaire pourrait justifier qu'il lui soit fait application des dispositions de l'article 34 (3° ou 4°) de la loi du 11 janvier 1984 susvisée, il peut provoquer l'examen médical de l'intéressé dans les conditions prévues aux alinéas 3 et suivants de l'article 35 ci-dessous. Un rapport écrit du médecin chargé de la prévention attaché au service auquel appartient le fonctionnaire concerné doit figurer au dossier soumis au comité médical.

Article 35

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 1](#)

Pour obtenir un congé de longue maladie ou de longue durée, les fonctionnaires en position d'activité ou leurs représentants légaux doivent adresser à leur chef de service une demande appuyée d'un certificat de leur médecin traitant spécifiant qu'ils sont susceptibles de bénéficier des dispositions de l'[article 34 \(3° ou 4°\) de la loi du 11 janvier 1984](#) susvisée.

Le médecin traitant adresse directement au secrétaire du comité médical prévu aux articles 5 et 6 un résumé de ses observations et les pièces justificatives qui peuvent être prescrites dans certains cas par les arrêtés prévu à l'article 49 du présent décret.

Sur le vu de ces pièces, le secrétaire du comité médical fait procéder à la contre-visite du demandeur par un médecin agréé compétent pour l'affection en cause.

Le dossier est ensuite soumis au comité médical compétent. Si le médecin agréé qui a procédé à la contre-visite ne siège pas au comité médical, il peut être entendu par celui-ci.

L'avis du comité médical est transmis au ministre qui le soumet pour avis, en cas de contestation par l'administration ou l'intéressé, au comité médical supérieur visé à l'article 8 du présent décret

Si la demande de congé est présentée au cours d'un congé antérieurement accordé dans les conditions prévu à l'article 34 (2°), 1er alinéa de la loi du 11 janvier 1984 susvisée, la première période de congé de longue maladie ou de longue durée part du jour de la première constatation médicale de la maladie dont est atteint le fonctionnaire.

Article 36

Un congé de longue maladie ou de longue durée peut être accordé ou renouvelé pour une période de trois à six mois. La durée du congé est fixée, dans ces limites, sur la proposition du comité médical.

L'intéressé ou son représentant légal doit adresser la demande de renouvellement du congé à l'administration un mois avant l'expiration de la période en cours. Le renouvellement est accordé dans les conditions fixées à l'article 35 ci-dessus.

Avant l'expiration de chaque période de congé et à l'occasion de chaque demande de renouvellement, le fonctionnaire est tenu de produire à son administration les justifications mentionnées à l'arrêté visé à l'article 49 du présent décret.

Article 37

A l'issue de chaque période de congé de longue maladie ou de longue durée, le traitement intégral ou le demi-traitement ne peut être payé au fonctionnaire qui ne reprend pas son service qu'autant que celui-ci a demandé et obtenu le renouvellement de ce congé.

Au traitement ou au demi-traitement s'ajoutent les avantages familiaux et la totalité ou la moitié des indemnités accessoires, à l'exclusion de celles qui sont attachées à l'exercice des fonctions ou qui ont le caractère de remboursement de frais.

Ceux des fonctionnaires qui percevaient une indemnité de résidence au moment où ils sont placés en congé en conservent le bénéfice dans son intégralité, s'il est établi qu'eux-mêmes, leur conjoint ou leurs enfants à charge continuent à résider dans la localité où ils habitaient avant leur mise en congé de longue maladie ou de longue durée.

Dans le cas où les intéressés ne réuniraient pas les conditions exigées pour bénéficier de la disposition précédente, ils peuvent néanmoins percevoir une indemnité de résidence. Celle-ci, qui ne peut en aucun cas être supérieure à celle que les agents percevaient lorsqu'ils étaient en fonctions, est la plus avantageuse des indemnités afférentes aux localités où eux-mêmes, leur conjoint ou les enfants à leur charge résident habituellement, depuis la date de la mise en congé.

Quand le bénéficiaire du congé de longue maladie ou de longue durée bénéficiait d'un logement dans les immeubles de l'administration, il doit quitter les lieux dans les délais fixés par l'administration, si sa présence fait courir des dangers au public ou à d'autres agents de l'Etat ou offre des inconvénients pour la marche du service notamment en cas de remplacement.

Article 38

Le bénéficiaire d'un congé de longue maladie ou de longue durée doit cesser tout travail rémunéré, sauf les activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation.

Il est tenu de notifier ces changements de résidence successifs au chef de service chargé de la gestion du personnel de l'administration dont il dépend. Le chef de service s'assure par les contrôles appropriés que le titulaire du congé n'exerce pas d'activité interdite. Si l'enquête établit le contraire, il provoque immédiatement l'interruption du versement de la rémunération et, dans le cas où l'exercice d'un travail rémunéré non autorisé remonte à une date antérieure de plus d'un mois à la constatation qui en est faite, il prend les mesures nécessaires pour faire reverser au Trésor les sommes perçues depuis cette date au titre du traitement et des accessoires.

La rémunération est rétablie à compter du jour où l'intéressé a cessé tout travail non autorisé.

Le temps pendant lequel le versement de la rémunération a été interrompu compte dans la période de congé en cours.

Article 39

Sous peine d'interruption du versement de sa rémunération, le bénéficiaire d'un congé de longue maladie ou de longue durée doit se soumettre, sous le contrôle du médecin agréé et, s'il y a lieu, du comité médical compétent, aux prescriptions que son état comporte, et notamment à celles fixées par l'arrêté prévu à l'article 49 ci-après.

Le temps pendant lequel le versement de la rémunération a pu être interrompu compte dans la période de congé en cours.

Article 40

Le temps passé en congé pour accident de service, de maladie, de longue maladie ou de longue durée avec traitement, demi-traitement ou pendant une période durant laquelle le versement du traitement a été interrompu en application des articles 39 et 44 du présent décret est valable pour l'avancement à l'ancienneté et entre en ligne de compte dans le minimum de temps valable pour pouvoir prétendre au grade supérieur. Il compte également pour la détermination du droit à la retraite et donne lieu aux retenues pour constitution de pension civile.

Article 41

Le bénéficiaire d'un congé de longue maladie ou de longue durée ne peut reprendre ses fonctions à l'expiration ou au cours dudit congé que s'il est reconnu apte, après examen par un spécialiste agréé et avis favorable du comité médical compétent.

Cet examen peut être demandé soit par le fonctionnaire, soit par l'administration dont il relève.

Les conditions exigées pour que la réintégration puisse être prononcée sont fixées par les arrêtés prévus à l'article 49 ci-dessous.

Article 42

Si, au vu de l'avis du comité médical compétent et, éventuellement, de celui du comité médical supérieur, dans le cas où l'administration ou l'intéressé juge utile de le provoquer, le fonctionnaire est reconnu apte à exercer ses fonctions, il reprend son activité éventuellement dans les conditions prévues à l'article 43 ci-dessous.

Si, au vu du ou des avis prévus ci-dessus, le fonctionnaire est reconnu inapte à exercer ses fonctions, le congé continue à courir ou est renouvelé. Il en est ainsi jusqu'au moment où le fonctionnaire sollicite l'octroi de l'ultime période de congé rétribué à laquelle il peut prétendre.

Le comité médical doit alors, en même temps qu'il se prononce sur la prolongation du congé, donner son avis sur l'aptitude ou l'inaptitude présumée du fonctionnaire à reprendre ses fonctions à l'issue de cette prolongation.

Si le fonctionnaire n'est pas présumé définitivement inapte, il appartient au comité médical de se prononcer, à l'expiration de la période de congé rémunéré, sur l'aptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions.

S'il est présumé définitivement inapte, son cas est soumis à la commission de réforme qui se prononce, à l'expiration de la période de congé rémunéré, sur l'application de l'article 47 ci-dessous.

Article 43

Le comité médical consulté sur la reprise des fonctions d'un fonctionnaire qui avait bénéficié d'un congé de longue maladie ou de longue durée peut formuler des recommandations sur les conditions d'emploi du fonctionnaire, sans qu'il puisse être porté atteinte à la situation administrative de l'intéressé. Un rapport écrit au médecin chargé de la prévention, compétent à l'égard du service auquel appartient le fonctionnaire, doit figurer au dossier soumis au comité médical.

Si le fonctionnaire bénéficie d'aménagements spéciaux de ses modalités de travail, le comité médical est appelé de nouveau, à l'expiration de périodes successives de trois mois au minimum, de six mois au maximum, à statuer sur l'opportunité du maintien ou de la modification de ces aménagements, sur le rapport du chef du service.

Article 44

Tout fonctionnaire bénéficiant d'un congé de longue maladie ou de longue durée doit, sous peine d'interruption du versement de sa rémunération, se soumettre aux visites de contrôle prescrites par le spécialiste agréé ou le comité médical.

Le temps pendant lequel le versement de la rémunération a pu être interrompu compte dans la période de congé

Le refus répété et sans motif valable de se soumettre au contrôle prévu au premier alinéa peut entraîner, après mise en demeure, la perte du bénéfice du congé de longue maladie ou de longue durée.

Article 45

Le fonctionnaire qui, à l'expiration de son congé de longue maladie ou de longue durée, refuse sans motif valable lié à son état de santé le ou les postes qui lui sont proposés, peut être licencié après avis de la commission administrative paritaire.

Article 46

Le fonctionnaire qui, lors de sa reprise de fonction, est affecté à un emploi situé dans une localité différente de celle où il exerçait ses fonctions lors de sa mise en congé perçoit les indemnités pour frais de changement de résidence prévues par les textes réglementaires en vigueur, sauf si le déplacement a lieu sur sa demande pour des motifs autres que son état de santé.

L'indemnité visée à l'alinéa précédent est due même si l'intéressé a, durant son congé, quitté définitivement la localité où il exerçait son précédent emploi. En aucun cas, elle ne peut être supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il était resté pendant la durée de son congé dans cette localité.

Article 47

Modifié par [Décret n°2000-610 du 28 juin 2000 - art. 6 JORF 1er juillet 2000](#)

Le fonctionnaire ne pouvant à l'expiration de la dernière période de congé de longue maladie ou de longue durée, reprendre son service est soit reclassé dans un autre emploi, en application du décret n° 84-1051 du 30 novembre 1984, soit mis en disponibilité, soit admis à la retraite.

Dans ce dernier cas, le paiement du demi-traitement est maintenu, le cas échéant, jusqu'à la date de la décision d'admission à la retraite.

- Titre VII : De la mise en disponibilité.

Article 48

La mise en disponibilité prévue aux articles 27 et 47 du présent décret est prononcée après avis du comité médical ou de la commission de réforme sur l'inaptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions.

Elle est accordée pour une durée maximale d'un an et peut être renouvelée à deux reprises pour une durée égale.

Toutefois, si à l'expiration de la troisième année de disponibilité le fonctionnaire est inapte à reprendre son service, mais s'il résulte d'un avis du comité médical qu'il doit normalement pouvoir reprendre ses fonctions avant l'expiration d'une nouvelle année, la disponibilité peut faire l'objet d'un troisième renouvellement.

L'avis est donné par la commission de réforme lorsque le congé antérieur a été accordé en vertu du deuxième alinéa de l'article 34 (4°) de la loi du 11 janvier 1984 susvisée.

Le renouvellement de la mise en disponibilité est prononcé après avis du comité médical. Toutefois, lors du dernier renouvellement de la mise en disponibilité, l'avis est donné par la commission de réforme.

- Titre VIII : Dispositions diverses

Article 49

Le ministre chargé de la santé détermine, en tant que de besoin, par arrêté :

- a) La nature des examens médicaux que doivent subir les candidats à un emploi public;
- b) Les examens médicaux auxquels sont soumis les fonctionnaires sollicitant le bénéfice des congés de longue maladie ou de longue durée;
- c) Les modalités de contrôle prévues aux articles 39 et 44 du présent décret;
- d) Les modalités de l'examen prévu pour la réintégration après congé de longue maladie ou de longue durée ainsi que les conditions médicales exigées pour que cette réintégration puisse être prononcée.

Article 50

Le bénéfice du congé, prévu par l'article 41 de la loi du 19 mars 1928 susvisée, est étendu à tous les fonctionnaires atteints d'infirmités contractées ou aggravées au cours d'une guerre ou d'une expédition déclarée campagne de guerre ayant ouvert droit à pension au titre du livre 1er du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Bénéficient du même congé les fonctionnaires atteints d'infirmités ayant ouvert droit à pension du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre au titre :

- 1) Des dispositions du titre III du livre III de ce code relatif aux victimes civiles des faits de guerre;

- 2) De la loi 55-1074 du 6 août 1955 complétée par l'ordonnance 59-261 du 4 février 1959 relative aux militaires des forces armées françaises employés au maintien de l'ordre hors de la métropole à dater du 1er janvier 1952 et à leurs ayants droit;
- 3) Et de la loi 59-901 du 31 juillet 1959 relative aux personnes de nationalité française ayant subi en métropole des dommages physiques par suite des événements survenus en Algérie.

Article 51

Lorsqu'un fonctionnaire est en mesure d'invoquer à la fois l'article 34 3e et 4e de la loi du 11 janvier 1984 susvisée, et l'article 41 de la loi du 19 mars 1928 susvisée, il peut demander l'application de celles des deux législations qui lui paraîtra le plus favorable.

Article 52

L'allocation de traitement ou de demi-traitement est exclusive d'indemnité de soins prévus à l'article 198 de la loi de finances du 13 juillet 1925.

Article 53

Les honoraires et les autres frais médicaux résultant des examens prévus au présent décret, et les frais éventuels de transport du malade examiné, sont à la charge du budget de l'administration intéressée. Les tarifs d'honoraires des médecins agréés et les conditions de rémunération et d'indemnisation des membres des comités médicaux prévues au présent décret sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la fonction publique, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la santé.

Article 54

A l'exception des articles 3 et 3 bis, les dispositions du décret du 14 février 1959 susvisé sont abrogées en tant qu'elles concernent les fonctionnaires de l'Etat.

Toutefois, jusqu'au 1er octobre 1986, les médecins agréés assermentés, les comités médicaux et commissions de réforme désignés ou constitués en application du décret du 14 février 1959 susvisé, sont compétents pour exercer, dans les conditions prévues par le présent décret, les attributions que celui-ci confie aux médecins agréés, aux comités médicaux et aux commissions de réforme.

Article 55

Sont maintenus en vigueur le décret n° 48-2042 du 30 décembre 1948 portant aménagement des dispositions du décret du 26 novembre 1946 et du décret du 5 août 1947 et le décret n° 49-739 du 3 juin 1949 portant aménagement de l'organisation du service médical de l'administration des postes, télégraphes et téléphones dans le cadre du décret n° 47-1456 du 5 août 1947.

Article 56 Le ministre de l'économie, des finances et du budget, le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, le secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargé de la fonction publique et des simplifications administratives, et le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget et de la consommation sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Décret n°87-602 du 30 juillet 1987

Pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, et notamment son article 5 ;

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

Vu le décret n° 54-1023 du 13 octobre 1954 modifié relatif au statut général du personnel des offices publics d'habitations à loyer modéré ;

Vu le décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 modifié relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial ;

Vu le décret n° 65-773 du 9 septembre 1965 modifié relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;

Vu le décret n° 77-256 du 18 mars 1977 relatif au statut des personnels départementaux de Paris ;

Vu le décret n° 81-389 du 24 avril 1981 relatif au statut du personnel des caisses de crédit municipal ;

Vu le 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 ;

Vu le décret n° 85-1054 du 30 septembre 1985 relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions ;

Vu le décret n° 86-68 du 13 janvier 1986 relatif aux positions de détachement, hors cadres, de disponibilité et de congé parental des fonctionnaires territoriaux ;

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

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale ;

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

• TITRE Ier : DES MEDECINS AGREES ET DES COMITES MEDICAUX.

Article 1

Les collectivités et établissements dont les personnels sont régis par la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 précitée doivent choisir un ou plusieurs médecins généralistes et spécialistes agréés inscrits sur la liste établie dans chaque département par le commissaire de la République en application de l'article 1er du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 susvisé.

Article 2

Sont tenus de se récuser les médecins agréés appelés à examiner au titre du présent décret des fonctionnaires ou des candidats aux emplois publics dont ils sont les médecins traitants ainsi que les médecins du service de médecine professionnelle et préventive lorsqu'ils exercent pour le compte des collectivités territoriales intéressées.

Article 3

Dans chaque département, un comité médical départemental est constitué auprès du commissaire de la République.

Ce comité [*composition*] comprend deux praticiens de médecine générale et, pour l'examen des cas relevant de sa compétence, un médecin spécialiste de l'affection dont est atteint le fonctionnaire qui demande à bénéficier du congé de longue maladie ou de longue durée prévu à l'article 57 (3° et 4°) de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 susvisée.

Il est désigné un ou plusieurs suppléants pour chacun de ces membres.

S'il ne trouve pas, dans le département, un ou plusieurs des spécialistes agréés nécessaires, le comité médical départemental fait appel à des spécialistes professant dans d'autres départements. Ces spécialistes font connaître, éventuellement par écrit, leur avis sur les questions de leur compétence.

Les membres du comité médical départemental sont désignés sur proposition du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale, pour une durée [*mandat*] de trois ans, par le commissaire de la République parmi les praticiens figurant sur la liste prévue à l'article 1er du présent décret.

Au début de chaque période de trois ans, les membres titulaires et suppléants de chaque comité élisent leur président parmi les deux praticiens de médecine générale.

Le secrétariat de chaque comité est assuré par un médecin inspecteur de la santé.

Article 4

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 2](#)

Le comité médical départemental est chargé de donner à l'autorité compétente, dans les conditions fixées par le présent décret, un avis sur les questions médicales soulevées par l'admission des candidats aux emplois publics, l'octroi et le renouvellement des congés de maladie et la réintégration à l'issue de ces congés, lorsqu'il y a contestation.

Il est consulté obligatoirement pour :

- a) La prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs ;
- b) L'octroi et le renouvellement des congés de longue maladie ou de longue durée ;
- c) La réintégration à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- d) La réintégration après douze mois consécutifs de congé de maladie ;
- e) L'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé de maladie ou disponibilité d'office ;
- f) La mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement ;
- g) Le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire ;
- h) Ainsi que dans tous les autres cas prévus par des textes réglementaires.

Il peut recourir, s'il y a lieu, au concours d'experts pris en dehors de lui. Ceux-ci doivent être choisis suivant leur qualification sur la liste des médecins agréés prévue à l'article 1er du présent décret. Les experts peuvent donner leur avis par écrit ou siéger au comité à titre consultatif. S'il ne se trouve pas dans le département un ou plusieurs des experts dont l'assistance a été jugée nécessaire, les comités font appel à des experts professant dans d'autres départements.

Le secrétariat du comité médical informe le fonctionnaire :

- de la date à laquelle le comité médical examinera son dossier ;
- de ses droits concernant la communication de son dossier et de la possibilité de faire entendre le médecin de son choix ;
 - des voies de recours possibles devant le comité médical supérieur.
 - L'avis du comité médical est communiqué au fonctionnaire sur sa demande.
 - Le secrétariat du comité médical est informé des décisions qui ne sont pas conformes à l'avis du comité médical.

Article 5

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 2](#)

Le comité médical supérieur institué auprès du ministre chargé de la santé par le [décret n° 86-442 du 14 mars 1986](#) susvisé peut être appelé, à la demande de l'autorité compétente ou du fonctionnaire concerné, à donner son avis sur les cas litigieux, qui doivent avoir été préalablement examinés en premier ressort par les comités médicaux.

Le comité médical supérieur se prononce uniquement sur la base des pièces figurant au dossier qui lui est soumis.

Le comité médical supérieur assure sur le plan national la coordination des avis des comités médicaux et formule des recommandations à caractère médical relatives à l'application du statut général.

Article 6

Le comité médical départemental est compétent à l'égard des fonctionnaires territoriaux exerçant leurs fonctions dans le département considéré.

Article 7

Lorsque le fonctionnaire territorial est détaché auprès d'une collectivité ou d'un établissement régi par la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 précitée, ou auprès de l'Etat ou pour l'accomplissement d'un stage ou d'une période de scolarité préalable à la titularisation dans un emploi permanent d'une collectivité ou d'un établissement public régi par le statut de la fonction publique territoriale, ou pour suivre un cycle de préparation à un concours donnant accès à l'un de ces emplois, le comité médical compétent est celui siégeant dans le département où le fonctionnaire exerce ses fonctions selon la règle de compétence géographique prévue à l'article 6 ci-dessus.

Article 8

Dans les autres cas de détachement prévus par le décret n° 86-68 du 13 janvier 1986 susvisé, le comité médical compétent est celui siégeant dans le département où le fonctionnaire exerçait ses fonctions avant d'être détaché.

Article 9

Le médecin du service de médecine professionnelle et préventive prévu à l'article L. 417-26 du code des communes compétent à l'égard du fonctionnaire dont le cas est soumis au comité médical est informé de la réunion et de son objet. Il peut obtenir s'il le demande communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion. Il remet obligatoirement un rapport écrit dans les cas prévus aux articles 16, 23, 24 et 33 ci-dessous.

L'intéressé et l'administration peuvent faire entendre le médecin de leur choix par le comité médical.

- TITRE II : DES CONDITIONS D'APTITUDE PHYSIQUE POUR L'ADMISSION DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE.

Article 10

Pour être nommé dans la fonction publique territoriale, [*conditions*] tout candidat doit produire à l'autorité territoriale, à la date fixée par elle, un certificat médical délivré par un médecin généraliste agréé constatant que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être énumérées, ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.

Au cas où le praticien de médecine générale a conclu à l'opportunité d'un examen complémentaire, l'intéressé est soumis à l'examen d'un médecin spécialiste agréé.

Dans tous les cas, l'autorité territoriale peut faire procéder à une contre-visite par un médecin spécialiste agréé choisi dans les conditions prévues à l'article 1er du présent décret en vue d'établir si l'état de santé de l'intéressé est bien compatible avec l'exercice des fonctions qu'il postule.

Article 11

L'autorité territoriale peut recueillir l'avis du comité médical départemental. Elle est tenue de consulter le comité lorsque le candidat conteste les conclusions du ou des médecins qui l'ont examiné.

Article 12

Des arrêtés conjoints du ministre chargé des collectivités territoriales et du ministre chargé de la santé fixent les conditions particulières d'aptitude requises pour l'exercice de certaines fonctions.

Article 13

Pour les fonctionnaires territoriaux recrutés parmi les élèves d'un établissement d'enseignement spécialisé, les examens médicaux prescrits à l'article 10 ci-dessus ont lieu avant l'admission dans l'établissement.

• TITRE III : DES CONGES DE MALADIE.

Article 14

Sous réserve des dispositions de l'article 17 ci-dessous, en cas de maladie dûment constatée et mettant le fonctionnaire dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, celui-ci est de droit mis en congé de maladie.

Pour bénéficier d'un congé de maladie ainsi que de son renouvellement [*conditions*], le fonctionnaire doit obligatoirement et au plus tard dans un délai de quarante-huit heures adresser à l'autorité dont il relève un certificat d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste.

L'autorité territoriale peut faire procéder à tout moment à la contre-visite du demandeur par un médecin agréé ; le fonctionnaire doit se soumettre, sous peine d'interruption du versement de sa rémunération, à cette contre-visite.

Le comité médical compétent peut être saisi, soit par l'autorité territoriale, soit par l'intéressé, des conclusions du médecin agréé.

Article 16

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 2](#)

Sous réserve du deuxième alinéa du présent article, la commission de réforme prévue par le [décret n° 65-773 du 9 septembre 1965](#) susvisé est obligatoirement consultée dans tous les cas où un fonctionnaire demande le bénéfice des dispositions de l'[article 57 \(2°, 2e alinéa\) de la loi du 26 janvier 1984](#) susvisée. Le dossier qui lui est soumis doit comprendre un rapport écrit du médecin du service de médecine professionnelle et préventive compétent à l'égard du fonctionnaire concerné.

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

Article 17

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 2](#)

Lorsque, à l'expiration de la première période de six mois consécutifs de congé de maladie, le fonctionnaire est inapte à reprendre son service, le comité médical est saisi pour avis de toute demande de prolongation de ce congé dans la limite des six mois restant à courir.

Lorsque le fonctionnaire a obtenu pendant une période de douze mois consécutifs des congés de maladie d'une durée totale de douze mois, il ne peut, à l'expiration de sa dernière période de congé, reprendre son service sans l'avis favorable du comité médical. En cas d'avis défavorable, il est soit mis en disponibilité, soit reclassé dans un autre emploi, soit, s'il est reconnu définitivement inapte à l'exercice de tout emploi, admis à la retraite après avis de la commission de réforme. Dans ce dernier cas, le paiement du demi-traitement est maintenu, le cas échéant, jusqu'à la date de la décision d'admission à la retraite.

Le fonctionnaire qui, à l'expiration de son congé de maladie, refuse sans motif valable lié à son état de santé le poste qui lui est assigné peut être licencié après avis de la commission administrative paritaire [*sanction*].

• TITRE IV : DES CONGES DE LONGUE MALADIE.

Article 18

Le fonctionnaire qui est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions par suite d'une maladie grave et invalidante nécessitant un traitement et des soins prolongés est mis en congé de longue maladie, selon la procédure définie à l'article 25 ci-dessous.

Le fonctionnaire qui a bénéficié de la totalité d'un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un congé de même nature, pour la même maladie ou pour une autre maladie s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant [*durée*] un an au moins.

Article 19

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 2](#)

Le ministre chargé de la santé détermine par arrêté, après avis du comité médical supérieur, une liste indicative de maladies qui, si elles répondent en outre aux caractéristiques définies à l'article 57 (3°) de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 susvisée, peuvent ouvrir droit à un congé de longue maladie. Toutefois, le bénéfice d'un congé de longue maladie demandé pour une affection qui n'est pas inscrite sur la liste prévue à la phrase précédente peut être accordé après l'avis du comité médical compétent.

- TITRE V : DES CONGES DE LONGUE DUREE.

Article 20

Modifié par [Décret n°98-68 du 2 février 1998 - art. 5](#)

Le fonctionnaire atteint d'une des affections énumérées au 4° de l'article 57 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée, qui est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et qui a épuisé, à quelque titre que ce soit, la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie, est placé en congé de longue durée selon la procédure définie à l'article 25 ci-dessous. Le fonctionnaire placé en congé de longue durée ne peut bénéficier d'aucun autre congé avant d'avoir été réintégré dans ses fonctions.

Lorsqu'elle a été attribuée au titre de l'affection ouvrant droit au congé de longue durée considéré, la période de congé de longue maladie à plein traitement, déjà accordée, est décomptée comme congé de longue durée.

Article 21

Modifié par [Décret n°98-68 du 2 février 1998 - art. 5](#)

Toutefois, le fonctionnaire atteint d'une des affections prévues à l'article 20 ci-dessus, qui est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et qui a épuisé, à quelque titre que ce soit, la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie, peut demander à être placé en congé de longue durée ou maintenu en congé de longue maladie.

L'autorité territoriale accorde à l'intéressé un congé de longue durée ou de longue maladie après avis du comité médical.

Si l'intéressé obtient le bénéfice du congé de longue maladie, il ne peut plus bénéficier d'un congé de longue durée au titre de l'affection pour laquelle il a obtenu ce congé, s'il n'a pas recouvré auparavant ses droits à congé de longue maladie à plein traitement.

Article 22

Lorsqu'un fonctionnaire a bénéficié d'un congé de longue durée au titre de l'une des affections énumérées à l'article 20 ci-dessus, tout congé accordé par la suite pour la même affection est un congé de longue durée, dont la durée s'ajoute à celle du congé déjà attribué.

Si le fonctionnaire contracte une autre affection ouvrant droit à congé de longue durée, il a droit à l'intégralité d'un nouveau congé de longue durée accordé dans les conditions prévues à l'article 20 ci-dessus.

Article 23

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 2](#)

Lorsque le congé de longue durée est demandé pour une maladie contractée en service, le dossier est soumis à la commission de réforme prévue par le [décret n° 65-773 du 9 septembre 1965](#) susvisé ; le dossier doit comprendre un rapport écrit du médecin du service de médecine professionnelle attaché à la collectivité ou établissement auquel appartient le fonctionnaire concerné.

Lorsque l'administration est amenée à se prononcer sur l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident, elle peut, en tant que de besoin, consulter un médecin expert agréé.

La commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration. La commission de réforme peut, en tant

que de besoin, demander à l'administration de lui communiquer les décisions reconnaissant l'imputabilité.

- TITRE VI : DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONGES DE LONGUE MALADIE ET AUX CONGES DE LONGUE DUREE.

Article 24

Lorsque l'autorité territoriale estime, au vu d'une attestation médicale ou sur le rapport des supérieurs d'un fonctionnaire, que celui-ci se trouve dans la situation prévue à l'article 57 (3° ou 4°) de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 susvisée, elle peut provoquer l'examen médical de l'intéressé dans les conditions prévues aux alinéas 3 et suivants de l'article 25 ci-dessous. Un rapport écrit du médecin du service de médecine professionnelle et préventive attaché à la collectivité ou établissement dont relève le fonctionnaire concerné doit figurer au dossier.

Article 25

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 2](#)

Pour bénéficier d'un congé de longue maladie ou de longue durée le fonctionnaire en position d'activité, ou son représentant légal, doit adresser à l'autorité territoriale une demande appuyée d'un certificat de son médecin traitant spécifiant qu'il est susceptible de bénéficier des dispositions de l'[article 57 \(3° ou 4°\) de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984](#) susvisée.

Le médecin traitant adresse directement au secrétaire du comité médical compétent un résumé de ses observations et les pièces justificatives qui peuvent être prescrites dans certains cas par l'arrêté visé à l'article 39 du présent décret.

Au vu de ces pièces, le secrétaire du comité médical fait procéder à la contre-visite du demandeur par un médecin agréé compétent pour l'affection en cause.

Le dossier est ensuite soumis au comité médical. Si le médecin agréé qui a procédé à la contre-visite ne siège pas au comité médical, il peut être entendu par celui-ci.

L'avis du comité médical est transmis à l'autorité territoriale qui, en cas de contestation de sa part ou du fonctionnaire intéressé, le soumet pour avis au comité médical supérieur visé à l'article 5 du présent décret.

Si la demande de congé est présentée au cours d'un congé antérieurement accordé dans les conditions prévues à l'article 57 (2°, 1er alinéa) de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 susvisée, la première période de congé de longue maladie ou de longue durée part du jour de la première constatation médicale de la maladie dont est atteint le fonctionnaire.

Article 26

Un congé de longue maladie ou de longue durée peut être accordé par période de trois à six mois. La durée de ce congé est fixée sur la proposition du comité médical dans les limites précitées.

L'intéressé ou son représentant légal doit adresser la demande de renouvellement de son congé à l'autorité territoriale un mois avant l'expiration dudit congé [*délai*].

Les congés de longue maladie ou de longue durée peuvent être renouvelés dans les mêmes conditions et les mêmes limites de durée. Le renouvellement est accordé dans les conditions fixées à l'article 25 du présent décret.

Avant l'expiration de chaque période de congé et à l'occasion de chaque demande de renouvellement, le fonctionnaire est tenu de produire à l'autorité territoriale les justifications mentionnées par l'arrêté visé à l'article 39 du présent décret.

Article 27

Lorsque la période de congé vient à expiration, le fonctionnaire ne continue à percevoir le traitement ou le demi-traitement que s'il a présenté la demande de renouvellement de son congé [*conditions*]. Le fonctionnaire qui percevait une indemnité de résidence au moment où il est mis en congé en conserve le bénéfice intégral s'il continue à résider dans la localité où il habitait avant sa mise en congé, ou si son conjoint ou ses enfants à charge continuent d'y résider.

Lorsqu'il y a changement de résidence, l'indemnité de résidence à laquelle a droit le fonctionnaire en congé de longue maladie ou de longue durée, et qui ne peut être supérieure à celle qu'il percevait lorsqu'il exerçait ses fonctions, est la plus avantageuse des indemnités afférentes aux localités où le fonctionnaire, son conjoint ou ses enfants à charge résident habituellement depuis la mise en congé.

Lorsque le fonctionnaire territorial mis en congé de longue maladie ou de longue durée bénéficie d'un logement dans un immeuble de l'administration, il doit quitter les lieux si sa présence fait courir des dangers au public ou à d'autres agents, ou est incompatible avec la bonne marche du service.

Article 28

Le bénéficiaire d'un congé de longue maladie ou de longue durée doit cesser tout travail rémunéré, sauf les activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation.

Il est tenu de notifier ses changements de résidence successifs à l'autorité territoriale qui, par des enquêtes directes de la collectivité ou établissement employeur ou par des enquêtes demandées à d'autres administrations plus aptes à les effectuer, s'assure que le titulaire du congé n'exerce effectivement aucune activité interdite par le premier alinéa du présent article. Si l'enquête établit le contraire, elle provoque immédiatement l'interruption du versement de la rémunération. Si l'exercice d'un travail rémunéré non autorisé remonte à une date antérieure de plus d'un mois, elle prend les mesures nécessaires pour faire reverser les sommes perçues depuis cette date au titre du traitement et des accessoires.

La rémunération est rétablie à compter du jour où l'intéressé a cessé tout travail rétribué, le temps pendant lequel le versement de la rémunération a été interrompu compte dans la période de congé en cours.

Article 29

Sous peine d'interruption du versement de sa rémunération, le bénéficiaire d'un congé de longue maladie ou de longue durée doit se soumettre, sous le contrôle du médecin agréé et, s'il y a lieu, du comité médical compétent, aux prescriptions et aux visites que son état comporte, et notamment à celles fixées par l'arrêté prévu à l'article 39 du présent décret.

Le temps pendant lequel le versement de la rémunération a été interrompu compte dans la période de congé en cours.

Article 30

Le temps passé en congé pour accident de service, de maladie, de longue maladie ou de longue durée avec traitement, demi-traitement ou pendant une période durant laquelle le

versement du traitement a été interrompu en application des articles 29 et 34 du présent décret est valable pour l'avancement à l'ancienneté et entre en ligne de compte dans le minimum de temps valable pour pouvoir prétendre au grade supérieur. Il compte également pour la détermination du droit à la retraite et donne lieu au versement de retenues et contributions à la Caisse nationale de retraites.

Article 31

Le bénéficiaire d'un congé de longue maladie ou de longue durée ne peut reprendre ses fonctions à l'expiration ou au cours dudit congé que s'il est reconnu apte après examen par un spécialiste agréé et avis favorable du comité médical compétent.

Cet examen peut être demandé soit par le fonctionnaire, soit par la collectivité ou l'établissement dont il relève.

Les conditions exigées pour que la réintégration puisse être prononcée sont fixées par l'arrêté prévu à l'article 39 ci-dessous.

Article 32

Si, au vu de l'avis du comité médical compétent et éventuellement de celui du comité médical supérieur, dans le cas où l'autorité territoriale ou l'intéressé jugent utile de le provoquer, le fonctionnaire est reconnu apte à exercer ses fonctions, il reprend celles-ci dans les conditions fixées à l'article 33 ci-dessous.

Si, au vu des avis prévus ci-dessus, le fonctionnaire est reconnu inapte à exercer ses fonctions, le congé continue à courir ou, s'il était au terme d'une période, est renouvelé. Il en est ainsi jusqu'au moment où le fonctionnaire sollicite l'octroi de l'ultime période de congé rétribuée à laquelle il peut prétendre.

Le comité médical doit alors donner son avis sur la prolongation du congé et sur la présomption d'inaptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions.

S'il y a présomption d'inaptitude définitive, la commission de réforme prévue par le décret n° 65-773 du 9 septembre 1965 susvisé se prononce, à l'expiration de la période de congé rémunéré, sur l'application de l'article 37 ci-dessous.

S'il n'y a pas présomption d'inaptitude définitive, le comité médical se prononce, à l'expiration de la période de congé rémunéré, sur l'aptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions.

Article 33

Le comité médical, consulté sur l'aptitude d'un fonctionnaire territorial mis en congé de longue maladie ou de longue durée à reprendre l'exercice de ses fonctions, peut formuler des recommandations sur les conditions d'emploi de l'intéressé sans qu'il puisse porter atteinte à sa situation administrative.

Le dossier soumis au comité médical comporte un rapport écrit du médecin du service de médecine professionnelle et préventive.

Si l'intéressé bénéficie d'un aménagement des conditions de son travail, le comité médical, après avis du service de médecine professionnelle et préventive, est appelé de nouveau, à l'expiration de périodes successives d'une durée comprise entre trois et six mois, à formuler des recommandations auprès de l'autorité territoriale sur l'opportunité du maintien ou de la modification de ces aménagements.

Le comité d'hygiène et de sécurité ou, à défaut, le comité technique paritaire est informé chaque année des aménagements accordés par l'autorité territoriale, en application du présent article.

Article 34

Tout fonctionnaire bénéficiant d'un congé de longue maladie ou de longue durée doit, sous peine d'interruption du versement de sa rémunération, se soumettre aux visites de contrôle prescrites par le spécialiste agréé ou le comité médical.

Le temps pendant lequel le versement de la rémunération a été interrompu compte dans la période de congé.

Le refus répété et sans motif valable de se soumettre au contrôle prévu à l'alinéa 1er peut entraîner, après mise en demeure, la perte du bénéfice du congé de longue maladie ou de longue durée.

Article 35

Le fonctionnaire territorial qui, à l'expiration d'un congé de longue maladie ou de longue durée, refuse le poste qui lui est assigné, sans justifier d'un motif valable lié à son état de santé, peut être licencié après avis de la commission paritaire [*sanction*].

Article 36

Le fonctionnaire qui, à l'issue du congé, est affecté dans une localité différente de celle où il exerçait ses fonctions, perçoit l'indemnité pour frais de changement de résidence prévue par les dispositions réglementaires applicables à la fonction publique territoriale, sauf si le déplacement a lieu sur sa demande, et pour des motifs autres que son état de santé.

L'indemnité est due même si l'intéressé, pendant son congé, a quitté définitivement la localité où il exerçait son précédent emploi ; elle ne peut être supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il était resté dans cette localité pendant la durée de son congé.

Article 37

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 2](#)

Le fonctionnaire ne pouvant, à l'expiration de la dernière période de congé de longue maladie ou de longue durée attribuable, reprendre son service est soit reclassé, en application du [décret n° 85-1054 du 30 septembre 1985](#) susvisé, soit mis en disponibilité, soit admis à la retraite après avis de la commission de réforme prévue par le [décret n° 65-773 du 9 septembre 1965](#). Dans ce dernier cas, le paiement du demi-traitement est maintenu, le cas échéant, jusqu'à la date de la décision d'admission à la retraite.

- TITRE VII : DE LA MISE EN DISPONIBILITE.

Article 38

La mise en disponibilité visée aux articles 17 et 37 du présent décret est prononcée après avis du comité médical ou de la commission de réforme prévue par le décret n° 65-773 du 9 septembre 1965 susvisé, sur l'inaptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions.

L'avis est donné par la commission de réforme lorsque le congé antérieur a été accordé en vertu de l'article 57 (4°, 2e alinéa) de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 susvisée.

Le renouvellement de la mise en disponibilité est prononcé après avis du comité médical. Toutefois, lors du dernier renouvellement, l'avis est donné par la commission de réforme.

- TITRE VIII : DISPOSITIONS DIVERSES.

Article 39

L'arrêté pris par le ministre chargé de la santé en application du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 susvisé détermine également pour les fonctionnaires territoriaux :

- la nature des examens médicaux que doivent subir les candidats à un emploi public ;
- les examens médicaux auxquels sont soumis les fonctionnaires sollicitant le bénéfice des congés de longue maladie ou de longue durée ;
- les modalités du contrôle prévu aux articles 31 et 34 du présent décret ;
- les modalités de l'examen prévu pour la réintégration après congé de longue maladie ou de longue durée ainsi que les conditions médicales exigées pour que cette réintégration puisse être prononcée.

Article 40

Lorsqu'un fonctionnaire est en mesure d'invoquer à la fois l'article 57 (3° ou 4°) de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 susvisée et l'article 41 de la loi du 19 mars 1928, il peut demander l'application de celles des deux législations qui lui paraîtra la plus favorable.

L'allocation du traitement ou du demi-traitement est exclusive de l'indemnité de soins prévue à l'article 198 de la loi de finances du 13 juillet 1925.

Article 41

Les honoraires et les autres frais médicaux résultant des examens prévus au présent décret, et éventuellement les frais de transport du malade examiné, sont à la charge du budget de la collectivité ou établissement intéressé.

Les tarifs d'honoraires des médecins agréés et les conditions de rémunération et d'indemnisation des membres des comités médicaux prévus au présent décret sont fixés par arrêté du ministre chargé des collectivités territoriales, du ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, chargé du budget, et du ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé, après avis du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale.

Article 42

Sont abrogées :

- les dispositions des articles R. 444-29-4°, R. 444-110, R. 444-111, R. 444-112, R. 444-113, R. 444-114, R. 444-115, R. 444-116, R. 444-117, R. 444-118, R. 444-119 et R. 444-121 du code des communes ;
- les dispositions des articles 10, 27-4°, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102 et 103 du décret n° 77-256 du 18 mars 1977 relatif au statut des personnels départementaux de Paris ;
- les dispositions des articles 15 (4°), 49, 50, 51 (1er, 2e et 3e alinéa), 52, 53, 54, 55, 56, 58 du décret n° 54-1023 du 13 octobre 1954 modifié relatif au statut général du personnel des offices publics d'habitations à loyer modéré ;
- les dispositions des articles 17-5° et dernier alinéa, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 72 du décret n° 81-389 du 24 avril 1981 relatif au statut du personnel des caisses de crédit municipal.

Article 43

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, le ministre de l'intérieur, le ministre de l'équipement, du logement, de l'aménagement du territoire et des transports, le ministre des affaires sociales et de l'emploi, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, chargé du budget, le ministre délégué auprès du ministre de l'intérieur, chargé des collectivités locales et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel de la République française.

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

Version consolidée au 19 novembre 2008

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, et du ministre des affaires sociales et de l'emploi,

Vu la Constitution, et notamment l'article 37 ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 803 ;

Vu le code du travail, notamment les articles R. 242-1 à R. 242-23 ;

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment l'article 5 (5°) ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, notamment les articles 11, 27, 41 (2° à 4°), 42, 43, 62 et 131 ;

Vu le décret n° 63-766 du 30 juillet 1963 modifié portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance n° 45-1708 du 31 juillet 1945 et relatif à l'organisation et au fonctionnement du Conseil d'Etat, notamment l'article 21 ;

Vu le décret n° 65-773 du 9 septembre 1965 modifié portant règlement d'administration publique relatif au régime de retraites des tributaires de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;

Vu le décret n° 77-962 du 11 août 1977 relatif au statut des personnels de l'administration générale de l'assistance publique à Paris ;

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

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction hospitalière ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Article 1

Les dispositions du présent décret sont applicables aux fonctionnaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

- TITRE Ier : MEDECINS AGREES ET COMITES MEDICAUX.

Article 2

Pour l'application des dispositions du présent décret, chacun des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée doit s'attacher un ou plusieurs des médecins généralistes et spécialistes agréés inscrits sur la liste établie en application de l'article 1er du décret du 14 mars 1986 susvisé.

Article 3

L'autorité compétente peut décider qu'il n'y a pas lieu à l'examen par un médecin agréé prévu par des dispositions du présent décret si le fonctionnaire ou le candidat à un emploi présente un certificat médical établi par un médecin appartenant au personnel enseignant et hospitalier ou ayant la qualité de praticien hospitalier, à condition, toutefois, que ce médecin n'exerce pas dans l'établissement dans lequel l'intéressé est employé ou postule un emploi.

Article 4

Les médecins agréés appelés à examiner au titre du présent décret des fonctionnaires ou des candidats aux emplois de la fonction publique hospitalière dont ils sont médecins traitants sont tenus de se récuser.

Article 5

Le comité médical départemental constitué auprès du représentant de l'Etat en application de l'article 6 du décret du 14 mars 1986 susvisé est compétent à l'égard des fonctionnaires auxquels s'appliquent les dispositions du présent décret exerçant leurs fonctions dans son ressort, en position d'activité, par voie de mise à disposition ou en position de détachement. Dans le cas où le fonctionnaire détaché exerce dans cette position des fonctions en dehors du ressort d'un comité médical départemental, le comité médical compétent est à son égard celui du département où le fonctionnaire exerçait ses fonctions avant son détachement.

Article 6

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, le ministre chargé de la santé peut instituer un comité médical propre à un établissement public ou à un groupe d'établissements publics dont les personnels sont assujettis au statut de la fonction publique hospitalière si l'importance du nombre des agents le justifie. Ce comité médical est constitué par le ou les préfets territorialement compétents avec la composition et pour la durée prévues à l'article 5 du décret du 14 mars 1986 susvisé. Il est compétent à l'égard de l'ensemble des fonctionnaires de l'établissement ou du groupe d'établissements quels que soient le lieu d'exercice de leurs fonctions et leur position.

Article 7

Modifié par [Décret n°2006-1466 du 27 novembre 2006 - art. 1 JORF 29 novembre 2006](#)

Les comités médicaux sont chargés de donner un avis à l'autorité compétente sur les contestations d'ordre médical qui peuvent s'élever à propos de l'admission des candidats aux emplois de la fonction publique hospitalière, de l'octroi et du renouvellement des congés de maladie et de la réintégration à l'issue de ces congés.

Ils sont consultés obligatoirement en ce qui concerne :

1. La prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs ;
2. L'octroi des congés de longue maladie et de longue durée ;
3. Le renouvellement de ces congés ;
4. La réintégration après douze mois consécutifs de congés de maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;

5. L'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après un congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée ;

6. La mise en disponibilité d'office pour raisons de santé, son renouvellement et l'aménagement des conditions de travail après la fin de la mise en disponibilité ;

7. Le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire, ainsi que dans tous les autres cas prévus par des textes réglementaires.

Les comités médicaux peuvent recourir au concours d'experts pris hors de leur formation. Ces experts doivent être choisis sur la liste des médecins agréés du département, prévue à l'article 1er du décret du 14 mars 1986 susvisé et, à défaut, sur la liste des médecins agréés d'autres départements. Les experts donnent leur avis par écrit ou sont entendus par le comité médical.

Le secrétariat du comité médical informe le fonctionnaire :

- de la date à laquelle le comité médical examinera son dossier ;

- de ses droits relatifs à la communication de son dossier et à la possibilité de faire entendre le médecin de son choix ;

- des voies de recours possibles devant le comité médical supérieur.

L'avis du comité médical est communiqué au fonctionnaire, sur sa demande.

Le secrétariat du comité médical est informé des décisions qui ne sont pas conformes à l'avis du comité médical.

Article 8

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 3](#)

Le comité médical supérieur prévu à l'[article 8 du décret du 14 mars 1986](#) susvisé, saisi par l'autorité administrative compétente, à son initiative ou à la demande du fonctionnaire, peut être consulté sur les cas dans lesquels l'avis donné en premier ressort par le comité médical compétent est contesté.

Le comité médical supérieur se prononce uniquement sur la base des pièces figurant au dossier tel qu'il lui est soumis au jour où il l'examine.

Le comité médical supérieur assure sur le plan national la coordination des avis des comités médicaux et formule des recommandations à caractère médical relatives à l'application du statut général.

Article 9

Le médecin du travail attaché à l'établissement auquel appartient le fonctionnaire dont le cas est soumis au comité médical ou à la commission départementale de réforme des agents des collectivités locales prévue par le décret du 9 septembre 1965 susvisé est informé de la réunion et de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à la réunion. Il remet obligatoirement un rapport écrit dans les cas prévus aux articles 16, 21, 23 et 32.

Le fonctionnaire intéressé et l'autorité compétente de l'établissement peuvent faire entendre le médecin de leur choix par le comité médical et la commission de réforme.

• TITRE II : CONDITIONS D'APTITUDE PHYSIQUE POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE.

Article 10

Nul ne peut être nommé à un emploi de la fonction publique hospitalière s'il ne produit, dans le délai prescrit par l'autorité administrative, un certificat médical délivré par un médecin généraliste agréé attestant que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité, ou que les

maladies ou infirmités constatées ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions auxquelles il postule [*condition*].

Au cas où le praticien de médecine générale a conclu à l'opportunité d'un examen complémentaire, l'intéressé est soumis à l'examen d'un médecin spécialiste agréé.

Article 11

Lorsque les conclusions du ou des médecins sont contestées par l'administration ou par l'intéressé, le dossier est soumis au comité médical compétent.

Article 12

Lorsqu'en vue de l'exercice de certaines fonctions les candidats doivent remplir des conditions d'aptitude physique spéciales, les statuts particuliers déterminent ces conditions et les moyens et modalités de contrôle appropriés à la vérification desdites conditions, qui peuvent notamment comporter un examen médico-psycho-technique d'aptitude.

Article 13

Lorsque le recrutement s'effectue par la voie d'une école ou d'un établissement d'enseignement spécialisé, les examens médicaux prévus à l'article 10 doivent avoir lieu lors de l'admission dans cet établissement.

- TITRE III : CONGES DE MALADIE.

Article 14

Sous réserve des dispositions de l'article 15 ci-dessous, en cas de maladie dûment constatée le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, le fonctionnaire hospitalier est de droit placé en congé de maladie.

Article 15

Pour obtenir un congé de maladie ou le renouvellement du congé initialement accordé, le fonctionnaire doit dans un délai de quarante-huit heures faire parvenir à l'autorité administrative un certificat émanant d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme.

Les fonctionnaires bénéficiaires d'un congé de maladie doivent se soumettre au contrôle exercé par l'autorité investie du pouvoir de nomination. Cette dernière peut faire procéder à tout moment à la contre-visite de l'intéressé par un médecin agréé ; le fonctionnaire doit se soumettre, sous peine d'interruption de sa rémunération, à cette contre-visite.

Le comité médical compétent peut être saisi par l'administration ou par l'intéressé des conclusions du médecin agréé.

Article 16

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 3](#)

La commission départementale de réforme des agents des collectivités locales est obligatoirement consultée si la maladie provient de l'une des causes prévues au [deuxième alinéa du 2° de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986](#) susvisée.

Lorsque l'administration est amenée à se prononcer sur l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident, elle peut, en tant que de besoin, consulter un médecin expert agréé ;
La commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration. La commission de réforme peut, en tant que de besoin, demander à l'administration de lui communiquer les décisions reconnaissant l'imputabilité.

Article 17

Modifié par [Décret n°2006-1466 du 27 novembre 2006 - art. 2 JORF 29 novembre 2006](#)

Lorsque le fonctionnaire est dans l'incapacité de reprendre son service à l'expiration de la première période de six mois consécutifs de congé de maladie, le comité médical est saisi pour avis de toute demande de prolongation de ce congé dans la limite des six mois restant à courir.

Lorsqu'un fonctionnaire a obtenu pendant une période de douze mois consécutifs des congés de maladie d'une durée totale de douze mois, il ne peut, à l'expiration de sa dernière période de congé, reprendre son service qu'après l'avis favorable du comité médical.

Si l'avis du comité médical est défavorable, le fonctionnaire est soit mis en disponibilité, soit, s'il le demande, reclassé dans un autre emploi, soit, s'il est reconnu définitivement inapte à l'exercice de tout emploi, admis à la retraite après avis de la commission de réforme des agents des collectivités locales. Dans ce dernier cas, le paiement du demi-traitement est maintenu par l'établissement employeur, le cas échéant, jusqu'à la date de la décision portant admission à la retraite.

- TITRE IV : CONGES DE LONGUE MALADIE.

Article 18

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 3](#)

Pour l'application de l'[article 41 \(3°\) de la loi du 9 janvier 1986](#) susvisée, le ministre chargé de la santé établit par arrêté, après avis du comité médical supérieur, une liste indicative de maladies qui, si elles répondent en outre aux critères définis par ces dispositions législatives, peuvent ouvrir droit à congé de longue maladie après avis du comité médical.

Toutefois le bénéfice d'un congé de longue maladie demandé pour une affection qui n'est pas inscrite sur la liste prévue à l'alinéa précédent peut être accordé après l'avis du comité médical compétent.

- TITRE V : CONGE DE LONGUE DUREE.

Article 19

Modifié par [Décret n°97-417 du 22 avril 1997 - art. 1 JORF 29 avril 1997](#)

Le fonctionnaire atteint de tuberculose, de maladie mentale, d'affection cancéreuse, de poliomyélite ou de déficit immunitaire grave et acquis qui est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et qui a épuisé à quelque titre que ce soit ses droits à plein traitement d'un congé de longue maladie est placé en congé de longue durée. Toutefois, l'intéressé peut demander à être placé ou maintenu en congé de longue maladie.

Si le fonctionnaire obtient le bénéfice d'un congé de longue maladie, il ne peut plus bénéficier d'un congé de longue durée au titre de l'affection pour laquelle il a obtenu ce congé s'il n'a recouvré auparavant ses droits à congé de longue maladie à plein traitement.

L'autorité investie du pouvoir de nomination accordé à l'intéressé un congé de longue durée ou de longue maladie après avis du comité médical.

Article 20

Lorsqu'un fonctionnaire a bénéficié d'un congé de longue durée au titre de l'une des affections énumérées à l'article 19 ci-dessus, tout congé accordé par la suite pour la même affection est un congé de longue durée dont la durée s'ajoute à celle du congé déjà attribué.

Si le fonctionnaire contracte une autre affection ouvrant droit à un congé de longue durée, il a droit à l'intégralité d'un nouveau congé de longue durée.

Article 21

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 3](#)

La demande tendant à ce que la maladie ouvrant droit à congé de longue durée soit reconnue comme ayant été contractée dans l'exercice des fonctions doit être transmise à la commission départementale de réforme des agents des collectivités locales.

Lorsque l'administration est amenée à se prononcer sur l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident, elle peut, en tant que de besoin, consulter un médecin expert agréé.

La commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration. La commission de réforme peut, en tant que de besoin, demander à l'administration de lui communiquer les décisions reconnaissant l'imputabilité.

L'avis de la commission départementale de réforme ainsi que le dossier qu'elle a examiné sont transmis à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Article 22

Créé par [Décret 88-386 1988-04-19 JORF 21 avril 1988 rectificatif JORF 6 août 1988](#)

A l'expiration du congé de longue durée, le fonctionnaire est réaffecté dans ses fonctions ou dans des fonctions correspondant à son grade ou à son emploi.

• TITRE VI : DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONGES DE LONGUE MALADIE ET DE LONGUE DUREE.

Article 23

Lorsque l'autorité investie du pouvoir de nomination estime, au vu d'une attestation médicale ou sur le rapport des supérieurs hiérarchiques, que l'état de santé d'un fonctionnaire pourrait justifier qu'il lui soit fait application des dispositions de l'article 41 (3° et 4°) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, elle peut provoquer l'examen médical de l'intéressé dans les conditions prévues aux alinéas 3 et suivants de l'article 24 ci-dessous.

Article 24

Modifié par [Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 3](#)

Pour obtenir un congé de longue maladie ou de longue durée, le fonctionnaire en activité, ou son représentant, doit adresser à l'autorité ayant le pouvoir de nomination une demande appuyée d'un certificat du médecin traitant spécifiant qu'il peut bénéficier des dispositions du 3° ou du 4° de l'[article 41 de la loi du 9 janvier 1986](#) susvisée.

Le médecin traitant adresse directement au secrétaire du comité médical compétent un résumé de ses observations et les pièces justificatives dont la production peut être prescrite par les dispositions de l'arrêté ministériel prévu à l'[article 49 du décret du 14 mars 1986](#) susvisé, Au vu de ces pièces, le secrétaire du comité médical fait procéder à une contre-visite du demandeur par un médecin agréé, le cas échéant spécialiste.

Le dossier est ensuite soumis au comité médical compétent. Si le médecin agréé qui a procédé à la contre-visite ne siège pas au comité médical, il peut être entendu par celui-ci.

Le comité médical transmet son avis à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

En cas de contestation par cette autorité ou par l'intéressé, l'avis du comité médical est soumis au comité médical supérieur.

Si la demande de congé est présentée au cours d'un congé antérieurement accordé dans les conditions prévues à l'article 41 (3°, premier alinéa) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, la première période de congé de longue maladie ou de longue durée part du jour de la première constatation médicale de la maladie dont est atteint le fonctionnaire.

Article 25

Un congé de longue maladie ou de longue durée peut être accordé ou renouvelé pour une période de trois à six mois. La durée du congé est fixée dans ces limites sur la proposition du comité médical.

L'intéressé ou son représentant doit adresser la demande de renouvellement du congé à l'autorité investie du pouvoir de nomination un mois avant l'expiration de la période en cours.

Le renouvellement est accordé dans les conditions prévues à l'article 24 ci-dessus.

Avant l'expiration de chaque période de congé et à l'occasion de chaque demande de renouvellement, le fonctionnaire est tenu de fournir à l'administration les justifications mentionnées à l'arrêté prévu par l'article 49 du décret du 14 mars 1986 susvisé.

Article 26

A l'issue de chaque période de congé de longue maladie ou de longue durée, le traitement intégral ou le demi-traitement ne peut être payé au fonctionnaire qui ne reprend pas son service qu'à la condition qu'il ait demandé et obtenu le renouvellement de ce congé. Toutefois, le traitement est maintenu jusqu'à l'avis du comité médical compétent.

Au traitement ou au demi-traitement s'ajoutent les avantages familiaux et la totalité ou la moitié des indemnités accessoires, à l'exclusion de celles qui sont attachées à l'exercice des fonctions ou qui ont le caractère de remboursement de frais.

Ceux des fonctionnaires qui percevaient une indemnité de résidence au moment où ils ont été placés en congé en conservent le bénéfice dans son intégralité s'il est établi qu'eux-mêmes, leur conjoint ou leurs enfants à charge continuent à résider dans la localité où ils habitaient avant leur mise en congé de longue maladie ou de longue durée.

Dans le cas où les intéressés ne réunissent pas les conditions exigées pour bénéficier de la disposition précédente, ils peuvent néanmoins percevoir une indemnité de résidence. Celle-ci, qui ne peut en aucun cas être supérieure à celle qu'ils percevaient lorsqu'ils étaient en fonctions, est la plus avantageuse des indemnités afférentes aux localités où eux-mêmes, leur conjoint ou les enfants à leur charge résident habituellement depuis la date de la mise en congé.

Le bénéficiaire du congé de longue maladie ou de longue durée disposant d'un logement dans les immeubles de l'établissement doit quitter les lieux dans le délai fixé par l'administration si cette dernière estime que son maintien dans les lieux présente des inconvénients pour la bonne marche du service, notamment dans le cas où le fonctionnaire est remplacé.

Article 27

Le fonctionnaire en congé de longue maladie ou de longue durée doit cesser tout travail rémunéré, sauf les activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation. Il est tenu de notifier les changements de résidence successifs à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Ladite autorité s'assure par les contrôles appropriés que le titulaire du congé n'exerce pas d'activité interdite. Si l'enquête établit le contraire, le versement de la rémunération est immédiatement interrompu. Et, dans le cas où l'exercice d'un travail rémunéré non autorisé remonte à une date antérieure de plus d'un mois à la constatation qui en est faite, l'intéressé doit reverser à l'établissement les sommes perçues au titre du traitement et des accessoires à compter de cette date.

La rémunération est rétablie à compter du jour où l'intéressé a cessé tout travail non autorisé. Le temps pendant lequel le versement de la rémunération a été interrompu compte dans la période de congé en cours.

Article 28

Sous peine d'interruption du versement de sa rémunération, le bénéficiaire d'un congé de longue maladie ou de longue durée doit se soumettre, sous le contrôle du médecin agréé et, s'il y a lieu, du comité médical, aux prescriptions que son état requiert, et notamment à celles fixées par l'arrêté prévu à l'article 49 du décret du 14 mars 1986 susvisé.

Le temps pendant lequel le versement de la rémunération a pu être interrompu compte dans la période de congé en cours.

Article 29

Le temps passé en congé pour accident de service, de maladie, de longue maladie ou de longue durée avec traitement, demi-traitement ou pendant une période durant laquelle le versement du traitement a été interrompu, en application des articles 28 et 33 du présent décret, est pris en compte pour l'avancement à l'ancienneté ainsi que dans l'appréciation du temps minimum exigé pour pouvoir prétendre au grade supérieur.

Article 30

Le bénéficiaire d'un congé de longue maladie ou de longue durée ne peut reprendre ses fonctions à l'expiration ou au cours dudit congé que s'il est reconnu apte, après examen par un spécialiste agréé et avis favorable du comité médical compétent.

Cet examen peut être demandé soit par le fonctionnaire, soit par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Les conditions exigées pour que la réintégration puisse être prononcée sont fixées par l'arrêté prévu à l'article 49 du décret du 14 mars 1986 susvisé.

Article 31

Créé par [Décret 88-386 1988-04-19 JORF 21 avril 1988 rectificatif JORF 6 août 1988](#)

Si, au vu de l'avis du comité médical compétent et, éventuellement, de celui du comité médical supérieur, dans le cas où l'autorité investie du pouvoir de nomination ou l'intéressé

juge utile de le solliciter, le fonctionnaire est reconnu apte à exercer ses fonctions, il reprend son activité, éventuellement dans les conditions prévues à l'article 32 ci-après.

Si, au vu du ou des avis prévus ci-dessus, le fonctionnaire est reconnu inapte à exercer ses fonctions, le congé continue à courir ou est renouvelé. Il en est ainsi jusqu'au moment où le fonctionnaire sollicite l'octroi de l'ultime période de congé rémunéré à laquelle il peut prétendre.

Le comité médical doit, en même temps qu'il se prononce sur la dernière période du congé, donner son avis sur l'aptitude ou l'inaptitude présumée du fonctionnaire à reprendre ses fonctions à l'issue de cette prolongation.

Si le fonctionnaire n'est pas présumé définitivement inapte, il appartient au comité médical de se prononcer, à l'expiration de la période de congé rémunéré, sur l'aptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions.

Si le comité médical estime qu'il y a présomption d'inaptitude définitive, le cas de l'intéressé est soumis à la commission départementale de réforme prévue au décret du 9 septembre 1965 susvisé, qui se prononce sur l'application de l'article 35 ci-après.

Article 32

Le comité médical consulté sur la reprise des fonctions d'un fonctionnaire qui avait bénéficié d'un congé de longue maladie ou de longue durée peut formuler des recommandations sur les conditions d'emploi de l'intéressé, sans qu'il puisse être porté atteinte à sa situation administrative.

Si le fonctionnaire bénéficie d'un aménagement de ses conditions de travail, le comité médical est appelé de nouveau, à l'expiration de périodes successives de trois mois au minimum et de six mois au maximum, à statuer sur l'opportunité du maintien ou de la modification de ces aménagements, sur rapport du chef d'établissement.

Article 33

Tout fonctionnaire bénéficiant d'un congé de longue maladie ou de longue durée doit, sous peine d'interruption du versement de sa rémunération, se soumettre aux visites de contrôle prescrites par le spécialiste agréé ou le comité médical.

Le temps durant lequel le versement de la rémunération a pu être interrompu compte dans la période de congé.

Le refus répété et sans motif valable de se soumettre au contrôle prévu au premier alinéa peut entraîner, après mise en demeure, la perte du bénéfice du congé de longue maladie ou de longue durée.

Article 34

Le fonctionnaire qui, lors de sa reprise de fonctions, est affecté à un emploi dépendant d'un même établissement public situé dans une localité différente de celle où il exerçait ses fonctions lors de sa mise en congé, perçoit les indemnités pour frais de changement de résidence prévues par les textes réglementaires en vigueur, sauf si le déplacement a lieu sur sa demande pour des motifs autres que son état de santé.

L'indemnité mentionnée à l'alinéa précédent est due même si l'intéressé a, durant son congé, quitté définitivement la localité où il avait son précédent emploi. En aucun cas, elle ne peut être supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il était resté pendant la durée de son congé dans cette localité.

Article 35

Modifié par [Décret n°2006-1466 du 27 novembre 2006 - art. 3 JORF 29 novembre 2006](#)

Le fonctionnaire ne pouvant reprendre son service à l'expiration de la dernière période de congé de longue maladie ou de longue durée est soit reclassé à sa demande dans un autre corps ou emploi, soit mis en disponibilité, soit admis à la retraite. Dans ce dernier cas, le paiement du demi-traitement est maintenu, le cas échéant, jusqu'à la date de la décision portant admission à la retraite.

- TITRE VII : LA MISE EN DISPONIBILITE.

Article 36

La mise en disponibilité prévue aux articles 17 et 35 du présent décret est prononcée après avis du comité médical ou de la commission départementale de réforme sur l'inaptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions.

Elle est accordée pour une durée maximale d'un an et peut être renouvelée à deux reprises pour une durée égale.

Toutefois, si à l'expiration de la troisième année de disponibilité le fonctionnaire est inapte à reprendre son service, mais s'il résulte d'un avis du comité médical qu'il doit normalement pouvoir reprendre ses fonctions avant l'expiration d'une nouvelle année, la disponibilité peut faire l'objet d'un troisième renouvellement.

L'avis est donné par la commission de réforme lorsque le congé antérieur a été accordé en vertu du deuxième alinéa du 4° de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

Le renouvellement de la mise en disponibilité est prononcé après avis du comité médical. Toutefois, lors du dernier renouvellement de la mise en disponibilité, c'est la commission de réforme qui est consultée.

- TITRE VIII : DISPOSITIONS DIVERSES.

Article 37

Les dispositions des articles 50, 51 et 52 du décret du 14 mars 1986 susvisé sont applicables, sous réserve des adaptations nécessaires aux agents relevant du statut de la fonction publique hospitalière. Si, à épuisement des congés accordés en application de ces dispositions et de tous ses droits à congé de maladie, le fonctionnaire est dans l'incapacité de reprendre ses fonctions, sa mise en disponibilité est prononcée et renouvelée dans les conditions prévues à l'article 36 ci-dessus.

Article 38

Les honoraires et les autres frais médicaux résultant des examens prévus par le présent décret et les frais éventuels de transport du malade examiné sont à la charge du budget de l'établissement employeur. Les honoraires des médecins agréés sont ceux fixés par l'arrêté prévu à l'article 53 du décret du 14 mars 1986 susvisé.

Article 39

Sont abrogés les articles L. 852, L. 856 et L. 860 du code de la santé publique, le décret n° 56-1294 du 14 décembre 1956 relatif à l'application de l'article L. 863 du code de la santé

publique, ainsi que les articles 72 à 81 du décret susvisé du 11 août 1977 relatif au statut des personnels de l'administration générale de l'assistance publique à Paris. Toutefois, le comité médical institué en application de l'article 73 de ce dernier décret est maintenu en fonctions jusqu'à l'institution d'un comité médical constitué suivant les dispositions de l'article 6 du présent décret.

Article 40

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, le ministre des affaires sociales et de l'emploi, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, chargé du budget, et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.