



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Revue de dépenses relative à la réduction des absences dans la fonction publique

JUILLET 2024

Alain TRIOLLE
Nicolas LEFEVRE
Matthieu LECLERCQ
Adrien HAIRAUT
Raykhant LIANOVA

Isabelle PAVIS

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES





**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Inspection générale des
finances**

IGF N° 2024-M-013-03

**Inspection générale des
affaires sociales**

IGAS N° 2024-026R

RAPPORT

REVUE DE DÉPENSES RELATIVE À LA RÉDUCTION DES ABSENCES DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Établi par

NICOLAS LEFEVRE
Inspecteur des finances

ISABELLE PAVIS
Inspectrice des affaires sociales

MATTHIEU LECLERCQ
Inspecteur des finances

ADRIEN HAIRAUT
Data scientist au pôle science des
données de l'IGF

RAYKHANT LIANOVA
Inspectrice stagiaire des finances

Sous la supervision de
ALAIN TRIOLLE
Inspecteur général des finances

- JUILLET 2024 -

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



SYNTHÈSE

Les absences pour raison de santé dans la fonction publique sont restées stables sur la période 2014-2019 à un niveau moyen similaire au secteur privé – environ 8 jours d’absences par agent ou salarié – mais avec des disparités importantes entre les différents versants en étant plus marquées dans les fonctions publiques territoriales et hospitalières.

À partir de 2020, l’absentéisme pour raison de santé a augmenté de manière généralisée et a atteint des niveaux historiquement hauts en 2022. L’année 2022 marque un décrochage entre les secteurs public et privé avec en moyenne 14,5 jours d’absence pour raison de santé dans l’année par agent public contre 11,7 jours par salarié du secteur privé.

Les niveaux différenciés des absences des trois versants, entre eux et par rapport au secteur privé, résultent des caractéristiques des agents (âge, sexe, état de santé) et de leurs emplois (type de contrat, catégorie socio-professionnelle, diplôme) qui expliquent 95 % de l’écart des taux d’absence entre la fonction publique d’État (FPE) - fonction publique hospitalière (FPH) et le secteur privé et 53 % de l’écart¹ entre la fonction publique territoriale (FPT) et le secteur privé. Cela signifie qu’à structures d’emplois identiques, pour les caractéristiques susmentionnées, la FPE, la FPH et le secteur privé seraient au même niveau d’absentéisme et l’écart entre la FPT et le privé ne serait que la moitié de celui observé.

La croissance récente de l’absentéisme s’explique en partie par l’épidémie de Covid, à l’origine des deux tiers de la progression des absences pour raison de santé constatée entre 2019 et 2022 dans le régime général. Il n’y a pas de données sur la part de l’épidémie dans la hausse de l’absentéisme dans la fonction publique.

La dynamique de progression des absences pour raison de santé semble s’être inversée en 2023 à partir d’observations sondagières dans le secteur privé et des données administratives fournies à la mission par des employeurs publics. L’absence de suivi harmonisé des absences dans la fonction publique ne permet pas de connaître, à la date de la mission, le niveau réel des absences en 2023.

En effet, la connaissance et le suivi des absences se heurtent toujours à des données, outils et pratiques hétérogènes dans la fonction publique. Ce constat d’éparpillement des données et d’indisponibilité d’informations en temps réel avait déjà été établi en 2009 par l’IGF et le contrôle général économique et financier (CGEfi) et la mission n’a constaté que peu de progrès depuis, en dépit de l’instauration des rapports sociaux uniques annuels (RSU) et de la modernisation des systèmes d’information des ressources humaines.

Une amélioration du suivi des absences dans la fonction publique doit être engagée par la généralisation des rapports sociaux uniques engagée depuis la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique (LTFP). Toutefois, les enjeux liés à l’absentéisme nécessitent de disposer de statistiques consolidées à une plus grande fréquence. L’application de la déclaration sociale nominative (DSN) événementielle² à tous les agents publics – et pas uniquement aux contractuels relevant du régime général tel que c’est actuellement le cas – permettrait de faire de la DSN un outil de suivi régulier des absences dans la fonction publique.

¹ L’écart inexplicé signifie que la différence de prévalence des absences n’est pas expliquée par les variables pouvant être contrôlées par le biais de l’enquête Emploi. Une part de cet écart résiduel pourrait être justifiée par d’autres caractéristiques non retracées dans l’enquête. L’écart inexplicé ne constitue donc pas *stricto sensu* une mesure de la marge de réduction de l’absentéisme dont disposerait les employeurs publics de chaque versant.

² Les DSN événementielles sont des déclarations qui permettent le signalement de plusieurs types d’événements de la carrière d’un salarié ou d’un agent dont les arrêts de travail.

Rapport

Compte tenu de la structuration en cours des RSU et des limites actuelles de la DSN, seule l'enquête Emploi de l'Insee constitue, à ce stade, une source de données historiques et transverses à toute la fonction publique en matière d'absences pour raison de santé. Cependant, l'exploitation de l'enquête Emploi est réalisée annuellement avec un décalage d'une année. La mission recommande d'engager une étude de faisabilité de l'exploitation trimestrielle des données de l'enquête Emploi.

Le coût des absences pour raison de santé, défini comme le montant des jours rémunérés non travaillés, est évalué par la mission à 15 Md€ en 2022. Le total des jours d'absence pour raison de santé représentait 350 k ETP. Un retour à des niveaux proches de ceux d'avant crise permettrait de réaliser des économies d'efficience de l'ordre de 6 Md€ ou 140 k ETP potentiellement déjà réalisées en partie en 2023 par la décrue observée chez quelques employeurs publics.

La mission a identifié plusieurs leviers pour réduire les absences pour raison de santé dans la fonction publique qui reposent sur des mesures de prévention, de contrôle et d'incitation et qui permettent, le cas échéant, de réaliser des gains d'efficience ou des économies budgétaires.

Une politique de prévention plus volontariste et un accompagnement renforcé des parcours professionnels sont à déployer pour assurer une meilleure maîtrise des absences des agents publics. En particulier, il s'agit d'optimiser la mobilisation des dispositifs de maintien de l'emploi et de faire appliquer, par tous les employeurs publics, les obligations qui leur incombent en matière de sécurité et santé au travail. La protection sociale complémentaire, qui se met en place dans la fonction publique, constitue également l'occasion d'améliorer l'accès des agents publics aux actions de prévention.

Les contrôles administratifs et médicaux des arrêts de travail des agents publics sont insuffisamment mobilisés en raison des difficultés auxquelles les employeurs publics sont confrontés pour les mettre en œuvre.

La lutte contre l'absentéisme au niveau de chaque employeur public pourrait s'appuyer sur la formalisation d'un plan qui comprendrait à la fois un volet relatif à la prévention et un volet relatif au contrôle afin de mieux réguler les absences.

En matière d'incitations, la modulation de la prise en charge de la rémunération des agents en arrêt de travail permet de limiter les absences de courte durée pour raison de santé. La mission a étudié deux leviers incitatifs possibles et a chiffré les économies qu'ils permettraient de réaliser (cf. tableau 1).

Le jour de carence, réintroduit dans la fonction publique en 2018, a rempli son objectif de réduction des arrêts de courte durée et a représenté des économies budgétaires de 134 M€ en 2023 pour le budget de l'État. L'instauration de deux ou trois jours de carence est un levier possible dans l'objectif de réduire le volume des absences par incitation financière et de dégager des économies budgétaires estimées à 67 M€ pour le budget de l'État et 174 M€ toute fonction publique avec le passage à deux jours de carence et à 112 M€ pour le budget de l'État et 289 M€ toute fonction publique avec le passage à trois jours de carence.

La diminution du taux de remplacement de la rémunération des agents publics en arrêts de courte durée – actuellement rémunérés à plein traitement à l'exception du premier jour de carence, dans la limite de 90 jours par année glissante – est un autre levier envisageable, complémentaire au jour de carence, pour réduire la durée des absences et dégager des économies budgétaires. Chaque jour d'absence supplémentaire étant partiellement rémunéré, il y a une incitation à modérer la durée d'un arrêt une fois cet arrêt débuté. À niveau d'absentéisme identique, une telle mesure permettrait de générer environ 300 M€ d'économies budgétaires par versant avec un taux de remplacement à 90 %³.

³ Il s'agit du taux réglementaire dans le secteur privé. Toutefois, 70 % des salariés du secteur privé bénéficient d'un maintien du salaire par l'employeur notamment en application d'un accord collectif de branche ou d'entreprise.

LEVIERS D'ÉCONOMIES BUDGÉTAIRES

Tableau 1 : Leviers incitatifs de réduction de l'absentéisme relatifs à la prise en charge de la rémunération des agents publics absents pour raison de santé et chiffrage des économies budgétaires qu'ils permettraient de réaliser

Leviers	Économies budgétaires (en M€)			
	FPE	FPT	FPH	Total
Instauration d'un 2 ^{ème} jour de carence	67	74	33	174
Instauration d'un 2 ^{ème} et 3 ^{ème} jours de carence	112	122	54	289
Mise en place d'un taux de remplacement à 90 % de la rémunération en arrêt maladie en lieu et place du plein traitement actuellement en vigueur (en congé maladie ordinaire pour les fonctionnaires et en congé de maladie d'un agent contractuel pour les contractuels)	300	300	300	900

Source : Mission.

Note : Hors compte d'affectation spécial « Pensions » pour la FPE.

LISTE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1 : Mettre en place la DSN évènementielle pour l'ensemble de la fonction publique pour pouvoir disposer d'un suivi en continu des absences dans la fonction publique [DGFIP, DGAFP et DSS en lien avec DGCL et DGOS].

Proposition n° 2 : Augmenter la fréquence d'analyse des données de l'enquête Emploi de l'Insee sur une base trimestrielle, sous réserve d'une étude préalable confirmant la faisabilité et la significativité d'une exploitation plus régulière [DGAFP en lien avec Insee].

Proposition n° 3 : Intégrer la mise en place d'actions de prévention au bénéfice des agents dans le cadre de la mise en place de la protection sociale complémentaire dans les versants territorial et hospitalier de la fonction publique [DGCL et DGOS en lien avec DGAFP].

Proposition n° 4 : Réaliser une évaluation des assouplissements apportés au temps partiel thérapeutique dans la fonction publique et de l'efficience de ce dispositif [DGAFP].

Proposition n° 5 : Examiner la faisabilité de l'élargissement de la télétransmission des avis des arrêts de travail aux employeurs de la fonction publique de l'État [DGAFP, DSS, CNAM et CISIRH].

Proposition n° 6 : Mettre en place un cadre réglementaire pour les contrôles administratifs de la présence au domicile des fonctionnaires en arrêt de travail et prévoir les sanctions associées [DGAFP en lien avec DGCL et DGOS].

Proposition n° 7 : Appliquer des montants de rémunération des médecins agréés identiques sur les trois versants de la fonction publique et suffisamment attractifs pour mobiliser la ressource médicale disponible [DGAFP, DGCL, DGOS et DB].

Proposition n° 8 : Clarifier le régime des autorisations spéciales d'absence dans la fonction publique et en réduire l'écart avec le droit commun en vigueur dans le secteur privé [DGAFP].

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. EN DÉPIT DE L'INSTAURATION DES RAPPORTS SOCIAUX UNIQUES ET DE LA MODERNISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION DES RESSOURCES HUMAINES, LA CONNAISSANCE ET LE SUIVI DES ABSENCES SE HEURTENT TOUJOURS À DES DONNÉES, OUTILS ET PRATIQUES HÉTÉROGÈNES DANS LA FONCTION PUBLIQUE	3
1.1. Depuis 2009, plusieurs rapports ont pointé les limites des données et du suivi des absences et dispositifs de santé et de sécurité au travail dans la fonction publique	3
1.2. Les outils de gestion des absences demeurent morcelés et les pratiques de pilotage des employeurs hétérogènes malgré la mise en œuvre de projets de modernisation et d'urbanisation des systèmes d'information des ressources humaines	3
1.3. La généralisation des rapports sociaux uniques et, à terme, de la déclaration sociale nominative événementielle permettra un meilleur suivi de l'absentéisme à l'échelle de la fonction publique	4
2. LES ABSENCES POUR RAISON DE SANTÉ DANS LA FONCTION PUBLIQUE ONT CONNU UN PIC EN 2022, SONT PLUS ÉLEVÉES QUE DANS LE SECTEUR PRIVÉ PRINCIPALEMENT DU FAIT D'EFFETS DE STRUCTURE ET REPRÉSENTENT 15 MD€ DE RÉMUNÉRATION PAR AN.....	6
2.1. Les absences pour raison de santé, plus élevées dans la fonction publique que dans le secteur privé, ont progressé depuis 2020 mais une baisse est observée en 2023 avec la fin de la crise sanitaire	6
2.2. Les caractéristiques des agents et de leurs emplois expliquent 95 % des écarts de taux d'absence avec le secteur privé pour la FPE et la FPH et 53 % pour la FPT ..	8
2.3. Les jours d'absence pour raison de santé dans la fonction publique ont représenté entre 300 k et 350 k ETP et ont été rémunérés à hauteur 15 Md€ en 2022.....	10
2.4. Les autorisations spéciales d'absence et absences diverses représentent 5 millions de jours par an soit 23 k ETP dans la fonction publique pour une rémunération de 1,1 Md€.....	12
2.5. Des objectifs de diminution de l'absentéisme dans la fonction publique peuvent être déterminés en analysant l'évolution historique des absences ou en comparant son niveau avec le secteur privé.....	13
3. LES LEVIERS POUR RÉDUIRE L'ABSENTÉISME DANS LA FONCTION PUBLIQUE REPOSENT SUR UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE AINSI QUE SUR DES INCITATIONS FINANCIÈRES QUI PERMETTRONT DE RÉALISER DES ÉCONOMIES BUDGÉTAIRES	15
3.1. La modulation de la prise en charge des absences de courte durée pour raison de santé vise à les limiter par des incitations financières et permet de réaliser des économies budgétaires.....	15

3.2. L'amélioration de la santé au travail des agents publics, qui implique une politique de prévention plus volontariste et un accompagnement renforcé des parcours professionnels, constitue un levier de réduction de l'absentéisme.....	18
3.3. L'information de l'employeur public peut être améliorée par la mise en place de modalités de transmission des arrêts de travail plus efficaces.....	20
3.4. Les contrôles administratifs et médicaux des arrêts de travail des agents publics sont insuffisamment mobilisés en raison des difficultés auxquelles les employeurs publics sont confrontés pour les mettre en œuvre.....	22
3.5. Une rationalisation des droits à autorisations spéciales d'absence, pour fêtes religieuses et gardes d'enfant notamment, produirait un gain d'efficience équivalent à 1 400 ETP.....	26

INTRODUCTION

Les absences pour raison de santé ont connu une hausse généralisée, dans la fonction publique et dans le secteur privé, à partir de 2020. En 2022, ces absences se situaient à des niveaux plus élevés dans la fonction publique (14,5 jours d'absence par an par agent) que dans le secteur privé (11,7 jours par salarié). Des différences significatives sont observées entre les trois versants de la fonction publique avec des absences plus marquées dans la fonction publique territoriale et hospitalière (respectivement 17 et 18 jours d'absence par an par agent) et moins importantes dans la fonction publique d'État (11 jours d'absence par an par agent).

Ces absences sont sources de pertes d'efficacité, de surcoûts et de désorganisation des services publics. La maîtrise et la réduction des absences pour raison de santé constitue donc un objectif pour garantir une meilleure efficacité de la dépense publique et pour assurer la continuité et qualité du service public.

Le Premier ministre a confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale des finances (IGF) une mission de revue de dépenses relative à la réduction des absences dans les trois versants de la fonction publique et les opérateurs de l'État.

Conformément à la lettre de mission, la mission a accordé une attention particulière à l'objectif de réduction des absences pour maladie de courte durée, en raison de leur coût élevé, des perturbations qu'elles engendrent pour les services publics en raison de leur imprévisibilité et, dans certains cas, du recours abusif aux arrêts maladies de courte durée.

La mission a conduit des analyses d'ensemble par versant de la fonction publique, notamment pour dresser un état des lieux des outils de suivi, identifier les contributions respectives des principales causes des absences et évaluer le coût des jours non travaillés et l'impact du jour de carence.

Ces analyses ont été complétées par des travaux sur un nombre limité d'employeurs significatifs et diversifiés des trois versants de la fonction publique⁴, notamment pour évaluer l'impact des absences sur les organisations et l'efficacité des dispositifs mis en place pour comptabiliser, prévenir et limiter les absences.

La mission a également rencontré des entreprises, publiques (SNCF, EDF) et privées (Orange), afin de recueillir leurs bonnes pratiques en matière de prévention et gestion des absences ainsi que des mutuelles.

À l'instar des précédents travaux menés sur cette thématique, la mission a été confrontée aux lacunes en matière de données homogènes et consolidées sur le champ de la fonction publique que ce soit en matière de statistiques d'absence ou d'état des lieux des dispositifs de prévention ou de contrôle. Les analyses s'appuient, en conséquence, sur un ensemble de sources diverses, parmi lesquelles le rapport annuel sur l'état de la fonction publique de la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), l'enquête Emploi de l'Insee, les rapports sociaux des administrations et les réponses aux questionnaires adressés au panel d'employeurs publics.

⁴ Les quatre principaux ministères employeurs (le ministère de l'éducation nationale, le ministère de l'intérieur, le ministère des armées et le ministère de l'économie et des finances), des opérateurs, ainsi que des services déconcentrés de l'État, des collectivités locales (conseils régionaux, départementaux, intercommunalités et communes) et des centres hospitaliers de deux régions françaises choisies arbitrairement (Pays de la Loire et Hauts de France).

Rapport

Les investigations de la mission ont permis de dresser des constats et formuler des propositions en matière de suivi et pilotage des absences, de caractériser la hausse de l'absentéisme et d'en chiffrer le coût et enfin de proposer des leviers pour maîtriser l'absentéisme en combinant des mesures de prévention, d'incitation et de contrôle.

Cette revue de dépense s'inscrit dans le dispositif d'évaluation de la qualité de l'action publique prévu dans la loi de programmation des finances publiques (LFP) pour la période 2023-2027. La réduction des absences devrait permettre de réaliser des gains et économies de natures différentes :

- ◆ des gains d'efficience par la réduction du nombre de jours non travaillés mais payés par l'employeur ;
- ◆ des économies budgétaires directes par la modulation de la prise en charge de la rémunération des agents absents ;
- ◆ des économies budgétaires indirectes par la réduction du recours aux remplacements, intérimaires et heures supplémentaires et par des gains d'équivalents temps plein (ETP).

La mission souligne que les mesures qu'elle propose pour réduire l'absentéisme, notamment celles qui reposent sur les leviers liés à la rémunération des agents absents pour raison de santé, ont vocation à être appréhendées par les décideurs au regard des enjeux d'attractivité de la fonction publique, d'acceptabilité pour les agents publics et d'équité avec le secteur privé.

Les travaux ont conduit au présent rapport de synthèse et à six annexes :

- ◆ Annexe I – Les droits à absence dans la fonction publique ;
- ◆ Annexe II – Le suivi, les évolutions et les facteurs des absences dans la fonction publique ;
- ◆ Annexe III – Les mesures pour prévenir les absences dans la fonction publique ;
- ◆ Annexe IV – Les coûts et enjeux financiers liés aux absences dans la fonction publique ;
- ◆ Annexe V – La prescription des arrêts maladie et leur contrôle dans la fonction publique ;
- ◆ Annexe VI – Liste des personnes rencontrées.

1. En dépit de l'instauration des rapports sociaux uniques et de la modernisation des systèmes d'information des ressources humaines, la connaissance et le suivi des absences se heurtent toujours à des données, outils et pratiques hétérogènes dans la fonction publique

1.1. Depuis 2009, plusieurs rapports ont pointé les limites des données et du suivi des absences et dispositifs de santé et de sécurité au travail dans la fonction publique

En 2009, l'inspection générale des finances (IGF) et le contrôle général économique et financier (CGEfi) ont signalé « *une faible sensibilisation à la question des arrêts maladie, une connaissance très parcellaire de leur niveau et une gestion de l'absentéisme quasi inexistante et inefficace* » et ont constaté des « **données éparpillées, non disponibles en temps réel, enregistrées le plus souvent sous des logiciels spécifiques à chaque administration, selon des méthodologies propres à chaque service** »⁵.

Si la Cour des comptes a souligné en 2021, dans son rapport sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie, le mouvement de structuration des données sociales avec la mise en place des rapports sociaux uniques (RSU) engagée par la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique (LTFP), elle confirmait que « *les possibilités de comparaisons entre versants de la fonction publique, de même qu'entre employeurs publics similaires, demeurent limitées* » et que « **les délais de traitement des informations dans les SIRH, la faiblesse des modules de pilotage [...] empêchent les services de disposer en temps réel de données d'analyse** ».

Missionnés en 2019 par le Premier ministre, M^{me} Charlotte Parmentier-Lecocq, députée de la sixième circonscription du Nord, M^{me} Pascale Coton, vice-présidente du Conseil économique, social et environnemental (CESE) et M. Jean-François Verdier, inspecteur général des finances ont dressé un constat similaire sur le champ de santé au travail dans la fonction publique⁶, en mettant en évidence la faiblesse des données existantes concernant les dispositifs de santé et de sécurité au travail dans la fonction publique.

1.2. Les outils de gestion des absences demeurent morcelés et les pratiques de pilotage des employeurs hétérogènes malgré la mise en œuvre de projets de modernisation et d'urbanisation des systèmes d'information des ressources humaines

Le centre interministériel de services informatiques relatifs aux ressources humaines (CISIRH) met, depuis 2016, à disposition des ministères et opérateurs de l'État un système d'information des ressources humaines (SIRH) mutualisé RenoIRH. Malgré la progression du déploiement de ce SIRH qui couvre désormais 400 000 agents de la fonction publique de l'État (FPE), la gestion des ressources humaines civiles des ministères demeure répartie sur six SIRH principaux, en incluant RenoIRH.

⁵ *Les arrêts maladie dans la fonction publique*, Rapport IGF-CGEfi, septembre 2009.

⁶ C. Lecocq, P. Coton et J-F. Verdier, *Rapport Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance*, septembre 2019.

Rapport

La plus grande dispersion des employeurs dans les deux autres versants, 41 970 collectivités employant au moins un agent en 2021 et 1 347 établissements publics de santé en 2020, se traduit par un morcellement des SIRH plus important.

En l'absence de cartographie consolidée des SIRH déployés dans la fonction publique territoriale (FPT), la mission n'a pu que constater la variabilité des architectures, couvertures fonctionnelles et niveaux d'interfaçage des SIRH auprès des collectivités sollicitées.

Dans la fonction publique hospitalière (FPH), le panorama des SIRH hospitaliers réalisé en 2023 par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) met en évidence la multiplicité des solutions déployées, le faible taux d'équipement des établissements en matière d'outils de planification des temps et activités (37 %) et les limites des SIRH du marché à destination des acteurs sanitaires et médico-sociaux du fait de leur couverture partielle des fonctionnalités inhérentes à la gestion des ressources humaines.

La mission a toutefois été en mesure de relever la mise en œuvre de projets de modernisation des SIRH allant vers une plus grande intégration des fonctionnalités chez certains employeurs publics du panel sollicité tels que le ministère de l'éducation nationale, le ministère des armées ou le conseil départemental du Nord. **À cet égard, la mission recommande aux employeurs publics d'entretenir l'urbanisation de leur architecture de SIRH et de renforcer l'intégration et l'interfaçage de leurs outils de gestion.**

Du fait de la taille de leurs effectifs, les employeurs interrogés par la mission présentent des organisations des fonctions RH qui impliquent une gestion opérationnelle des absences le plus souvent déconcentrée. De ces schémas d'organisation déconcentrée et de la multiplicité des SIRH, découlent des pratiques de gestion et de pilotage des absences hétérogènes et peu consolidées.

Si les employeurs sollicités indiquent être en mesure de suivre les absences pour raison de santé et de famille, les autres types d'absences, et notamment les autorisations spéciales d'absence (ASA), ne font pas systématiquement l'objet d'un suivi et d'un pilotage. La majorité des employeurs publics rencontrés ou sollicités par la mission ne suivent pas non plus le coût des jours non travaillés et rémunérés. Les modalités de mesure de l'absentéisme présentent également des limites en matière de fiabilité et de comparabilité. En particulier, l'ambiguïté, déjà pointée par l'IGF et le CGEFi en 2009, demeure, dans certains cas, quant à la prise en compte ou non des jours d'absence non ouvrés dans les statistiques d'absentéisme.

1.3. La généralisation des rapports sociaux uniques et, à terme, de la déclaration sociale nominative événementielle permettra un meilleur suivi de l'absentéisme à l'échelle de la fonction publique

La mission constate, à l'instar des conclusions de la Cour des comptes de 2021, que très peu de progrès ont été réalisés en matière de suivi de l'absentéisme, notamment la capacité à disposer de données régulières, récentes, fiables et comparables, malgré des recommandations formulées dès 2009 par l'IGF et le CGEFi.

En déclinaison de l'article 5 de la LTFP, un cadre réglementaire a été mis en place entre 2021 et 2022 pour normer et consolider les données sociales, dont les données d'absence, dans l'ensemble de la fonction publique à travers un RSU annuel à produire par chaque employeur public et s'appuyant sur des référentiels communs d'indicateurs au sein de chaque versant.

Alors que la généralisation des RSU était prévue à partir de l'exercice 2023, la convergence vers ce format cible a bien été engagée dans les trois versants mais n'est pas encore concrétisée. Les rapports 2023 n'étant pas publiés à la date de la mission, ce sont les RSU et bilans des années 2021 et 2022 qui ont été analysés par la mission.

Rapport

Les données d'absences des RSU 2021 ou 2022 des ministères de l'éducation nationale, de l'intérieur, des armées et des ministères économiques et financiers (MEF) présentent un taux de conformité de l'ordre de 50 % au nouveau cadre réglementaire (score moyen évalué de 2 sur 4⁷). Dans ce versant FPE, les RSU des employeurs ne font pas l'objet d'une consolidation.

Dans les deux autres versants, les RSU sont agrégés, par la direction générale des collectivités locales (DGCL) pour la FPT et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) pour la FPH, au sein d'un bilan permettant d'exposer une situation consolidée de chaque versant. La publication de ces deux bilans n'intervient, en revanche, qu'après **un délai de plus de deux ans et dans des formats actuels qui diffèrent de la grille des RSU**, limitant les possibilités de comparaisons entre versants.

Si les RSU doivent permettre de disposer d'un état des lieux annuel des absences dans la fonction publique, les enjeux liés à l'absentéisme nécessitent de disposer de statistiques consolidées à une plus grande fréquence et avec moins de décalage temporel.

La généralisation de la déclaration sociale nominative (DSN) événementielle à tous les agents publics permettrait de faire de la DSN un vecteur de suivi régulier des absences dans la fonction publique.

En effet, obligatoire depuis 2017 dans le secteur privé et depuis 2022 dans le secteur public, la DSN contribue à la gestion de la protection sociale des agents et salariés et comprend théoriquement les dates de début et de fin d'arrêt de travail pour cause d'accident ou de maladie, de congé de maternité, d'adoption ou de paternité et d'accueil de l'enfant. Toutefois, à ce stade, la DSN ne sert, pour la fonction publique, que les éléments qui ont un impact direct sur la paye : elle ne retrace donc que les jours de carence et les passages à demi-traitement des agents titulaires.

La mise en place de la DSN événementielle pour tous les agents publics impliquera des évolutions en matière de pratiques de recensement et de déclaration par les employeurs et, selon les cas, des modifications de SIRH et des logiciels de paie.

Proposition n° 1 : Mettre en place la DSN événementielle pour l'ensemble de la fonction publique pour pouvoir disposer d'un suivi en continu des absences dans la fonction publique [DGFIP, DGAFP et DSS en lien avec DGCL et DGOS].

⁷ Pour chaque indicateur prévu par la réglementation, un score allant de 0 à 4 a été attribué par la mission pour évaluer la conformité du RSU : 0 indique une absence de l'indicateur ; 1 indique un indicateur présent sur l'item mais différent de l'indicateur prévu réglementairement et sans croisement ou détail ; 2 indique un indicateur partiellement restitué avec un faible niveau de détails ou de croisements ; 3 indique un indicateur équivalent restitué avec des détails et des croisements ; 4 indique une conformité aux données prévues par la réglementation.

Rapport

Compte tenu de la structuration en cours des bases de données sociales et des RSU, des limites actuelles de la DSN, **seule l'enquête Emploi de l'Insee constitue, à ce stade, une source de données historiques et transverses à toute la fonction publique**. C'est cette enquête, portant sur près de 15 000 agents publics et 45 000 salariés du secteur privé (hors emplois aidés, intérim, apprentissages et stages) en 2022, qui alimente les principales statistiques d'absences présentées dans le rapport annuel sur l'état de la fonction publique publié par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), avec toutefois un délai de publication d'environ un an. Dans l'attente de la mise en place de la DSN événementielle pour l'ensemble de la fonction publique, une exploitation plus fréquente de l'enquête Emploi permettrait un suivi plus régulier des absences pour raison de santé dans la fonction publique. Il conviendra de vérifier par une étude préalable la significativité des données issues de l'enquête Emploi lorsqu'elles sont exploitées à une telle fréquence.

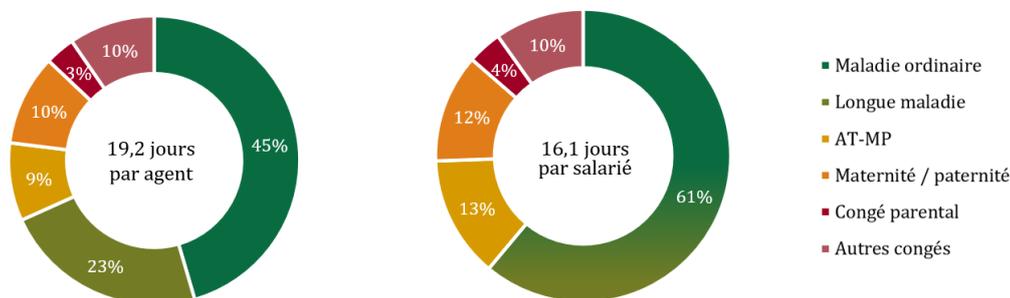
Proposition n° 2 : Augmenter la fréquence d'analyse des données de l'enquête Emploi de l'Insee sur une base trimestrielle, sous réserve d'une étude préalable confirmant la faisabilité et la significativité d'une exploitation plus régulière [DGAFP en lien avec Insee].

2. Les absences pour raison de santé dans la fonction publique ont connu un pic en 2022, sont plus élevées que dans le secteur privé principalement du fait d'effets de structure et représentent 15 Md€ de rémunération par an

2.1. Les absences pour raison de santé, plus élevées dans la fonction publique que dans le secteur privé, ont progressé depuis 2020 mais une baisse est observée en 2023 avec la fin de la crise sanitaire

Le nombre de jours d'absences par agent hors congés ordinaires (congés annuels, RTT, jours fériés) est plus élevé dans la fonction publique (19,2 jours) que dans le secteur privé (16,1 jours). Les congés pour raison de santé (maladie, accident et maladie professionnelle) représentent dans les deux secteurs environ trois quarts des absences hors congés ordinaires (cf. graphique 1).

Graphique 1 : Répartition des jours d'absence par motif en 2022 pour la fonction publique (à gauche) et le secteur privé (à droite)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête Emploi de l'Insee.

Les années 2014-2019 se sont caractérisées par une stabilité des absences pour raison de santé, à des niveaux différenciés entre employeurs (cf. graphique 2) :

- ◆ entre 6 et 7 jours pour la FPE hors enseignants ;
- ◆ entre 4 et 6 jours pour les enseignants ;

Rapport

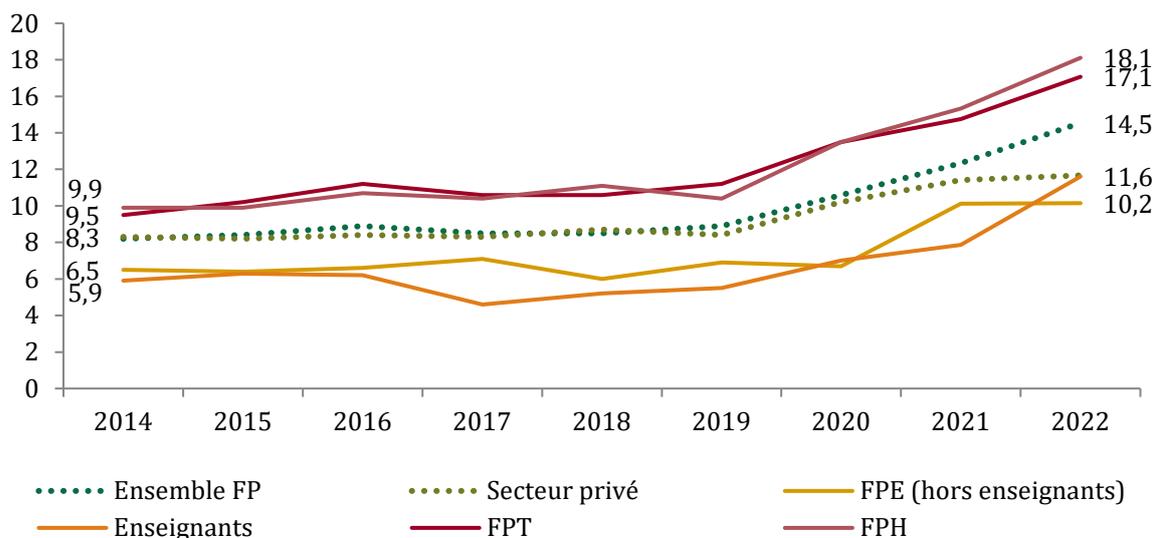
- ◆ autour de 10 jours dans la FPT et la FPH ;
- ◆ autour de 8 jours par an dans le secteur privé, à un niveau comparable à la moyenne du secteur public tous versants confondus.

Les années 2020-2022 ont connu une hausse généralisée des absences pour raison de santé, plus dynamique dans la fonction publique que dans le secteur privé :

- ◆ de 6,9 à 10,2 jours d'absence par agent entre 2019 et 2022, soit + 48 % pour la FPE (hors enseignants) ;
- ◆ de 5,5 à 11,7 jours d'absence par agent entre 2019 et 2022, soit + 113 % pour les enseignants ;
- ◆ de 11,2 à 17,1 jours d'absence par agent entre 2019 et 2022, soit + 53 % pour la FPT ;
- ◆ de 10,4 à 18,1 jours d'absence par agent entre 2019 et 2022, soit + 74 % pour la FPH ;
- ◆ de 8,4 à 11,7 jours d'absence par salarié entre 2019 et 2022, soit + 39 % dans le secteur privé.

Il convient de noter l'impact de la crise sanitaire sur la période 2020-2022 : dans le régime général, les deux tiers de la progression des absences pour raison de santé constatée entre 2019 et 2022 sont directement liés à l'épidémie de Covid. Il n'y a pas de données sur la part de l'épidémie dans la hausse de l'absentéisme dans la fonction publique.

Graphique 2 : Nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé par personne selon l'employeur (en %)



Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après l'enquête Emploi de l'Insee.
NB : rupture de séries en 2021 en lien avec des changements méthodologiques dans l'enquête Emploi.

Depuis 2022, les absences pour raison de santé amorcent une baisse mais sans revenir à leur niveau d'avant crise. La hausse constatée de ces absences s'est résorbée d'environ 30 % en 2023 dans la FPE d'après les employeurs sollicités (qui représentent 1,5 M d'agents sur 2,5 M de la FPE). Dans la FPH, les absences pour raison de santé semblent être revenues, dans les CHU, à un niveau plus proche de celui de la période antérieure à la crise sanitaire avec une hausse résorbée à hauteur de 75 % pour les infirmiers et aides-soignants des CHU (qui représentent 150 k agents sur 1,2 M de la FPH). Les données recueillies par la mission pour le versant territorial ne permettent pas, en revanche, d'y dessiner une tendance générale.

2.2. Les caractéristiques des agents et de leurs emplois expliquent 95 % des écarts de taux d'absence avec le secteur privé pour la FPE et la FPH et 53 % pour la FPT

Les 5,7 millions d'agents de la fonction publique se distinguent des salariés du secteur privé à plusieurs égards :

- ◆ une part de 39 % de professions supérieures dans les effectifs de la FPE plus importante que dans le secteur privé (23 %) et que les autres versants (14 % dans la FPH et 12 % dans la FPT) ;
- ◆ une plus grande féminisation de la fonction publique (63 %) et de tous ses versants (57 % dans la FPE, 61 % dans la FPT et 78 % dans la FPH) que le secteur privé (46 %) ;
- ◆ un âge moyen (44 ans) de trois ans plus élevé que dans le secteur privé (41 ans) avec un âge moyen le plus élevé dans la FPT (46 ans) ;
- ◆ des agents plus diplômés dans la FPE que dans les autres versants et secteurs avec 77 % d'agents détenteurs d'un diplôme de niveau supérieur ou égal à Bac+3 ;
- ◆ des agents publics territoriaux et hospitaliers plus souvent atteints de maladie chronique ou membres d'une famille monoparentale que les salariés du privé.

Ces caractéristiques exposent davantage la fonction publique, notamment la FPT et la FPH, à l'absentéisme que le secteur privé. En effet, quatre grands types de facteurs sont reconnus dans la littérature comme ayant un impact sur le niveau d'absentéisme des salariés :

- ◆ les caractéristiques des emplois occupés et des employeurs, de plus grandes expositions aux risques et une stabilité de l'emploi jouant à la hausse sur l'absentéisme ;
- ◆ les caractéristiques des salariés tels que l'âge, le sexe, la structure familiale du foyer et leur état de santé avec un plus grand taux d'absence pour les salariés plus âgés, les femmes, les agents appartenant à un foyer monoparental et les salariés atteints par une maladie chronique ;
- ◆ les mécanismes socio-organisationnels et notamment les relations entre employeur et salarié ;
- ◆ des facteurs plus exogènes comme les épidémies saisonnières.

Afin d'objectiver l'influence de ces facteurs et les différences qu'ils engendrent entre populations, la mission a modélisé les écarts de taux d'absence entre les différents versants de la fonction publique d'une part, et le secteur privé d'autre part à partir de l'enquête Emploi de l'Insee. La mission a été en mesure de contrôler le statut de l'agent ou son type de contrat, la catégorie socio-professionnelle, le niveau de diplôme, l'âge, le sexe et la structure familiale (cf. tableau 2).

Rapport

Tableau 2 : Table de régression logistique du taux d'absence en fonction de facteurs socio-économiques dans le secteur privé

Variable	Modalités	Effet marginal moyen de la variable (en p.p.)
Tranche d'âge	<i>0 – 29 ans</i>	-
	<i>30 – 49 ans</i>	+ 0,3 (***)
	<i>plus de 50 ans</i>	+ 0,5 (***)
Sexe	<i>femmes</i>	-
	<i>hommes</i>	- 0,9 (***)
Type de contrat	<i>CDD</i>	-
	<i>CDI</i>	+ 2,4 (***)
Diplôme	<i>inférieur à Bac +3</i>	-
	<i>supérieur ou égal à Bac +3</i>	- 1,4 (***)
Type de ménage	<i>ménage d'une seule personne</i>	-
	<i>familles monoparentales</i>	+ 0,4 (*)
	<i>couples sans enfant</i>	0,0
	<i>couples avec enfant(s)</i>	- 0,4 (***)
	<i>autre</i>	- 0,3 (***)
Présence d'une maladie chronique	<i>non</i>	-
	<i>oui</i>	+ 3,8 (***)
	<i>non réponse</i>	+ 1,4 (***)
Catégorie socio-professionnelle	<i>employés et ouvriers</i>	-
	<i>cadres et prof. int. sup.</i>	- 2,4 (***)
	<i>professions intermédiaires</i>	- 0,8 (***)
	<i>autre</i>	+ 0,7

Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête Emploi de l'Insee.

Les tirets dans certaines cases du tableau indiquent que la modalité correspondante est choisie comme niveau de référence pour la variable concernée. Les étoiles indiquent le seuil de significativité de la variable dans la régression. En particulier, (***), (**), (*) correspondent respectivement à une significativité aux seuils de 1 %, 5 %, 10 %. L'absence d'étoile indique un niveau de significativité inférieur aux seuils précédemment évoqués et les coefficients associés ne devraient pas être interprétés. L'effet marginal moyen d'une variable retranscrit l'impact moyen de cette seule variable sur la prévalence des absences (en p.p.)

L'effet de chacune des variables sur la part d'agents absents est étudié par le biais de son effet marginal moyen. Par exemple, toutes choses égales par ailleurs, le statut de cadre tend à diminuer la probabilité d'être absent pendant la semaine de référence de 2,4 points de pourcentage (p.p.) par rapport au statut d'ouvrier et d'employé.

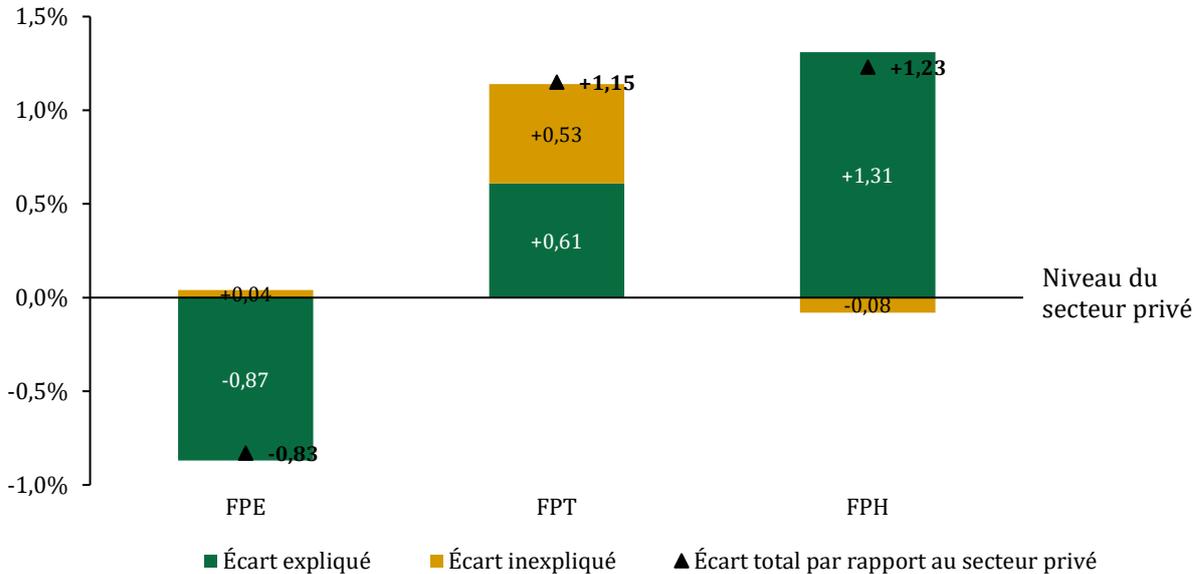
La sous-catégorie des métiers du soin a été également contrôlée pour la FPH pour comparer ce versant aux salariés exerçant ces métiers dans le secteur privé. La diversité des types de métiers exercés dans la FPT et la taille de l'échantillon de l'enquête Emploi n'ont, en revanche, pas permis de réaliser ce même niveau fin de contrôle pour le versant territorial.

Cette modélisation montre que les caractéristiques des agents et des emplois expliquent 95 % des écarts de taux d'absence avec le secteur privé pour la FPE et la FPH et 53 % pour la FPT. Par exemple, avant contrôle, le taux d'absence du secteur privé était de 1,15 p.p. inférieur à celui de la FPT sur la période 2013-2022. Le contrôle des variables réduit de 53 % soit 0,61 p.p. et aboutit à un écart inexplicé de 0,53 p.p. (cf. graphique 3).

L'écart inexplicé signifie que la différence de prévalence des absences n'est pas expliquée par les variables pouvant être contrôlées par le biais de l'enquête Emploi. Une part de cet écart résiduel pourrait être justifié par d'autres caractéristiques non retracées dans l'enquête. L'écart inexplicé ne constitue donc pas *stricto sensu* une mesure de la marge de réduction de l'absentéisme dont disposeraient les employeurs publics de chaque versant.

Rapport

Graphique 3 : Décomposition de l'écart total entre les taux d'absence pour raison de santé observés dans les différents versants de la fonction publique relativement au secteur privé (en p.p.)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête Emploi de l'Insee.

Par ailleurs, la régression logistique a été également appliquée aux seuls individus appartenant à la fonction publique pour les années 2021 et 2022 (prévalence moyenne de 6,0 % sur ces années) afin d'évaluer la variabilité des taux d'absences associée aux caractéristiques des agents et emplois au sein de la fonction publique.

Il a été trouvé que l'âge, le sexe, la situation statutaire, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de diplôme, la composition familiale du foyer et l'atteinte par une maladie chronique influent significativement sur la propension à être absent dans la fonction publique. Toutes choses égales par ailleurs, les agents titulaires ont, par exemple, un taux d'absence durant la semaine de référence supérieur de 2,0 p.p. à celui des agents contractuels.

2.3. Les jours d'absence pour raison de santé dans la fonction publique ont représenté entre 300 k et 350 k ETP et ont été rémunérés à hauteur 15 Md€ en 2022

Pour valoriser le **coût des jours non travaillés des agents publics absents pour raison de santé et rémunérés par l'employeur**, la mission a retenu deux méthodes aux résultats convergents :

- ♦ la première s'appuie sur des **données administratives** issues des bilans sociaux des employeurs publics et du rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2023 de la DGAFP ainsi que des réponses des employeurs publics sollicités par la mission ;
- ♦ la seconde consiste à mobiliser les **résultats de l'enquête Emploi de l'Insee** et le système d'information sur les agents des services publics (**Siasp**).

Les données administratives font état d'un nombre total de jours d'absence par agent public par versant de 13,8 jours en 2023 dans la FPE, 23,5 jours en 2021 dans la FPT et 23,2 jours dans la FPH (cf. tableau 3). **Cela représente 300 k ETP à l'échelle de la fonction publique.**

Rapport

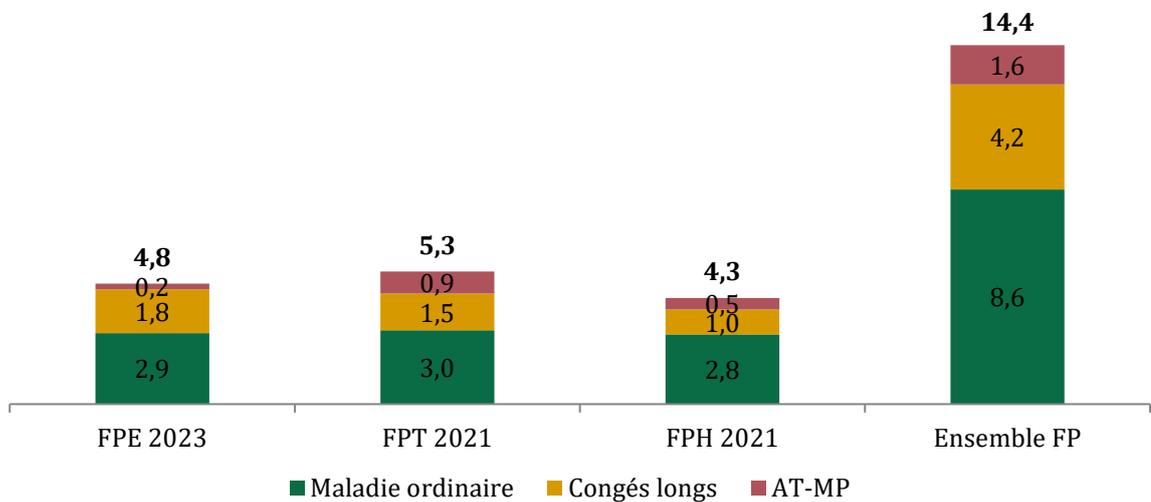
Tableau 3 : Nombre de jours d'absence par agent public par versant (jours calendaires)

Versant	Maladie ordinaire	Congés longs	AT-MP	Total
FPE (2023)	8,2	5,0	0,7	13,8
FPT (2021)	13,1	6,5	3,9	23,5
FPH (2021)	15,2	5,4	2,6	23,2

Source : Mission, d'après les réponses du ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, du ministère de l'intérieur, du ministère des armées et du ministère de l'économie et des finances, la synthèse nationale des bilans sociaux des collectivités territoriales au 31 décembre 2021 et l'analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé de 2021 publiée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

La mission obtient un coût lié à la rémunération des jours d'absences pour raison de santé des agents publics qui s'élève à 4,8 Md€ dans la FPE (hors compte d'affectation spécial « Pensions »), 5,3 Md€ dans la FPT et 4,3 Md€ dans la FPH, **soit un total pour les trois versants de la fonction publique qui s'élève à 14,4 Md€** (cf. graphique 4).

Graphique 4 : Estimation de la rémunération des jours d'absence pour raison de santé des agents publics, à partir des bilans sociaux, par versant de la fonction publique et par type de congés maladie (2023 pour la FPE et 2021 pour la FPT et FPH, en Md€)



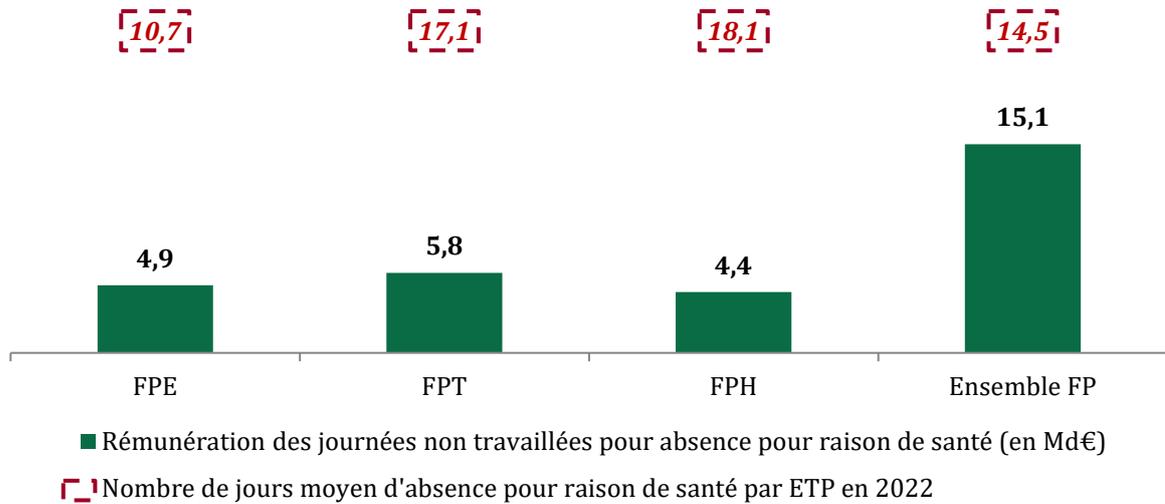
Source : Mission, d'après le ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, le ministère de l'intérieur, le ministère des armées et le ministère de l'économie et des finances, le rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2023 de la direction générale de l'administration et de la fonction publique, la synthèse nationale des bilans sociaux des collectivités territoriales au 31 décembre 2021 et l'analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé de 2021 publiée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Selon l'enquête Emploi de l'Insee, en 2022, les agents de la FPE ont été absents en moyenne 10,7 jours ouvrés par ETP, les agents de la FPT 17,1 jours par ETP et ceux de la FPH 18,1 jours par ETP.

En ETP, cela représente 116 k ETP dans la FPE, 143 k ETP dans la FPT et 93 k ETP dans la FPH, au total 353 k ETP dans l'ensemble de la fonction publique soit près de 7 % des effectifs de la fonction publique.

La mission obtient un coût des jours non travaillés des agents publics en raison des absences pour raison de santé et rémunérés par l'employeur de 15,1 Md€ en 2022, dont 4,9 Md€ dans la FPE (hors compte d'affectation spécial « Pensions »), 5,8 Md€ dans la FPT et 4,4 Md€ dans la FPH (cf. graphique 5).

Graphique 5 : Évaluation de la rémunération des jours d'absences pour raison de santé des agents publics, à partir de l'enquête Emploi (méthode appliquée à l'échelle de chaque individu interrogé par l'enquête Emploi, 2022)



Source : Mission à partir de l'enquête Emploi et du système d'information sur les agents des services publics.

En outre, l'absentéisme pour raison de santé peut engendrer des coûts supplémentaires pour l'employeur public tels que le recours à des remplacements, intérim et heures supplémentaires afin de garantir la continuité du service public.

Cependant, les dépenses engagées pour répondre aux absences pour raison de santé ne sont que rarement isolables car les motifs précis des heures supplémentaires et des remplacements ne sont généralement pas identifiés. Le montant global des dépenses de remplacement des agents absents pour arrêt maladie n'est donc pas connu. Ce constat avait été effectué en 2021 par la Cour des comptes et la mission a pu confirmer qu'il restait d'actualité.

À titre d'exemples, dans l'éducation nationale un volant de personnel titulaire est recruté pour assurer les missions de remplacement des enseignants. En 2023, ce volant de personnel remplaçant pour tous motifs représentait 5,5 % des effectifs. Dans la FPT, 217 000 contractuels occupent un emploi permanent en contrat à durée déterminée dont 31 %, soit près de 72 000, affectés sur un poste en remplacement temporaire d'un agent titulaire au moment de leur recrutement. Dans la FPH, le recours à l'intérim permet de répondre aux vacances de postes et à l'absentéisme. Les dépenses d'intérim représentent environ 1 % du total de la masse salariale chargée des établissements de santé.

2.4. Les autorisations spéciales d'absence et absences diverses représentent 5 millions de jours par an soit 23 k ETP dans la fonction publique pour une rémunération de 1,1 Md€

En sus des droits à congés pour raison de santé, de famille, de parentalité et pour formation professionnelle, le droit applicable à la fonction publique prévoit la possibilité d'octroyer des autorisations spéciales d'absence (ASA) qui permettent à l'agent de s'absenter de son service lorsque les circonstances le justifient. Ces ASA et absences diverses peuvent avoir des motifs relatifs à :

- ◆ la famille tels que le décès d'un enfant, le mariage ou Pacs de l'agent ;
- ◆ la parentalité tels que la garde d'enfant, la réalisation des examens obligatoires au cours d'une grossesse ou d'une assistance médicale à la procréation ;
- ◆ la santé tels que les visites et examens réalisés par la médecine du travail ;

Rapport

- ◆ les concours et formations et notamment la participation à un concours administratif ou à un jury de concours ;
- ◆ des fêtes religieuses non prévues au calendrier des fêtes légales ;
- ◆ l'engagement civil ;
- ◆ ou encore l'exercice d'un mandat syndical ou politique.

L'évaluation, conduite par la mission sur le panel d'employeurs interrogés, atteste de pratiques diverses de recensement et d'octroi. En moyenne, la mission évalue qu'un ETP bénéficie de 0,94 jour d'ASA par an dans la fonction publique. En extrapolant à l'ensemble de la fonction publique, **le nombre de jours d'ASA annuel s'établit à 5 millions représentant 23 k ETP pour un coût employeur de 1,1 Md€ :**

- ◆ 2,2 millions de jours représentant 10 k ETP et un coût employeur de 520 M€ dans la FPE ;
- ◆ 1,7 million de jours représentant 8 k ETP et un coût employeur de 330 M€ dans la FPT ;
- ◆ 1,1 million de jours représentant 5 k ETP et un coût employeur de 240 M€ dans la FPH.

2.5. Des objectifs de diminution de l'absentéisme dans la fonction publique peuvent être déterminés en analysant l'évolution historique des absences ou en comparant son niveau avec le secteur privé

2.5.1. Un retour des absences pour raison de santé au niveau ante crise représentait, en 2022, un potentiel d'efficience de 137 k ETP déjà en partie réalisé en sortie de crise

Un retour des absences à des niveaux d'avant crise, c'est-à-dire à 6,4 jours par agent dans la FPE, 11,2 dans la FPT et 10,4 dans la FPH, **pourrait constituer un objectif quantitatif de réduction de l'absentéisme.**

Avec de tels niveaux, le coût des jours non travaillés des agents publics en raison des absences pour raison de santé et rémunérés par l'employeur se serait élevé à 9,3 Md€ en 2022 contre 15,1 Md€ en 2022 toutes choses égales par ailleurs (les rémunérations et volumes des effectifs par versant sont maintenus à leur niveau de 2022).

Cela signifie que le potentiel théorique d'efficience s'élèverait, pour l'année 2022, à 5,8 Md€ pour l'ensemble de la fonction publique ce qui représente 137 k ETP dont 47 k ETP dans la FPE, 49 k ETP dans la FPT et 40 k ETP dans la FPH (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Évaluation des économies d'efficience générées par un retour des absences pour raison de santé dans la fonction publique au niveau de 2019 par rapport à 2022

Versant	Absences 2022		Absences au niveau 2019		Potentiel théorique d'efficience	
	Jours par agent	Rémunération (en Md€)	Jours par agent	Rémunération (en Md€)	Rémunération (en Md€)	Équivalent ETP (en milliers)
FPE	10,7	4,9	6,4	2,9	2,0	47
FPT	17,1	5,8	11,2	3,8	2,0	49
FPH	18,1	4,4	10,4	2,5	1,9	40
Total	14,5	15,1	8,9	9,3	5,8	137

Source : Mission.

Rapport

En considérant la décrue des absences en 2023 de 30 % pour la FPE et 75 % pour la FPH (cf. 2.1), ce potentiel est désormais potentiellement moindre car en partie déjà réalisé :

- ◆ 1,4 Md€ soit 33 k ETP pour la FPE, une fois prise en compte la résorption de 30 % ;
- ◆ 0,5 Md€ soit 10 k ETP pour la FPH, une fois prise en compte la résorption de 75 % ;
- ◆ indéterminé pour la FPT en raison de l'absence de données.

2.5.2. Le coût de l'écart de taux d'absence pour raison de santé entre fonction publique et secteur privé, une fois contrôlé des effets structure, ne concerne quasi exclusivement que la FPT et est de l'ordre de 16 k ETP soit un coût de 0,7 Md€

Une autre approche des enjeux d'efficience liés à l'absentéisme dans la fonction publique peut consister à évaluer l'écart des niveaux d'absence des agents publics avec les salariés du secteur privé, en neutralisant autant que possible les effets des structures respectives d'emplois et d'agents.

La mission a chiffré le coût de l'écart inexpliqué de prévalence des absences pour raison de santé entre fonction publique et secteur privé. Le coût employeur de 15,1 Md€ des journées d'absence pour raison de santé en 2022 (A) a été recalculé, une fois le niveau d'absence de chaque versant de la fonction publique contrôlé des caractéristiques de ses emplois et de ses agents par rapport au secteur privé (B). Ce coût recalculé (B) a été ensuite comparé au coût employeur des absences si elles étaient positionnées au même niveau que le secteur privé, soit à 11,7 jours d'absence par agent, (C) pour obtenir le coût de l'écart inexpliqué (D). Ce coût de l'écart inexpliqué représente *in fine* le coût employeur de l'écart entre la fonction publique et le secteur privé, toutes variables contrôlées égales par ailleurs (cf. tableau 5).

Le coût de l'écart de taux d'absence pour raison de santé entre fonction publique et secteur privé, une fois contrôlé des effets structure, est de l'ordre de 16 k ETP soit un impact financier de journées rémunérées non travaillées de 0,7 Md€ et ne concerne quasi exclusivement que la FPT.

Tableau 5 : Chiffrage du coût de l'écart inexpliqué de prévalence des absences pour raison de santé entre la fonction publique et le secteur privé

Versant	Coût des absences en 2022 (A)	Coût théorique par versant après contrôle (B)	Coût théorique des absences au niveau du secteur privé (C)	Coût de l'écart inexpliqué (D)=(B)-(C)
FPE	4,9	5,3	5,3	0,0
FPT	5,8	4,9	4,1	0,8
FPH	4,4	3,0	3,1	-0,1
Total	15,1	13,2	12,5	0,7

Source : Mission.

3. Les leviers pour réduire l'absentéisme dans la fonction publique reposent sur une politique de prévention et de contrôle ainsi que sur des incitations financières qui permettront de réaliser des économies budgétaires

La réduction des absences dans la fonction publique, qui ont connu une hausse depuis 2020 et amorcé une baisse en 2023, s'appuiera sur un ensemble de leviers complémentaires : des incitations financières (cf. 3.1), l'amélioration de la santé au travail des agents publics par des politiques de prévention (cf. 3.2), une meilleure information des employeurs des arrêts de travail (cf. 3.3) et la mise en œuvre de contrôles des arrêts de travail (cf. 3.4).

3.1. La modulation de la prise en charge des absences de courte durée pour raison de santé vise à les limiter par des incitations financières et permet de réaliser des économies budgétaires

Dans la présente partie, la mission étudie deux leviers différents de modulation de la prise en charge des absences en vue de renforcer les incitations à la modération des arrêts maladie et à la réalisation d'économies budgétaires : l'instauration de jours de carence supplémentaires (cf. 3.1.1) ou la diminution du taux de remplacement de la rémunération des agents publics en arrêts de courte durée (cf. 3.1.2).

3.1.1. Le jour de carence a rempli son objectif de réduction des arrêts de courte durée et a représenté des économies budgétaires de 134 Md€ en 2023 pour le budget de l'État

Instauré au 1^{er} janvier 2012 puis abrogé au 1^{er} janvier 2014, le jour de carence a été rétabli au 1^{er} janvier 2018. Il s'applique à l'ensemble des agents publics titulaires et contractuels civils et aux militaires. Certaines exemptions sont prévues⁸. Cette mesure consiste à ne pas verser de rémunération ou d'indemnité journalière le premier jour de l'arrêt maladie. Les jours suivants, jusqu'au 90^{ème} inclus, sont rémunérés à plein traitement.

Dans le cadre des accords relatifs à la protection sociale complémentaire, il a été convenu que les agents publics de l'État pourront adhérer à des garanties additionnelles proposées par l'organisme complémentaire sélectionné mais que la couverture du jour de carence applicable aux congés pour raisons de santé des agents fonctionnaires et contractuels sera exclue des garanties.

En cas d'arrêt maladie, les salariés du secteur privé perçoivent des indemnités journalières versées par la sécurité sociale au terme d'un délai de carence de trois jours. Néanmoins, deux-tiers d'entre eux sont protégés contre la perte de revenu induite par le délai de carence par le biais de la prévoyance d'entreprise.

Les retenues sur la rémunération des agents public de l'État et de ses opérateurs au titre du jour de carence se sont élevées au total à 94 M€ en 2021, 113 M€ en 2022 et 134 M€ en 2023 hors compte d'affectation spéciale (CAS) « Pensions ».

⁸ Les exemptions sont détaillées en annexe IV. Le jour de carence ne s'applique notamment pas aux congés de maladie accordés postérieurement à un premier congé de maladie au titre d'une même affection de longue durée (ALD) pour une période de trois ans à compter de ce premier congé de maladie.

Rapport

L'évaluation préalable à la réinstauration du jour de carence dans la fonction publique par la loi de finances pour 2018 estimait l'économie liée à la réinstauration d'un jour de carence à 108 M€ pour le budget de l'État, 100 M€ pour le budget des collectivités territoriales, 50 M€ pour le budget de la sécurité sociale et 13 M€ pour le budget des opérateurs. Le total des économies évaluées s'élevait ainsi à 270 M€ par an.

Plusieurs évaluations académiques de l'effet du jour de carence en France ont été réalisées. Elles mettent en avant une réduction des arrêts pour raison de santé de courte durée mais ne sont pas univoques quant à l'impact du jour de carence sur la durée globale des absences.

La mission a étudié à l'aide d'un modèle économétrique l'impact du jour de carence dans la fonction publique sur la prévalence des arrêts maladie. **Toutes choses égales par ailleurs, l'introduction du jour de carence a eu pour effet une réduction d'environ 11 % de la prévalence des arrêts maladie de moins de trois jours et d'environ 10 % de la prévalence des arrêts maladie de moins de quatre jours.** Aucun effet significatif du jour de carence n'est identifié sur les arrêts inférieurs à deux jours et sur les arrêts supérieurs à trois, quatre, cinq, six ou sept jours.

L'instauration de deux ou trois jours de carence est un levier possible dans l'objectif de réduire la survenance des absences de courte durée, par incitation financière, et de dégager des économies budgétaires, par prélèvement sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie. Le taux de remplacement effectif pour l'agent public en arrêt maladie serait dégradé par l'instauration de jours de carence supplémentaires et le régime deviendrait en moyenne plus défavorable que celui du secteur privé.

Les dernières estimations⁹ d'économies budgétaires réalisées par la direction du budget pour l'instauration de jours de carence supplémentaires s'élevaient à 67 M€ pour le budget de l'État (FPE et opérateurs) et 174 M€ toute fonction publique avec le passage à deux jours de carence et à 112 M€ pour le budget de l'État et 289 M€ toute fonction publique avec le passage à trois jours de carence, hors CAS « Pensions ».

3.1.2. La diminution du taux de remplacement de la rémunération des agents publics en arrêts de courte durée est un levier possible pour réduire le volume des absences et dégager des économies budgétaires

Les arrêts maladie des agents publics – couverts par le congé maladie ordinaire pour les fonctionnaires et le congé de maladie d'un agent contractuel pour les contractuels – font l'objet d'un jour de carence non rémunéré puis sont rémunérés par l'employeur, à plein traitement pendant trois mois.

Dans le secteur privé, aux termes du code du travail, tout salarié en arrêt de travail bénéficie, après trois jours de carence (pris en charge pour deux-tiers d'entre eux), d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière de la sécurité sociale permettant d'atteindre 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait perçue s'il avait continué à travailler. Toutefois, le maintien du salaire par l'employeur est possible notamment en application d'un accord collectif de branche ou d'entreprise. Cela concerne près de 70 % des salariés du secteur privé.

Ainsi, le maintien d'un jour de carence et l'application d'un taux de remplacement à 90 % dans la fonction publique conduirait à un régime d'indemnisation lors des arrêts maladie du même ordre que celui du secteur privé. Un taux de remplacement inférieur à 90 % conduirait à un régime moins favorable pour les agents publics.

⁹ Ces estimations ne prennent pas en compte d'éventuels effets comportementaux sur le volume de l'absentéisme induits par l'augmentation des jours de carence.

Rapport

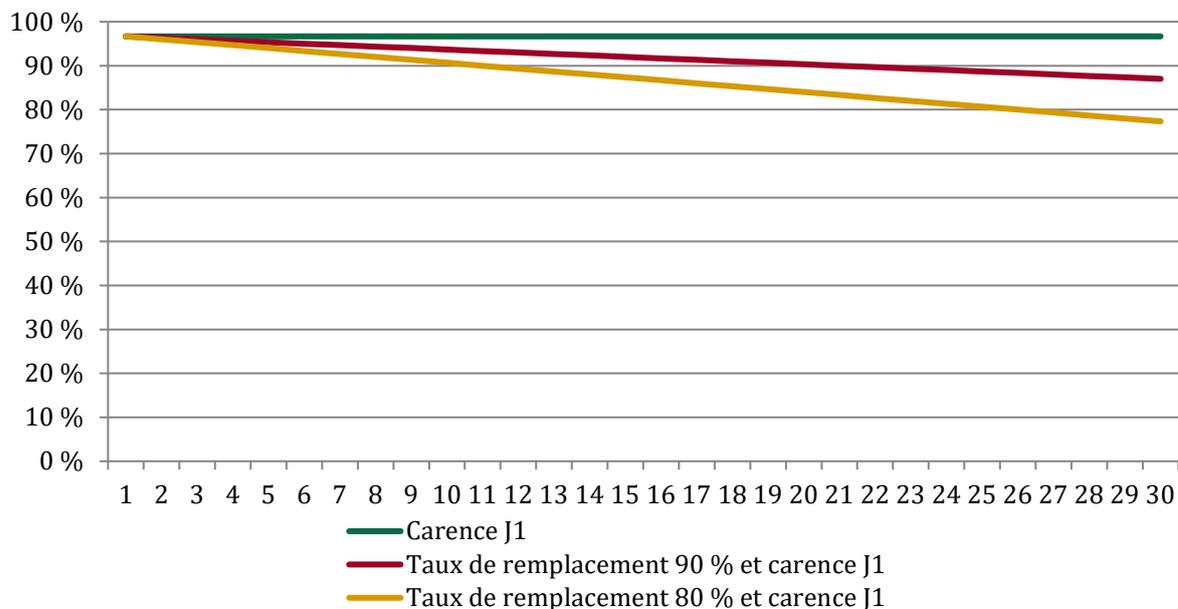
Un taux de remplacement partiel et fixe du salaire lors d'un arrêt maladie à 90 % ou 80 % par exemple, plutôt que le plein traitement, introduit une incitation financière permettant de lutter contre l'absentéisme puisque les jours d'arrêts ne sont pas pleinement rémunérés et chaque jour d'arrêt supplémentaire rémunéré partiellement vient réduire le salaire effectivement perçu.

Avec le jour de carence, un agent public qui a un arrêt maladie durant un mois donné, percevra 97 % de sa rémunération, quelle que soit la durée de l'arrêt. **Il n'y a donc aucune incitation à modérer la durée d'un arrêt une fois cet arrêt débuté.**

Avec une modulation de la rémunération perçue lors d'un arrêt maladie, la rémunération perçue par un agent public qui a un arrêt maladie durant un mois donné sera décroissante avec la durée de l'arrêt (cf. graphique 6). Il y a donc une incitation à modérer la durée d'un arrêt une fois cet arrêt débuté.

La modulation s'avère donc complémentaire au jour de carence : le jour de carence visant principalement à limiter la survenance des arrêts de courte durée et un taux de remplacement partiel permettant de limiter la durée des arrêts.

Graphique 6 : Modélisation de la rémunération mensuelle perçue par un agent public ayant eu un arrêt maladie (en % du plein traitement, en fonction de la durée de l'arrêt)



Source : Mission.

La diminution du taux de remplacement de la rémunération des agents publics en arrêt maladie de courte durée permettrait de réaliser des économies de deux ordres :

- ◆ des économies budgétaires par une moindre prise en charge des arrêts maladie par l'employeur public ;
- ◆ des économies d'efficacité par une diminution de l'absentéisme qu'entraînerait une telle mesure.

Une telle mesure permettrait de générer 0,3 Md€ d'économies budgétaires par versant avec un taux de remplacement à 90 % ou 0,6 Md€ avec un taux à 80 %¹⁰, à niveau d'absentéisme identique. L'ampleur des économies budgétaires réelles dépendra de l'évolution du taux d'absentéisme¹¹ :

- ♦ une baisse de l'absentéisme générerait des économies d'efficience mais diminuerait les économies budgétaires puisque la réduction de la prise en charge des arrêts maladie porterait sur moins de jours indemnisés ;
- ♦ inversement, une hausse augmenterait les économies budgétaires puisque la réduction de la prise en charge des arrêts maladie porterait sur plus de jours indemnisés.

3.2. L'amélioration de la santé au travail des agents publics, qui implique une politique de prévention plus volontariste et un accompagnement renforcé des parcours professionnels, constitue un levier de réduction de l'absentéisme

3.2.1. Les employeurs publics doivent encore renforcer leur politique de santé et sécurité au travail pour mieux maîtriser les absences pour raison de santé

Si la fréquence des accidents et maladies professionnelles connaît une baisse ces dernières années, certaines populations d'agents publics (sapeurs-pompiers, agents des filières techniques et soignantes) présentent des taux de sinistralité élevés, supérieurs à 7 %. Les actions destinées à prévenir l'impact du travail sur la santé de leurs agents et réduire leurs absences demeurent diversement investies par les employeurs de la fonction publique.

Plus de vingt ans après son instauration, le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) n'est pas encore généralisé, en particulier auprès des « petits » employeurs. Le taux de respect de cette obligation d'évaluation des risques professionnels est ainsi de 100 % pour les services des MEF, 89 % au ministère des armées, 70 % pour les collectivités employant plus de 1 000 agents et moins de 20 % pour les collectivités de moins de 5 agents. Dans le cadre de leurs démarches de prévention des risques, les employeurs interrogés par la mission mettent en œuvre des programmes autour des principaux facteurs de risques d'arrêt de travail que sont les risques psychosociaux (RPS) et les troubles musculosquelettiques (TMS).

La situation des services de médecine de prévention est également inégale au sein des employeurs du panel examiné par la mission : de 706 agents pour la métropole européenne de Lille (MEL) à 11 118 agents au ministère de l'éducation nationale par médecin du travail ou infirmier spécialisé en santé au travail.

Faisant face aux tensions démographiques portant sur la spécialité de médecine du travail avec une baisse des effectifs de médecine du travail de 16 % sur la décennie 2012-2022 en France, les employeurs rencontrés mobilisent toutefois les différents leviers d'optimisation de l'organisation de leurs services de médecine de prévention. Dans la lignée des recommandations du rapport de M^{me} Charlotte Parmentier-Lecocq, députée de la sixième circonscription du Nord, de 2019 et des dernières évolutions réglementaires, ils ont développé la pluridisciplinarité de leurs équipes de santé au travail et recourent à des services de santé au travail mutualisés.

¹⁰ Ce calcul repose sur une méthode de chiffrage de la rémunération des journées d'absence des agents publics pour des arrêts maladie de courte durée qui a tendance à surestimer l'impact financier car elle retient des durées et des rémunérations moyennes et ne prend pas en compte le passage à demi-traitement.

¹¹ Des tables de sensibilité sont présentées en annexe IV.

Rapport

Les employeurs publics pourraient formaliser, à leur échelle, leurs actions en matière de prévention des absences et de la désinsertion professionnelle (cf. 3.2.2) dans un plan de lutte contre l'absentéisme qui comprendrait également un volet relatif aux contrôles (cf. 3.4.3) afin de disposer d'un panel d'actions cohérentes en vue de réguler les absences.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la protection sociale complémentaire (PSC) dans la fonction publique constitue une opportunité pour améliorer l'accès des agents publics aux actions de prévention. Certaines actions menées par des employeurs de la fonction publique en partenariat avec des mutuelles ont pu produire un impact en matière de réduction de l'absentéisme et d'amélioration de l'état de santé des agents. À la date de la mission, seule la FPE prévoit explicitement l'obligation, pour les mutuelles, de mettre en œuvre de telles actions. Les employeurs publics veilleront à la pertinence des actions proposées par les mutuelles et à l'adéquation de leur coût au regard du bénéfice escompté et des actions qu'ils déploient d'ores et déjà.

Proposition n° 3 : Intégrer la mise en place d'actions de prévention au bénéfice des agents dans le cadre de la mise en place de la protection sociale complémentaire dans les versants territorial et hospitalier de la fonction publique [DGCL et DGOS en lien avec DGAFP].

3.2.2. Le temps partiel thérapeutique constitue une solution de maintien dans l'emploi mais l'accompagnement des agents en arrêt long ou inaptes à l'exercice de leurs fonctions peut être amélioré

Les employeurs publics disposent de plusieurs dispositifs pour lutter contre la désinsertion professionnelle de certains de leurs agents et faciliter leur maintien en emploi : le recours au temps partiel thérapeutique (TPT), le reclassement des agents en situation d'inaptitude sur leurs fonctions et l'accompagnement des agents en arrêt longue durée ou en reprise de poste. Leur déploiement et leurs résultats peuvent encore toutefois être optimisés.

À la suite d'assouplissements ouvrant son accès sans arrêt maladie préalable, le TPT s'est développé depuis 2021 avec :

- ◆ une hausse de 84 % du nombre d'agents en TPT au ministère des armées et de 29 % à l'AP-HP entre 2021 et 2023 ;
- ◆ une progression de 50 % aux MEF et de 44 % à la ville de Paris entre 2021 et 2022.

Même si l'utilité de ce dispositif en matière de maintien dans l'emploi n'est pas contestée, plusieurs administrations et employeurs rencontrés ont souligné l'existence d'effets d'aubaine, permettant par exemple une pérennisation d'un service à temps partiel avec maintien d'un plein traitement. Dès lors, ces situations posent la question de l'efficacité de ce dispositif au vu de son coût et de l'opportunité d'y apporter des ajustements pour en optimiser l'impact sur les absences.

Proposition n° 4 : Réaliser une évaluation des assouplissements apportés au temps partiel thérapeutique dans la fonction publique et de l'efficacité de ce dispositif [DGAFP].

Si les agents publics reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions peuvent bénéficier d'un reclassement à leur initiative ou à celle de leur employeur, ces procédures demeurent marginales et le parcours professionnel des agents concernés aboutit plus souvent à des mises en disponibilité ou des placements en retraite d'office. Alors que les carrières des agents publics se sont allongées, la dynamique de reclassement est même décroissante dans la FPT sur la période 2013-2021.

Enfin, il apparaît que le code du travail prévoit la réalisation de visites ou entretiens non opposables aux versants État et territorial de la fonction publique pour accompagner les salariés pendant les arrêts de travail longs et faciliter leur reprise de poste. Bien que ces dispositions n'aient pas été reprises dans les décrets relatifs à ces deux versants, certains employeurs, tels que les ministères économiques et financiers et le ministère des armées, proposent ces modalités d'accompagnement à leurs agents. D'autres, faute de cadre réglementaire, ne s'inscrivent pas dans une telle démarche.

3.3. L'information de l'employeur public peut être améliorée par la mise en place de modalités de transmission des arrêts de travail plus efficaces

3.3.1. Des durées indicatives de référence des arrêts de travail et l'encadrement du recours à la télé médecine ainsi que des modalités de prolongation des arrêts de travail contribuent à guider la prescription des arrêts de travail

La liberté de prescription des médecins peut être guidée, essentiellement pour des raisons de sécurité (par exemple l'incompatibilité médicamenteuse) ou pour des raisons économiques. Dans ce cadre, **pour aider les médecins dans leur prescription d'un arrêt de travail, des durées indicatives de référence, adaptables aux spécificités du patient et établies après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), sont proposées sur 67 motifs d'arrêt.**

Un effort continu d'information et de formation des médecins reste nécessaire pour améliorer la prise en compte de ces durées repères, ce que rappelle la convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 passée entre l'État et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) : en effet, entre juin 2021 et juin 2022, **sur les 2,9 millions d'arrêts portant sur les motifs d'arrêt de travail les plus fréquents et pour lesquels il existe une fiche repère, plus de 40 % des journées d'arrêt de travail prescrites excèdent les durées les plus longues préconisées.**

Le recours à la télé médecine, une des réponses aux enjeux relevant de l'accès aux soins, fait l'objet d'un encadrement particulier s'agissant de la prescription des arrêts de travail depuis le 1^{er} janvier 2024. Sauf exceptions limitatives, les arrêts de travail prescrits dans ce cadre ne peuvent excéder une durée de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours. Si la part des journées indemnisées à la suite d'une téléconsultation dans le total des journées indemnisées a connu une forte évolution avec la crise sanitaire passant de 0,03 % en 2019 à 6,2 % en 2020, elle décroît depuis 2021 et représentait 2,2 % des journées indemnisées au premier semestre 2023. Les dispositions applicables depuis le 1^{er} janvier 2024 devraient contribuer à diminuer ou à maintenir à un niveau bas ces prescriptions.

Enfin, des modalités restrictives s'appliquent à la prolongation d'un arrêt de travail qui ne peut être accordée que par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, par le médecin traitant ou par la sage-femme, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré.

3.3.2. La télétransmission des arrêts de travail à l'employeur public n'est pas réalisée pour les fonctionnaires

Les médecins ont l'obligation légale de recourir au téléservice avis d'arrêt de travail (AAT) mis à disposition par l'assurance maladie pour établir un avis d'arrêt de travail. Le non-respect de cette obligation donne lieu à l'application d'une sanction conventionnelle.

Rapport

Des objectifs de dématérialisation ont été fixés dans les conventions d'objectifs et de gestion 2018-2022, puis 2023-2027, passées entre l'État et la CNAM ainsi que dans les textes juridiques liant les médecins et l'assurance maladie. Ces textes contribuent à définir le niveau de rémunération du forfait structure attribué aux médecins. Pour autant, le taux de recours au téléservice AAT n'était que de 66 % en 2023 alors que l'objectif fixé était de 90 % et que l'obligation est fixée par la loi.

Plusieurs avantages sont attendus de la dématérialisation : une meilleure observance des durées indicatives d'arrêt par les médecins prescripteurs, une simplification des formalités de transmission des arrêts de travail aux caisses de sécurité sociale, une réduction significative des délais de traitement des avis d'arrêts de travail par rapport à la gestion des avis « papier » et la facilitation des contrôles.

Toutefois, la fonction de télétransmission à l'employeur public n'est pas prévue pour les avis d'arrêt de travail des fonctionnaires¹². Cela n'empêche pas le médecin de recourir au téléservice pour effectuer sa prescription : il lui appartient ensuite d'imprimer l'avis et de le remettre à l'assuré.

La télétransmission des avis d'arrêts de travail pourrait être étendue aux fonctionnaires afin d'en faciliter et d'en fluidifier la gestion. Le traitement des avis, directement versés dans les SIRH de l'employeur public, serait rationalisé (délais réduits, limitation des coûts de gestion) et l'information de l'employeur étant quasi immédiate, l'organisation de contrôles pourrait être facilitée. Côté agent, il s'agit d'une mesure de simplification administrative. Cette évolution a déjà été préconisée par la Cour des comptes en 2021. Pourtant, trois ans plus tard, aucun élément n'a été transmis à la mission permettant d'apprécier une quelconque avancée sur le sujet.

Un tel projet pouvant s'avérer complexe, une première étape pourrait consister à effectuer une étude de faisabilité de la mise en œuvre de la télétransmission des avis d'arrêts de travail sur le périmètre de la fonction publique de l'État. La diversité des employeurs de la FPT et FPH et de leurs SIRH introduit des difficultés supplémentaires et la généralisation d'une telle télétransmission pourrait intervenir, le cas échéant, dans un second temps.

Proposition n° 5 : Examiner la faisabilité de l'élargissement de la télétransmission des avis des arrêts de travail aux employeurs de la fonction publique de l'État [DGAFP, DSS, CNAM et CISIRH].

3.3.3. La vérification du respect de l'obligation réglementaire d'informer l'employeur d'un arrêt de travail dans un délai de 48 heures n'est pas systématique

Les dispositions réglementaires applicables dans les trois versants de la fonction publique prévoient la nécessité, pour obtenir un congé de maladie ou un renouvellement du congé initial, d'adresser à son employeur un avis d'interruption de travail dans les 48 heures qui suivent son établissement.

Si le délai de 48 heures est dépassé, l'agent doit être informé par courrier de son employeur de l'envoi tardif de son arrêt de travail et de la réduction de rémunération à laquelle il s'expose. En effet, un tel manquement peut donner lieu à une réduction de moitié de la rémunération si un retard est à nouveau constaté pour l'envoi d'un nouvel avis d'arrêt de travail dans les 24 mois suivants le précédent. Ces dispositions sont similaires à celles du régime général.

¹² La transmission dématérialisée de l'avis d'arrêt de travail n'est possible que pour le régime général, la mutualité sociale agricole (MSA), la RATP et la SNCF.

La mise en œuvre de ces dispositions par les employeurs publics, tant le contrôle du respect des 48 heures que l'application de la réduction de la rémunération en cas de retard répété, n'est pas systématique, souvent faute d'outils de gestion ou de modalités de transmission adaptés.

La DGAFP, la DGCL et la DGOS pourraient utilement rappeler aux employeurs, respectivement de la FPE, la FPT et la FPH, les dispositions réglementaires en matière de suivi du respect du délai de transmission de l'avis d'arrêt de travail par les agents ainsi que les sanctions applicables en cas de non-respect de ce délai. Elles pourraient également favoriser le partage de bonnes pratiques existantes au sein de chaque versant de la fonction publique en matière de vérification du respect du délai de transmission. Enfin, elles pourraient veiller à ce que chaque employeur mette effectivement en place les procédures nécessaires en vue d'assurer le suivi du respect du délai de transmission de l'avis d'arrêt de travail par les agents et de déclencher les sanctions prévues chaque fois que nécessaire.

3.4. Les contrôles administratifs et médicaux des arrêts de travail des agents publics sont insuffisamment mobilisés en raison des difficultés auxquelles les employeurs publics sont confrontés pour les mettre en œuvre

3.4.1. Le contrôle administratif de la présence à domicile pour les congés de maladie est inopérant pour les fonctionnaires faute de base réglementaire

Le contrôle administratif vise la vérification par l'employeur de la présence des fonctionnaires¹³ en congé de maladie à leur domicile pendant les plages horaires indiquées sur l'avis d'arrêt de travail.

Un contrôle administratif peut être mis en place par le chef de service en vertu de ses prérogatives relatives à l'organisation de son service reconnues par l'arrêt Jamart (Conseil d'État, 1936).

Toutefois, en l'absence de disposition législative ou réglementaire spécifique prévoyant les suites à donner à des manquements constatés par un contrôle, leur portée a été limitée par la jurisprudence du Conseil d'État : « le seul fait qu'[un agent] ait été absent de son domicile, en dehors des heures de sortie autorisées, lors d'une contre-visite inopinée à son domicile ne peut justifier une suspension de sa rémunération en l'absence de toute disposition législative ou réglementaire l'autorisant pour un tel motif » (Conseil d'État, 28 septembre 2011, centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger).

Dans le régime général, des dispositions réglementaires sont bien prévues pour fixer les horaires de présence au domicile des salariés en arrêt de travail et déterminent les sanctions en cas de manquement constaté lors d'un contrôle.

Proposition n° 6 : Mettre en place un cadre réglementaire pour les contrôles administratifs de la présence au domicile des fonctionnaires en arrêt de travail et prévoir les sanctions associées [DGAFP en lien avec DGCL et DGOS].

¹³ Les agents contractuels sont affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie, ou pour certains contractuels relevant de la FPT au régime de protection sociale des professions agricoles, pour bénéficier des assurances maladie, maternité, invalidité et décès. Les contrôles peuvent donc être menés par les caisses de sécurité sociale.

3.4.2. La réforme des instances médicales intervenue en 2022 a permis de réduire le nombre de dossiers examinés mais n'a pas encore produit tous les effets attendus notamment en matière de délai de traitement

En 2022, une réforme des instances médicales a modifié l'organisation et le fonctionnement de ces instances dans l'objectif d'accélérer les traitements des dossiers médicaux des agents. Les conseils médicaux formulent notamment des avis sur la situation des agents au regard de leurs droits à congés pour raisons de santé et assurent des examens médicaux de contrôle à la demande de l'administration.

La mission a pu dresser des premiers éléments de bilan de la réforme¹⁴, dont la DGAFP prévoit une évaluation en 2025. La suppression de la saisine obligatoire du conseil médical dans certaines situations¹⁵ a généralement permis une diminution du nombre de dossiers examinés. Pour autant, les délais moyens entre la date de saisine du conseil médical sur la base d'un dossier complet et la date de tenue de la séance du conseil médical ont augmenté passant de 52,7 jours en 2021, avant la réforme, à 58,9 jours en moyenne à fin mai 2024.

L'augmentation de ces délais de traitement illustre des difficultés de fonctionnement des conseils médicaux qui proviennent :

- ◆ de problèmes de recrutement des médecins préalablement agréés par le préfet de département sur proposition de l'agence régionale de santé. Ces médecins peuvent être appelés à siéger au conseil médical ou à réaliser des expertises médicales. Dans un contexte de fortes tensions sur la ressource médicale, les difficultés de recrutement sont amplifiées par une rémunération insuffisante qui n'a pas été revalorisée depuis 2007. Cette rémunération est fixée par arrêté pour la FPE et la FPH. Les centres de gestion de la fonction publique territoriale appliquent leurs propres tarifications, globalement plus avantageuses¹⁶ ;
- ◆ de l'insuffisante appropriation de la réforme par nombre d'acteurs, en particulier au niveau local, que ce soient les médecins ou les services des ressources humaines des employeurs en raison notamment d'un défaut d'actualisation des circulaires et guides existants. Cette relative méconnaissance du nouveau partage des rôles peut aller jusqu'au refus de certains médecins d'effectuer une expertise pour le compte d'un employeur et à des manquements dans le respect du secret médical lors de la manipulation et du stockage des expertises médicales par les services des ressources humaines.

Les difficultés rencontrées dans le fonctionnement des instances médicales sont de nature à limiter la fluidité du traitement des dossiers des agents et peuvent dans certains cas être un obstacle à une réinsertion professionnelle rapide, la situation d'un agent pouvant mettre plusieurs mois avant de faire l'objet d'une décision.

¹⁴ La mission a interrogé 20 conseils médicaux des régions Pays de la Loire et Hauts de France (15 répondants).

¹⁵ Notamment la prolongation d'un congé de maladie au-delà de six mois consécutifs, le renouvellement d'un CLM ou d'un CLD quand les droits à une rémunération à plein traitement ne sont pas épuisés, la reprise du service après douze mois consécutifs de congés de maladie ou à l'issue d'un CLM ou d'un CLD dès lors que les droits à congés ne sont pas épuisés, le renouvellement d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service

¹⁶ Rémunération pour une séance de deux heures du conseil médical départemental : 43,60€ dans la FPE et la FPH contre des rémunérations allant de 75 € à 173 € de l'heure identifiées pour les conseils médicaux de l'échantillon relevant de la FPT. Rémunération des expertises allant de 26,50 € à 157 € pour la FPE et la FPH selon les spécialités et modalités, rémunération pouvant aller jusqu'à 500 € pour les conseils médicaux de l'échantillon relevant de la FPT.

Rapport

La mission recommande, d'une part, d'actualiser le corpus juridique et administratif précisant le régime applicable aux agents publics (circulaires et guides) afin de tenir compte de la réforme des instances médicales intervenues en 2022 et améliorer la lisibilité des modalités de gestion des congés pour raison de santé et, d'autre part, de fournir aux conseils médicaux et aux employeurs publics les éléments nécessaires à l'explicitation de la réforme et de ses conséquences opérationnelles, adaptés aux spécificités de chacun des versants de la fonction publique.

Proposition n° 7 : Appliquer des montants de rémunération des médecins agréés identiques sur les trois versants de la fonction publique et suffisamment attractifs pour mobiliser la ressource médicale disponible [DGAFP, DGCL, DGOS et DB].

3.4.3. Les contrôles médicaux sont peu nombreux, ont des effets modestes et leur cadre opérationnel doit être précisé

Les contrôles médicaux des arrêts maladie des agents publics sont diligentés par les employeurs publics et réalisés par les médecins agréés. Une expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires par la CNAM a été conduite sur la période 2010-2018 (cf. encadré 1).

Encadré 1 : L'expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires par la CNAM

L'expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires par la CNAM conduite sur la période 2010-2018 portait, d'une part, sur le contrôle médical des arrêts de travail des fonctionnaires et, d'autre part, sur le contrôle administratif des heures de sortie autorisées.

Un bilan établi à mi-parcours par l'IGAS, l'IGF et l'inspection générale de l'administration (IGA) en a fait un état des lieux critique. Jugée insuffisamment pilotée, l'expérimentation n'a pas permis de cibler les contrôles de manière efficace et elle n'a pas conduit à prévenir un usage abusif des congés pour raison de santé.

Les suites données par l'administration aux contrôles ont été très faibles. Ainsi sur la FPE, selon les chiffres de la CNAM disponibles en fin d'expérimentation, l'assurance maladie a conclu à 433 arrêts de travail non justifiés et à 1 330 absences à convocation.

Ces constats ont donné lieu à seulement 66 sanctions ou suites spécifiques dont 9 décisions prises en matière de rémunération soit 0,5 % des 1 763 anomalies.

La plupart des employeurs interrogés par la mission indiquent déclencher des contrôles quand des signaux laissent penser que l'arrêt n'est pas authentique ou est dit « de complaisance ».

Quelques-uns ont établi une politique de contrôle et défini des critères de déclenchement (par exemple un agent en arrêt depuis plus de 90 jours ou des absences répétées sur 12 mois glissants). Ces contrôles peuvent alors s'inscrire dans une approche plus large qu'une vérification du bien-fondé de l'arrêt : ils permettent d'évaluer l'état de santé de l'agent et de l'orienter dans ses démarches pour adapter la prise en charge.

Seuls quelques employeurs sollicités par la mission ont été en mesure de fournir des éléments chiffrés sur la mise en œuvre des contrôles qui n'est pas représentative des pratiques des employeurs publics dans leur ensemble mais qui font état de faibles volumes :

- ◆ pour partie des personnels civils du ministère des Armées, 3 % des congés de maladie ordinaire supérieurs à 6 mois ont fait l'objet d'un contrôle en 2022 et moins de 2 % en 2023 ;
- ◆ au CHU de Nantes, 0,4 % des congés de maladie de moins de 6 mois ont fait l'objet d'un contrôle médical en 2023 ;

Rapport

- ◆ à l'AP-HP, le nombre de contrôles exercés par un médecin agréé a chuté de 80 % entre 2019 et 2023, la part de jours d'arrêt de travail ayant donné lieu à un contrôle sur le total des jours de congé de maladie est passé de 4,7 % en 2019 à 1,2 % en 2023.

Ces taux de contrôle sont similaires à ceux du régime général. En 2022, le service du contrôle médical de l'assurance maladie a donné 898 107 avis relatifs aux arrêts de travail, sur un total de 22,9 millions d'arrêts de travail et 334 000 assurés ont fait l'objet d'un contrôle (convocation, visite), soit pour au moins 1,5 % du total des arrêts¹⁷.

La mission ne possède que des données partielles pour apprécier les résultats de ces contrôles. À l'AP-HP, rapporté au nombre de jours d'arrêt contrôlés, le nombre de jours jugés injustifiés représente 10,2 % du total en 2023. Au CHU de Nantes, la part des arrêts jugés injustifiés sur le total des contrôles effectués sur les congés de maladie de moins de 6 mois est de 13 % en 2023. Par comparaison, les données disponibles pour la CNAM indiquent que sur 334 000 assurés contrôlés en 2022, un avis négatif a été rendu dans 82 000 cas, soit 24 % des cas.

La mission n'a pas recueilli de données relatives à la reprise du travail suite à un contrôle. Quant aux décisions d'interruption de la rémunération ou de retenue sur rémunération, voire de fin de contrat ou de période de préparation au reclassement, elles se limitent à quelques unités pour les employeurs ayant fourni des éléments à ce sujet.

Les employeurs publics sont peu diligents à développer une politique de contrôle en raison des difficultés de recours aux médecins agréés, de délais de mobilisation incompatibles avec une gestion fluide des contrôles (encore plus marquée quand il s'agit d'arrêts courts) et du défaut présumé d'efficacité des contrôles, les arrêts étant souvent confirmés par le médecin mandaté pour le contrôle.

Pour autant, dès lors qu'ils s'inscrivent dans une politique globale, claire et connue, les contrôles médicaux des arrêts de travail présentent plusieurs intérêts : émission d'un signal de vigilance vis-à-vis des abus éventuels tant en direction des agents en arrêt de travail que des agents appelés à absorber le surplus de charge lié à l'absence d'un collègue, sensibilisation des *managers*, appréhension plus fine de l'état de santé de l'agent arrêté et possibilité d'une adaptation plus rapide des réponses apportées (reprise du travail, reclassement, etc.).

La mission recommande aux employeurs publics d'inscrire les contrôles des congés pour raison de santé dans une politique globale, partagée avec les agents, les managers, les services des ressources humaines et les représentants du personnel, inscrite dans un plan de lutte contre l'absentéisme (cf. 3.2.1).

¹⁷ Ce calcul établi par la mission part du présumé que chaque assuré n'était concerné que par un seul arrêt maladie en 2022. Il peut donc être sous-évalué.

3.5. Une rationalisation des droits à autorisations spéciales d'absence, pour fêtes religieuses et gardes d'enfant notamment, produirait un gain d'efficience équivalent à 1 400 ETP

La fonction publique offre un cadre d'autorisations d'absence plus favorable que le secteur privé, notamment en ce qui concerne les droits à s'absenter pour garde d'enfant ou pour fête religieuse. L'article 45 de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique avait prévu une clarification du régime des ASA dans la fonction publique par voie réglementaire. Les rapports parlementaires d'examen du projet de loi de transformation de la fonction publique pointaient, à ce titre, que « *la pluralité de textes applicables au sein de la fonction publique engendre une pluralité de régimes et de pratiques difficilement explicable* »¹⁸. Le décret en Conseil d'État n'a pas été pris alors qu'il constituait une occasion de clarifier ce régime d'absences.

Dans ce contexte, il pourrait être envisagé de :

- ◆ privilégier le recours aux facilités horaires compensées ou aux RTT pour les motifs de fêtes religieuses ;
- ◆ aligner le quantum de jours d'ASA pour garde d'enfant sur le secteur privé ;
- ◆ interroger les ASA pour délai de route qui ne connaissent pas d'équivalent dans le droit pour le secteur privé ;
- ◆ formaliser un droit à ASA pour décès d'un proche (hors enfant) pour harmoniser les pratiques dans la fonction publique.

Proposition n° 8 : Clarifier le régime des autorisations spéciales d'absence dans la fonction publique et en réduire l'écart avec le droit commun en vigueur dans le secteur privé [DGAFP].

D'après les données disponibles auprès du panel d'employeurs publics, un rapprochement du régime des ASA vers les autorisations d'absence en vigueur dans le secteur privé aboutirait à un gain de 310 k jours soit 1 400 ETP pour un coût salarial de 67 M€ :

- ◆ 140 k jours représentant 620 ETP et un coût employeur de 32 M€ dans la FPE ;
- ◆ 110 k jours représentant 480 ETP et un coût employeur de 21 M€ dans la FPT ;
- ◆ 70 k jours représentant 300 ETP et un coût employeur de 15 M€ dans la FPH.

¹⁸ Rapport n° 570 de M^{me} Catherine Di Folco et M. Loïc Hervé, Sénateurs, fait au nom de la commission des lois du Sénat et déposé le 12 juin 2019.

Rapport

À Paris, le 2 juillet 2024
Les membres de la mission,

L'inspecteur général des
finances,



Alain Triolle

L'inspectrice des
affaires sociales,



Isabelle Pavis

L'inspecteur des
finances,



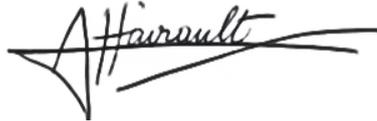
Nicolas Lefevre

L'inspecteur des
finances,



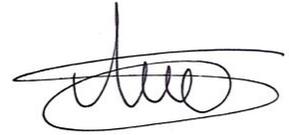
Matthieu Leclercq

Le *data scientist* au
pôle science des données
de l'IGF,



Adrien Hairault

L'inspectrice stagiaire
des finances,



Raykhant Lianova

ANNEXES ET PIÈCE JOINTE

LISTE DES ANNEXES ET DE LA PIÈCE JOINTE

- ANNEXE I : LES DROITS À ABSENCE DANS LA FONCTION PUBLIQUE**
- ANNEXE II : LE SUIVI, LES ÉVOLUTIONS ET LES FACTEURS DES ABSENCES DANS LA FONCTION PUBLIQUE**
- ANNEXE III : LES MESURES POUR PRÉVENIR LES ABSENCES DANS LA FONCTION PUBLIQUE**
- ANNEXE IV : LES COÛTS ET ENJEUX FINANCIERS LIÉS AUX ABSENCES DANS LA FONCTION PUBLIQUE**
- ANNEXE V : LA PRESCRIPTION DES ARRÊTS MALADIE ET LEUR CONTRÔLE DANS LA FONCTION PUBLIQUE**
- ANNEXE VI : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**
- PIÈCE JOINTE : LETTRE DE MISSION**

ANNEXE I

Les droits à absence dans la fonction publique

SOMMAIRE

1. S'ILS DOIVENT ASSURER LEUR SERVICE, LA RÉGLEMENTATION PRÉVOIT TOUTEFOIS QUE LES AGENTS PUBLICS PUISSENT S'ABSENTER DE LEUR POSTE SOUS CERTAINES CONDITIONS	1
1.1. Les agents publics sont soumis à l'obligation d'assurer leur service	1
1.2. Les agents publics bénéficient de droits et de possibilités d'être absents pour des raisons liées au respect du temps de travail, à la formation professionnelle, à leur état de santé ou leur situation familiale	1
2. LES AGENTS PUBLICS BÉNÉFICIENT DE PLUS D'ABSENCES LIÉES AUX RÈGLES DE TEMPS DE TRAVAIL QUE LEURS HOMOLOGUES DU SECTEUR PRIVÉ.....	4
3. LES AGENTS PUBLICS ET LES SALARIÉS DU SECTEUR PRIVÉ DISPOSENT DE DROITS SIMILAIRES EN MATIÈRE D'ABSENCE POUR FORMATION PROFESSIONNELLE	6
4. LES FONCTIONNAIRES BÉNÉFICIENT DE DROITS À CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ PLUS FAVORABLES QUE LES CONTRACTUELS ET LES SALARIÉS DE DROIT PRIVÉ, EN PARTICULIER POUR LES ARRÊTS LONGS.....	8
4.1. Les fonctionnaires bénéficient de droits à congés de maladie plus longs avec des congés de longue durée pouvant aller jusqu'à cinq ans.....	8
4.2. Les employeurs publics étant leur propre assureur pour les agents titulaires, la prise en charge des arrêts maladie de courte durée relève de régimes différents selon le statut de l'agent.....	12
4.3. Comme pour les arrêts de courte durée, les arrêts maladie de longue durée sont pris en charge exclusivement par l'employeur pour les fonctionnaires et conjointement par la sécurité sociale et l'employeur pour les contractuels et les salariés du secteur privé	15
4.4. Les congés de maladie professionnelle et d'accident de travail et de trajet reconnu imputable au service ne peuvent prendre fin qu'à la guérison complète ou consolidation de l'état de santé de l'agent ou du salarié	18
4.5. La prise en charge du congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions se fait selon des régimes similaires à ceux des arrêts maladie mais avec des paramètres d'indemnisation différents.....	19
5. LES DROITS À CONGÉS LIÉS À LA PARENTALITÉ ET À LA FAMILLE SONT IDENTIQUES DANS LES SECTEURS PUBLICS ET PRIVÉS	22
6. LE RÉGIME DES ASA EST PLUS AVANTAGEUX DANS LA FONCTION PUBLIQUE ET GAGNERAIT À ÊTRE CLARIFIÉ ET RATIONALISÉ AU VU DU MORCELLEMENT ET DE L'ANCIENNETÉ DE SES FONDEMENTS RÉGLEMENTAIRES	24
6.1. Les ASA en matière de motif familial ou parental reposent sur un ensemble de textes hétéroclite et s'avèrent dans l'ensemble plus avantageux dans la fonction publique	24
6.2. Les agents publics et les salariés ont des droits équivalents en matière d'absences en lien avec à la santé	26

6.3. Les agents publics de la FPE et la FPH bénéficient de décharges de service de droit pour se préparer aux examens et concours administratifs.....	26
6.4. Si les absences permises pour l'exercice d'un mandat politique sont les mêmes pour tous les actifs, les modalités d'absence pour mandat syndical ou responsabilité citoyenne diffèrent entre secteurs	27
6.5. Les administrations ont la faculté d'accorder des absences pour fêtes religieuses aux agents publics, en complément des jours intégrés au calendrier des fêtes légales	28
6.6. Le cadre d'autorisations d'absence de la fonction publique est plus favorable que le secteur privé et pourrait être clarifié et rationalisé.....	29

1. S'ils doivent assurer leur service, la réglementation prévoit toutefois que les agents publics puissent s'absenter de leur poste sous certaines conditions

1.1. Les agents publics sont soumis à l'obligation d'assurer leur service

Les agents publics sont tenus au respect d'un ensemble de principes intégrés au code général de la fonction publique (CGFP). L'agent public exerce ainsi ses fonctions avec « *dignité, impartialité, intégrité et probité* » d'après l'article L. 121-1 du CGFP et il réalise ses missions dans le respect des principes de neutralité et de laïcité selon l'article L. 121-2 du CGFP. Il veille à prévenir et à faire cesser toute situation de conflits d'intérêts aux termes des articles L. 121-4 et L. 121-5 du CGFP. Il doit aussi faire preuve de discrétion et est tenu au secret professionnel selon les articles L. 121-6 et L. 121-7 du même code.

Au-delà de ces principes, **l'agent public est soumis à plusieurs sujétions et devoirs associés à l'obligation de se consacrer à l'exercice de ses fonctions au poste sur lequel il est affecté.** Les articles L. 121-3, L. 121-9 et L. 121-10 du CGFP disposent que l'agent public consacre l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées, qu'il est responsable de l'exécution de ses tâches et qu'il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique¹.

Sauf à se placer dans une des situations d'absence limitativement définies par la réglementation (cf. 1.2), l'agent absent ou n'occupant son poste est en situation irrégulière et ne peut prétendre au bénéfice des droits reconnus aux agents publics, notamment le droit à rémunération après service fait, prévu à l'article L. 115-1 du CGFP. Ce code prévoit d'ailleurs, en son article L. 711-2, qu'il n'y a pas de service fait :

- ◆ lorsque l'agent public s'abstient d'effectuer tout ou partie de ses heures de service ;
- ◆ lorsque l'agent, bien qu'effectuant ses heures de service, n'exécute pas tout ou partie de ses obligations de service.

L'agent manquant à ses obligations s'expose également aux sanctions disciplinaires prévues au CGFP allant du simple avertissement à la mise en retraite d'office ou à la révocation pour les fonctionnaires et au licenciement sans préavis ni indemnité pour les agents contractuels².

1.2. Les agents publics bénéficient de droits et de possibilités d'être absents pour des raisons liées au respect du temps de travail, à la formation professionnelle, à leur état de santé ou leur situation familiale

L'obligation d'assurer le service supporte un certain nombre de dérogations permettant une absence de l'agent. **Aux termes du CGFP, les agents publics disposent de plusieurs droits et autorisations à être absents, en conservant ou non tout ou partie de leur rémunération.**

¹ Sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public aux termes des articles L. 121-10 et L. 121-11 du CGFP et de l'article 40 du code de procédure pénale.

² Articles L. 530-1 à L. 533-6 du CGFP et décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la fonction publique d'État ; décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale ; décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière.

Annexe I

Ces absences sont de différents types (cf. tableau 1) :

- ◆ les absences liées aux règles de temps de travail (cf. 2.) ;
- ◆ les absences liées aux droits à la formation professionnelle (cf. 3.) ;
- ◆ les absences liées aux droits à la protection sociale (cf. 4. et 5.) ;
- ◆ les autres autorisations d'absence (cf. 6.).

Tableau 1 : Principaux droits à absence dans la fonction publique prévus par la réglementation

Absences liées aux règles relatives au temps de travail	Absences liées aux droits à la formation professionnelle	Absences liées aux droits à la protection sociale	Autres autorisations d'absence
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Repas quotidiens et hebdomadaires ; ◆ congés annuels et congés bonifiés ; ◆ congés acquis au titre d'un compte épargne-temps (CET) ; ◆ jours fériés ; ◆ congés pour réduction du temps de travail ; ◆ repos compensateur. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Congé de formation professionnelle ; ◆ congé de transition professionnelle ; ◆ période de professionnalisation ; ◆ congé pour bilan de compétence. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Congés de maladie : <ul style="list-style-type: none"> ● pour les fonctionnaires : congé de maladie ordinaire (CMO) ³ ; ● congé de longue maladie (CLM) et congé de longue durée (CLD) ; ● pour les agents contractuels : congé de maladie et congé de grave maladie (CGM) ; ◆ accidents et maladies liés au service : <ul style="list-style-type: none"> ● accidents de service/travail ; ● accidents de trajet ; ● maladies professionnelles ; ◆ congés liés à la parentalité : <ul style="list-style-type: none"> ● congé de naissance ; ● congé de maternité ; ● congé de paternité ; ● congé d'adoption ; ● congé parental ; ◆ congés liés à la famille : <ul style="list-style-type: none"> ● congé de présence parentale ; ● congé de proche aidant ; ● congé de solidarité familiale. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Absences pour événement familial : <ul style="list-style-type: none"> ● décès d'un proche, ● mariage ou pacs ; ◆ absences liées à la parentalité : <ul style="list-style-type: none"> ● grossesse et maternité ; ● assistance médicale à la procréation, ● garde momentanée d'enfant et garde d'enfant malade ; ● handicap d'un enfant ; ◆ absences liées à la santé : <ul style="list-style-type: none"> ● médecine de prévention ; ● don du sang ou de plaquettes ; ◆ absences à l'occasion des principales fêtes religieuses ; ◆ absences liées à la préparation et à la participation à un concours ou à un jury de concours ; ◆ absences liées au droit syndical ; ◆ absences liées à l'engagement politique ; ◆ absences liées à l'engagement dans la société civile ; ◆ absences pour délais de route.

Source : Mission d'après le CGFP et le code du travail.

³ Si le CGFP retient l'appellation « congé de maladie », la mission a maintenu l'ancienne dénomination « congé de maladie ordinaire » afin de faciliter la distinction avec les autres types de congés de maladie.

2. Les agents publics bénéficient de plus d'absences liées aux règles de temps de travail que leurs homologues du secteur privé

Jusqu'en 2004, la durée annuelle légale du travail était fixée à 1 600 heures. Ce volume a ensuite été porté à 1 607 heures⁴ à compter du 1^{er} janvier 2005, en raison de l'institution de la journée de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées mentionnée aux articles L. 621-10 et L. 621-11 du CGFP. La durée légale du travail étant de 35 heures par semaine pour un agent à temps complet depuis 2002, dans l'ensemble de la fonction publique comme dans le secteur privé, **plusieurs absences contribuent à réguler la durée du travail à l'échelle annuelle, conformément à la durée annuelle légale du travail : c'est le cas des congés payés annuels, des jours fériés, des congés pour réduction du temps de travail (RTT) et des congés acquis au titre d'un compte épargne temps (CET).**

La durée du travail effectif peut être réduite pour les agents soumis à des contraintes particulières, conformément à l'article premier du décret n° 2000-815 du 25 août 2000 et aux articles 2 des décrets n° 2001-623 du 12 juillet 2001 et n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatifs à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique.

D'après la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), le cycle hebdomadaire habituel de travail déclaré par les agents de la fonction publique, comme pour les salariés du secteur privé à temps complet, est de 39 heures. En revanche, **la durée annuelle effective de travail⁵ des salariés à temps complet du secteur privé est supérieure à celle des agents de la fonction publique (1 699 heures, contre 1 606)**. Les écarts constatés entre le secteur privé et la fonction publique en 2022 peuvent s'expliquer par la différence dans le nombre de jours de congés annuels et de RTT entre les agents de la fonction publique (33,3 jours) et les salariés du privé (25,6 jours). C'est dans la fonction publique de l'État (FPE) que le volume horaire est le plus élevé dans la fonction publique, avec 1 677 heures. Ce volume horaire est le moins élevé dans la fonction publique territoriale (FPT) avec une durée annuelle de 1 564 heures (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Composantes de la durée du travail par agent selon le type d'employeur en 2022

Type d'employeur	Durée annuelle effective (en heures)	Durée hebdomadaire habituelle (en heures)	Heures supplémentaires dans l'année (en heures)	Congés payés, RTT et CET (en jours)
FPE (hors enseignants)	1 677	40,4	76,4	38,5
FPT	1 564	38,2	38,4	32,5
FPH	1 587	38,7	54,4	28,5
Fonction publique (hors enseignants)	1 606	39,0	54,7	33,3
Secteur privé	1 699	39,0	43,5	25,6

Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après l'enquête emploi de l'Insee.

⁴ Articles L. 611-1, L. 611-2 et L. 611-3 du CGFP, article L. 3121-27 du code du travail ; décret n° 2000-815 du 25 août 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'État ; décret n° 2001-623 du 12 juillet 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique territoriale et décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁵ Inclut toutes les heures travaillées, y compris les heures supplémentaires rémunérées ou non, et exclut les heures non travaillées pour cause de congés annuels, activité partielle, jour férié, maladie, accident, maternité, paternité, formation ou grève.

Annexe I

La réglementation prévoit également des garanties minimales en matière d'organisation du travail telles qu'une durée hebdomadaire du travail effectif maximal et une durée de repos quotidien minimum. La durée hebdomadaire du travail effectif est ainsi limitée à 48 heures au cours d'une même semaine, y compris les heures supplémentaires, et à 44 heures par semaine sur une période de 12 semaines consécutives. De plus, l'amplitude horaire maximale est fixée à 12 heures, comme précisé dans l'arrêt n° 398069 du Conseil d'État en date du 4 avril 2018. **Des repos quotidiens et hebdomadaires sont prévus en conséquence.**

3. Les agents publics et les salariés du secteur privé disposent de droits similaires en matière d'absence pour formation professionnelle

En miroir de l'article L. 6111-1 du code du travail pour les salariés du secteur privé, le CGFP prévoit, par son article L. 421-1, un droit à la formation professionnelle tout au long de la vie pour tous les agents publics. Plusieurs dispositifs contribuant à l'effectivité de ce droit et pouvant impliquer des absences d'agents sont en place dans la fonction publique (cf. tableau 3).

Pour suivre une formation en vue d'étendre ou de parfaire sa formation personnelle, **un agent public peut se voir accorder un congé de formation professionnelle**, congé soumis à conditions : dans la limite des crédits disponibles de l'administration pour le financement des frais pédagogiques, sous réserve des nécessités de service et si l'agent a accompli au moins trois ans de services effectifs dans la fonction publique dont au moins un an dans l'administration de rattachement. Ce congé est d'une durée maximale de trois ans sur l'ensemble de la carrière (cinq ans pour les agents en situation de handicap, les agents de catégorie C n'ayant pas le bac et les agents exposés à un risque d'usure professionnelle) et n'est indemnisé que la première année à hauteur de 85 % du traitement brut de l'agent. **Les salariés du secteur privé ne bénéficient pas de ce dispositif mais des actions de formation proposées par leur entreprise**, le cas échéant dans un plan de développement des compétences, qui doivent *a minima* assurer l'adaptation des salariés à leur poste de travail et veiller à leur maintien dans l'emploi⁶.

Que ce soit dans le secteur public ou privé, la réalisation d'un bilan de compétences et la préparation de la validation des acquis de l'expérience (VAE) peuvent aussi être l'occasion de congés. Sous réserve de l'accord de l'administration, les agents publics peuvent, dans ces situations, s'absenter jusqu'à 24 heures maximum (72 heures pour les agents en situation de handicap, les agents de catégorie C n'ayant pas le bac et les agents exposés à un risque d'usure professionnelle).

Pour les agents publics ayant un nouveau projet professionnel, il est possible de bénéficier d'une période de professionnalisation consistant en une formation en alternance. Cette période, soumise à l'accord de l'administration employeur, est formalisée par une convention entre l'agent et les administrations concernées et dure entre trois et douze mois. Créée par la loi du 5 septembre du 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, **la reconversion ou promotion par alternance (Pro-A) dans le secteur privé** se met en place en accord avec l'employeur et se déroule selon les modalités des contrats de professionnalisation, le plus souvent pour une durée de six à douze mois.

Les agents en situation de handicap, les agents de catégorie C n'ayant pas le bac, les agents exposés à un risque d'usure professionnelle et les agents occupant un poste dont l'administration envisage la suppression peuvent bénéficier, sous réserve de l'accord de l'administration de rattachement, d'un **congé de transition professionnelle** avec un maintien à 100 % du traitement indiciaire et d'une part du régime indemnitaire (80 % dans la FPE et la FPH et part soumise à la décision de l'employeur dans la FPT). Il s'agit, pour eux, de suivre une formation en vue d'exercer un nouveau métier dans la fonction publique ou dans le secteur privé. **Le secteur privé propose un dispositif équivalent avec les projets de transition professionnelle (PTP)** qui sont soumis à la décision des commissions paritaires interprofessionnelles régionales formées en associations Transitions Pro (AT-Pro).

⁶ Article L. 6321-1 du code du travail.

Annexe I

Tableau 3 : Dispositifs de formation professionnelle pour les agents publics

Objet	Durée	Rémunération	Accordé de droit ou sur autorisation
Congé de formation professionnelle	3 ans maximum sur l'ensemble de la carrière*	Indemnité mensuelle forfaitaire équivalente à 85 % du traitement brut de l'agent, dans la limite de 12 mois	Sous réserve des nécessités de service et si l'agent a accompli au moins trois ans de services (dont au moins un an dans l'administration de rattachement)
Congé de validation des acquis de l'expérience (VAE)	Jusqu'à 24 heures maximum**	Maintien du traitement de l'agent	Sur autorisation de l'administration
Congé pour bilan de compétences	Jusqu'à 24 heures maximum**	Maintien du traitement de l'agent	Sur autorisation de l'administration
Période de professionnalisation	Entre 3 mois et 1 an	Maintien du traitement de l'agent	Sur autorisation de l'administration
Congé de transition professionnelle***	Jusqu'à 12 mois	Maintien du traitement indiciaire brut et d'une part du régime indemnitaire	Sur autorisation de l'administration

Sources : CGFP ; décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des fonctionnaires de l'État ; décret n°2007-1942 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle des agents non titulaires et des ouvriers de l'État ; décret n°2007-1845 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique territoriale ; décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

** 5 ans pour les agents en situation de handicap, les agents de catégorie C n'ayant pas le bac et les agents exposés à un risque d'usure professionnelle.*

*** 72 heures pour les agents en situation de handicap, les agents de catégorie C n'ayant pas le bac et les agents exposés à un risque d'usure professionnelle.*

**** Pour les agents en situation de handicap, les agents de catégorie C n'ayant pas le bac, les agents exposés à un risque d'usure professionnelle et les agents occupant un poste dont l'administration envisage la suppression.*

4. Les fonctionnaires bénéficient de droits à congés pour raison de santé plus favorables que les contractuels et les salariés de droit privé, en particulier pour les arrêts longs

En cas de maladie ou d'accident, les fonctionnaires, agents publics et salariés du secteur privé peuvent bénéficier de congés s'appuyant sur des fondements distincts :

- ◆ pour les fonctionnaires, CGFP, décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires, décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux et décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière;
- ◆ pour les agents contractuels de la fonction publique, code de la sécurité sociale (CSS), décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la fonction publique de l'État (FPE), décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale (FPT), décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière (FPH) ;
- ◆ pour les salariés du secteur privé, code du travail et CSS.

Les agents publics et les salariés du secteur privé peuvent bénéficier, par ailleurs, d'un temps partiel thérapeutique, qui prévoit qu'un agent ou un salarié en activité peut être autorisé à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique pour les motifs suivants : reprise progressive d'activité à la suite d'un arrêt pour raison de santé ou maintien dans l'emploi. Dans la fonction publique, l'agent bénéficie d'un maintien de sa rémunération et dans le secteur privé, le salarié est rémunéré au prorata de sa quotité de travail et bénéficie des indemnités journalières dans la limite du salaire à temps complet et éventuellement d'un complément employeur. Le temps partiel thérapeutique constituant un dispositif de lutte contre la désinsertion professionnelle, il est décrit de manière plus détaillée dans l'annexe III.

4.1. Les fonctionnaires bénéficient de droits à congés de maladie plus longs avec des congés de longue durée pouvant aller jusqu'à cinq ans

Les situations de maladie ou accident survenu hors du temps de travail plaçant l'agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions se traduisent, dans la fonction publique, par :

- ◆ **un congé de maladie ordinaire (CMO) pour les fonctionnaires d'une durée maximale d'un an** sur une période de douze mois consécutifs, prescrit et, le cas échéant renouvelé, sur présentation d'un avis d'arrêt de travail établi par un professionnel habilité à le faire et qui en fixe la durée ;
- ◆ **un congé de maladie pour les contractuels de droit public d'une durée maximale d'un an**, prescrit et, le cas échéant renouvelé, sur présentation d'un avis d'arrêt de travail établi par un professionnel habilité à le faire et qui en fixe la durée ;

Annexe I

Des dispositions particulières sont prévues **pour les cas de maladie mettant l'agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée** :

- ◆ **pour les fonctionnaires :**
 - **un congé de longue maladie (CLM), d'une durée maximale de trois ans** par périodes de trois à six mois, accordé sur présentation d'un certificat médical délivré par un professionnel habilité qui en arrête la durée et sur avis du conseil médical. Ce congé est renouvelé sans avis du conseil médical la première année et avec son avis au-delà. L'octroi d'un nouveau CLM après un CLM de trois ans ne peut intervenir qu'après une période de reprise d'activité d'au moins un an ;
 - **un congé de longue durée (CLD), généralement à la fin de la première année de CLM⁷ en cas de cancer, déficit immunitaire grave et acquis, maladie mentale, tuberculose et poliomyélite, d'une durée maximale de cinq ans** par périodes de trois à six mois, accordé sur présentation d'un certificat médical d'un un professionnel qui en arrête la durée et sur avis du conseil médical. Ce congé est renouvelé sans avis du conseil médical les trois premières années et avec avis au-delà.
- ◆ **pour les contractuels de droit public** ayant au moins trois ans de services, **un congé de grave maladie, d'une durée maximale de trois ans** par périodes de trois à six mois accordé sur présentation d'un certificat médical d'un professionnel habilité et sur avis du conseil médical qui en arrête la durée. Ce congé est renouvelé sur présentation d'un certificat médical et, seulement à l'épuisement des droits à rémunération, sur avis du conseil médical. L'octroi d'un nouveau congé de grave maladie après un congé de grave maladie de trois ans ne peut intervenir qu'après une période de reprise d'activité d'au moins un an ;

Dans le secteur privé, ces deux types de situations sont couvertes par un arrêt maladie qui peut être indemnisé sur une durée pouvant aller jusqu'à trois ans selon les cas. L'arrêt est prescrit et renouvelé sur présentation d'un avis d'arrêt de travail établi par un professionnel habilité à le faire et qui en fixe la durée. Au-delà de six mois, la poursuite de l'indemnisation est sujette à l'avis du service médical de l'organisme de sécurité sociale et à l'issue des trois ans, le droit à un nouvel arrêt maladie indemnisé n'est réinitialisé qu'après une période de reprise d'activité d'au moins un an (cf. tableau 4).

⁷ Le CLD est attribué à la fin de la première année de CLM rémunérée à plein traitement. Toutefois, en cas d'épuisement des droits à l'année rémunérée à plein traitement d'un CLM, le placement direct en CLD est possible au titre de l'article L. 822-14 du CGFP.

Tableau 4 : Caractéristiques des congés pour maladie selon le statut de l'agent

Situation	Congés pour les fonctionnaires	Congés pour les contractuels de droit public	Congés pour les salariés du secteur privé
<p>Maladie ou accident survenu hors temps de travail mettant l'agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions,</p>	<p>CMO :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ d'une durée maximale d'un an, accordé et renouvelé sur présentation d'un avis d'arrêt de travail établi par un praticien qui en fixe la durée. 	<p>Congé de maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ d'une durée maximale de 12 mois consécutifs en cas d'arrêts de travail continus et 300 jours de services en cas d'arrêts de travail discontinus pour un congé rémunéré et d'un an pour un congé de maladie non rémunéré ; ◆ accordé et renouvelé sur présentation d'un avis d'arrêt de travail établi par un praticien qui en fixe la durée. 	<p>Arrêt maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ d'une durée maximale de 3 ans ; ◆ accordé et renouvelé sur présentation d'un avis d'arrêt de travail établi par un praticien qui en fixe la durée et, pour les arrêts de plus de 6 mois, sur avis du service médical de l'organisme de sécurité sociale.
<p>Maladie mettant l'agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée</p>	<p>CLM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ d'une durée maximale de 3 ans par périodes de 3 à 6 mois, ◆ accordé sur présentation d'un certificat médical d'un praticien qui en arrête la durée et sur avis du conseil médical ; ◆ renouvelé sans avis du conseil médical la première année et avec avis au-delà. 	<p>Congé de grave maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ pour les contractuels ayant au moins 3 ans de services ; ◆ d'une durée maximale de 3 ans par périodes de 3 à 6 mois ; ◆ accordé sur présentation d'un certificat médical d'un praticien qui en arrête la durée et sur avis du conseil médical ; ◆ renouvelé sur présentation d'un certificat médical et, seulement à l'épuisement des droits à rémunération, sur avis du conseil médical. 	

Annexe I

Situation	Congés pour les fonctionnaires	Congés pour les contractuels de droit public	Congés pour les salariés du secteur privé
<p>Maladie figurant sur une liste⁸ mettant le fonctionnaire dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée</p>	<p>CLD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ d'une durée maximale de 5 ans par périodes de 3 à 6 mois ; ◆ accordé sur présentation d'un certificat médical d'un praticien qui en arrête la durée et sur avis du conseil médical ; ◆ renouvelé sans avis du conseil médical les trois premières années et avec avis au-delà. 	<p>Congé de grave maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ pour les contractuels ayant au moins 3 ans de services ; ◆ d'une durée maximale de 3 ans par périodes de 3 à 6 mois ; ◆ accordé sur présentation d'un certificat médical d'un praticien qui en arrête la durée et sur avis du conseil médical ; ◆ renouvelé sur présentation d'un certificat médical et, seulement à l'épuisement des droits à rémunération, sur avis du conseil médical. 	<p>Arrêt maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ d'une durée maximale de 3 ans ; ◆ accordé et renouvelé sur présentation d'un avis d'arrêt de travail établi par un praticien qui en fixe la durée et, pour les arrêts de plus de 6 mois, sur avis du service médical de l'organisme de sécurité sociale.

Sources : CGFP ; CSS ; décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires ; décret n°87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ; décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière ; décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la FPE ; décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la FPT ; décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la FPH.

⁸ Cancer, déficit immunitaire grave et acquis, maladie mentale, tuberculose et poliomyélite.

4.2. Les employeurs publics étant leur propre assureur pour les agents titulaires, la prise en charge des arrêts maladie de courte durée relève de régimes différents selon le statut de l'agent

Dans la fonction publique, l'employeur est son propre assureur et prend en charge sur son budget l'indemnisation des arrêts maladies pour les agents titulaires. Pour les contractuels et les salariés du secteur privé, la prise en charge est partagée entre l'employeur et l'assurance maladie (cf. tableau 5).

Tableau 5 : Part de la rémunération prise en charge lors d'un arrêt maladie de courte durée

Statut	1 ^{er} jour		2 ^{ème} et 3 ^{ème} jours		À compter du 4 ^{ème} jour et jusqu'au 90 ^{ème} jour	
	Part	Payeur	Part	Payeur	Part	Payeur
Fonctionnaire	0 %	Aucun	100 %	Employeur	100 %	Employeur
Contractuel de la fonction publique	0 %	Aucun	100 %	Employeur	100 %	Assurance-maladie (50 %) et employeur (50 %)
Salarié du secteur privé avec complémentaire	100 %	Complémentaire	100 %	Complémentaire	100 %	Assurance-maladie (50 %), employeur (40 %) et complémentaire (10 %)
Salarié du secteur privé sans complémentaire	0 %	Aucun	0 %	Aucun	90 %	Assurance-maladie (50 %) et employeur (40 %)

Source : Mission d'après le CGFP et le CSS.

4.2.1. Le congé de maladie ordinaire pour les fonctionnaires est pris en charge par l'employeur avec un jour de carence et un passage à demi-traitement après trois mois

Les congés de maladie ordinaire, pour les fonctionnaires, font l'objet d'un jour de carence non rémunéré puis sont rémunérés par l'employeur.

La rémunération est à plein traitement pendant trois mois avant d'être diminuée pendant les neuf mois suivants dans les conditions suivantes :

- ◆ le traitement indiciaire et la nouvelle bonification indiciaire (NBI) sont rémunérés à demi-traitement ;
- ◆ l'indemnité de résidence (IR) et le supplément familial de traitement (SFT) sont rémunérés à plein traitement ;
- ◆ la prise en charge de la part indemnitaire des rémunérations des agents est fonction des versants et des employeurs : **rémunération à hauteur de 50 % des primes et indemnités au sein de l'État**, à hauteur de 50 % de l'indemnité de sujétion spéciale pour la fonction publique hospitalière et, pour la fonction publique territoriale, les conditions de suspension ou de maintien des primes et indemnités sont fixées par délibération de la collectivité territoriale dans la limite des pourcentages précités et prévus pour les agents de l'État. En 2021, parmi les 26 000 collectivités territoriales ayant remis leur rapport social unique, 16 000 ont indiqué maintenir les primes en cas de CMO.

Annexe I

Les droits à plein ou demi-traitement sont décomptés, pour chaque jour d'arrêt de travail, en fonction des jours d'arrêt à plein ou demi-traitement déjà accordés au cours des 12 mois précédents.

La durée totale des congés de maladie ordinaire peut atteindre 1 an, pendant une période de 12 mois consécutifs.

4.2.2. Le congé maladie pour les contractuels est pris en charge par la sécurité sociale et l'employeur avec un jour de carence et une dégressivité du traitement dépendant de l'ancienneté

Les congés de maladie d'un agent contractuel de la fonction publique relèvent du régime des indemnités journalières pour maladie de la sécurité sociale (IJSS, cf. encadré 1), versées avec trois jours de carence.

Encadré 1 : Les indemnités journalières pour maladie de la sécurité sociale (IJSS)

Les indemnités journalières correspondent aux sommes versées par la sécurité sociale, ou par l'employeur en cas de subrogation, pour compenser l'impossibilité, pour un salarié en arrêt maladie, de travailler et de percevoir le salaire correspondant.

Versées avec trois jours de carence, les indemnités journalières pour maladie de la sécurité sociale sont égales à 50 % du salaire journalier de base.

Elles sont plafonnées à 1,8 fois le montant du salaire minimum de croissance (Smic), soit à 52,28 € bruts, ce qui correspond à un salaire mensuel brut de 3 180,45 €.

Source : Articles R. 323-1 à R. 323-12 du CSS.

Au-delà de quatre mois d'ancienneté, **les contractuels bénéficient d'une prise en charge complémentaire de leur employeur permettant d'atteindre le plein traitement puis le demi-traitement, pendant des durées qui dépendent de leur ancienneté (cf. tableau 6).**

En pratique, l'administration employeur verse :

- ♦ soit, en complément des indemnités journalières, la part de traitement qui est due à hauteur du plein ou du demi-traitement ;
- ♦ soit la totalité du plein ou demi-traitement et elle se fait rembourser par la sécurité sociale le montant des indemnités journalières.

Tableau 6 : Durée et ampleur de la prise en charge complémentaire par l'employeur des agents non titulaires en congé maladie, en fonction de leur ancienneté

Ancienneté	Durée de rémunération à plein puis à demi-traitement
De 4 mois à 2 ans	30 jours à plein traitement et 30 jours à demi-traitement
De 2 ans à 3 ans	60 jours à plein traitement et 60 jours à demi-traitement
3 ans et plus	90 jours à plein traitement et 90 jours à demi-traitement

Sources : Décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la FPE ; décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la FPT ; décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la FPH.

Le versement de la part complémentaire fait l'objet d'un jour de carence. Par conséquent, les contractuels avec plus de quatre mois d'ancienneté n'ont qu'un seul jour de carence non rémunéré dans le cadre d'un congé maladie : le premier jour est un jour de carence, les deuxièmes et troisièmes jours sont rémunérés par l'employeur à plein traitement et, au-delà du quatrième jour, l'agent contractuel perçoit, le cas échéant, les IJSS et la part complémentaire employeur.

Lorsque les périodes de rémunération à plein ou à demi-traitement suite à la prise en charge complémentaire sont épuisées, l'agent ne perçoit plus que les IJSS pendant une période maximale de 12 mois.

Les droits à plein ou demi-traitement sont décomptés, pour chaque jour d'arrêt de travail, en fonction des jours d'arrêt à plein ou demi-traitement déjà accordés au cours des 12 mois précédents.

Dans les trois versants de la fonction publique, lorsque l'agent contractuel bénéficie de l'indemnité de résidence, celle-ci lui est versée selon les mêmes proportions que son traitement indiciaire (intégralement ou à moitié) pendant son arrêt maladie.

Quant au SFT, il est versé intégralement à l'agent pendant toute la période de rémunération couverte par l'arrêt de travail décidée par l'administration employeur.

Concernant les primes et indemnités, leur attribution varie selon la fonction publique d'appartenance :

- ◆ au sein de la FPE, les primes et indemnités sont versées dans les mêmes proportions que le traitement indiciaire (intégralement ou à moitié) ;
- ◆ au sein de la FPT, les conditions de suspension ou de maintien des primes sont fixées par délibération ;
- ◆ au sein de la FPH, la décision est laissée à la discrétion des établissements.

4.2.3. L'arrêt de travail pour les salariés du secteur privé relève d'une prise en charge de la sécurité sociale et de l'employeur avec une dégressivité de l'indemnisation en fonction de l'ancienneté

Les arrêts de travail pour maladie d'un salarié du secteur privé relèvent du régime des IJSS (cf. 4.2.2), versées avec trois jours de carence et pendant une période maximale de 12 mois.

Au-delà d'un an d'ancienneté dans l'entreprise, le salarié bénéficie d'indemnités complémentaires obligatoires versées par l'employeur, permettant d'atteindre 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait perçue s'il avait continué à travailler puis les deux-tiers de cette même rémunération, pendant des durées qui dépendent de leur ancienneté (cf. tableau 7).

La convention collective peut prévoir des dispositions plus favorables, comme par exemple le maintien intégral du salaire. Le versement de la part complémentaire fait l'objet d'un délai de carence de sept jours, sauf dispositions conventionnelles ou accord collectif plus favorables.

Les droits d'indemnités complémentaires sont décomptés, pour chaque jour d'arrêt de travail, en fonction des indemnités complémentaires déjà accordées au cours des 12 mois précédents.

En ce qui concerne les primes, celles-ci peuvent être supprimées ou réduites, principalement si leur attribution est liée à la présence effective du salarié. Les critères d'attribution en cas d'arrêt maladie sont déterminés par les accords, contrats ou usages établissant ces primes. Par exemple, les primes liées à l'assiduité ou à des périodes spécifiques comme les vacances ou un 13^e mois peuvent être impactées.

Annexe I

Cependant, certaines primes sont maintenues indépendamment de l'arrêt maladie, telles que les primes d'ancienneté (Chambre sociale – Cour de cassation, décision du 17 mars 1982, n° de pourvoi 80-40.167). De même, en l'absence de dispositions spécifiques dans la convention collective, les primes associées à l'organisation du travail ou à des contraintes professionnelles, comme les primes d'équipe ou de travail en soirée, doivent être maintenues.

Tableau 7 : Durée et ampleur de la prise en charge complémentaire par l'employeur des agents non titulaires en congé maladie, en fonction de leur ancienneté

Ancienneté	Durée de rémunération à 90 % puis aux deux-tiers
De 1 à 5 ans	30 jours à 90 % et 30 jours aux deux-tiers
De 6 à 10 ans	40 jours à 90 % et 40 jours aux deux-tiers
De 11 à 15 ans	50 jours à 90 % et 50 jours aux deux-tiers
De 16 à 20 ans	60 jours à 90 % et 60 jours aux deux-tiers
De 21 à 25 ans	70 jours à 90 % et 70 jours aux deux-tiers
De 26 à 30 ans	80 jours à 90 % et 80 jours aux deux-tiers
31 ans et plus	90 jours à 90 % et 90 jours aux deux-tiers

Sources : CSS et code du travail.

4.3. Comme pour les arrêts de courte durée, les arrêts maladie de longue durée sont pris en charge exclusivement par l'employeur pour les fonctionnaires et conjointement par la sécurité sociale et l'employeur pour les contractuels et les salariés du secteur privé

4.3.1. Le congé de longue maladie pour les fonctionnaires est pris en charge par l'employeur, à plein traitement pendant un an puis à demi-traitement ensuite

Le congé de longue maladie, **d'une durée maximale de 3 ans**, est accordé à un fonctionnaire en cas d'incapacité à exercer ses fonctions, nécessitant un traitement et des soins prolongés, et présentant un caractère invalidant et une gravité confirmée.

Les congés de longue maladie :

- ◆ sont rémunérés par l'employeur ;
- ◆ sont rémunérés à plein traitement pendant la première année, puis le traitement indiciaire et la NBI sont rémunérés à demi-traitement au cours des deux années suivantes ;
- ◆ bénéficient intégralement de l'indemnité de résidence et du SFT pendant toute la durée du CLM ;
- ◆ varient concernant les primes et indemnités selon la fonction publique d'appartenance :
 - au sein de la FPE, les primes et indemnités cessent d'être versées ;
 - au sein de la FPT, les conditions de suspension ou de maintien des primes sont fixées par délibération ;
 - au sein de la FPH, l'indemnité de sujétion spéciale (ISS) est versée dans les mêmes proportions que le traitement : en totalité la première année puis réduite de moitié les deux années suivantes.

Le congé longue maladie ne fait pas l'objet d'un jour de carence non rémunéré.

4.3.2. Le congé de longue durée pour les fonctionnaires est pris en charge par l'employeur, à plein traitement pendant trois ans puis à demi-traitement ensuite

Le congé de longue durée, **d'une durée maximale de 5 ans**, est accordé à un fonctionnaire en cas d'affections telles que le cancer, un déficit immunitaire grave et acquis, une maladie mentale, la tuberculose ou la poliomyélite. Le congé longue durée est accordé après la première année à plein traitement en congé longue maladie (cf. encadré 2).

Les congés de longue durée :

- ◆ sont rémunérés par l'employeur ;
- ◆ sont rémunérés à plein traitement pendant trois ans, puis à demi-traitement au cours des deux années suivantes ;
- ◆ ne donnent pas droit à la NBI ;
- ◆ bénéficient intégralement de l'indemnité de résidence et du SFT pendant toute la durée du CLD ;
- ◆ varient concernant les primes et indemnités selon la fonction publique d'appartenance :
 - au sein de la FPE, les primes et indemnités cessent d'être versées ;
 - au sein de la FPT, les conditions de suspension ou de maintien des primes sont fixées par délibération ;
 - au sein de la FPH, l'ISS est versée dans les mêmes proportions que le traitement : en totalité pendant trois ans puis réduite de moitié les deux années suivantes.

Le congé longue durée ne fait pas l'objet d'un jour de carence non rémunéré.

Encadré 2 : L'articulation entre le CLM et le CLD

Le premier congé accordé est toujours le CLM. Après la première année à plein traitement en CLM, la prolongation se fait sous forme de CLD pour les pathologies couvertes par le CLD, permettant de bénéficier de deux années supplémentaires à plein traitement. Dans le décompte des trois années de traitement complet garanties en cas de CLD, la première année de CLM est donc prise en compte.

À l'issue de la première année d'un CLM rémunéré à plein traitement, l'agent public a également la possibilité de solliciter le maintien en CLM. Cette prolongation du CLM ou la transition vers un CLD est accordée par l'administration employeur après consultation de l'avis du conseil médical.

Si l'agent public obtient une prolongation de son CLM, il ne peut plus prétendre à un CLD pour la même pathologie, à moins d'avoir repris ses fonctions pendant au moins un an entre la fin du CLM et le début du CLD.

Si l'agent public obtient une prolongation de son CLM, il ne peut plus prétendre à un CLD pour la même pathologie, à moins d'avoir repris ses fonctions pendant au moins un an entre la fin du CLM et le début du CLD.

Sources : CGFP, décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires ; décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ; décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière.

4.3.3. Le congé grave maladie des agents contractuels de la fonction publique est pris en charge par la sécurité sociale et l'employeur à hauteur du plein traitement pendant un an puis à demi-traitement

Le congé grave maladie, **d'une durée maximale de 3 ans**, est accordé à un agent contractuel ayant une ancienneté d'au moins 3 ans, en cas d'incapacité à exercer ses fonctions, nécessitant un traitement et des soins prolongés, et présentant un caractère invalidant et une gravité confirmée.

Pour les agents contractuels, les congés grave maladie :

- ◆ sont rémunérés par la caisse primaire d'assurance maladie *via* des IJSS avec un complément de l'employeur ;
- ◆ sont rémunérés à plein traitement pendant 12 mois puis à demi-traitement pendant 24 mois ;
- ◆ bénéficient de l'IR dans les mêmes proportions que le traitement indiciaire (à plein traitement pendant 12 mois puis à demi-traitement pendant 24 mois) ;
- ◆ bénéficient intégralement du SFT pendant toute la durée du congé ;
- ◆ ne donnent pas droit aux primes et indemnités, à l'exception de la fonction publique hospitalière où la décision est laissée à la discrétion des établissements.

Le congé grave maladie ne fait pas l'objet d'un jour de carence non rémunéré.

4.3.4. L'arrêt maladie de longue durée des salariés du secteur privé relève du régime des indemnités journalières pour maladie de la sécurité sociale

Dans le secteur privé, l'arrêt maladie de longue durée peut se présenter sous deux formes :

- ◆ l'arrêt maladie sans rapport avec une affection de longue durée (ALD) ;
- ◆ l'arrêt maladie en lien avec l'ALD.

Le salarié en arrêt maladie longue durée bénéficie des indemnités journalières (IJ), versées par l'assurance maladie, sous réserve de conditions de revenus et de durée d'affiliation.

Un délai de carence de 3 jours précède le versement des IJ, mais certaines conventions collectives peuvent prévoir sa prise en charge par l'employeur, de même que le maintien du salaire intégral pendant l'arrêt maladie longue durée.

L'indemnité journalière reçue pendant l'arrêt maladie longue durée est égale à 50 % du salaire journalier de base, calculé sur la moyenne des salaires bruts des 3 derniers mois précédant l'arrêt de travail, avec un plafond de 1,8 fois le Smic mensuel (soit 3 180,46 € bruts sur la base du Smic en vigueur au 1^{er} janvier 2024).

Pour percevoir les indemnités journalières de l'assurance maladie, le salarié qui a un arrêt maladie longue durée de plus de 6 mois doit remplir plusieurs conditions :

- ◆ être affilié à l'assurance maladie depuis au moins 12 mois ;
- ◆ avoir travaillé pendant au moins 600 heures au cours des 12 derniers mois, ou avoir cotisé sur un salaire équivalent à 2 030 fois le montant du Smic horaire au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail.

Pour les affections autres que les ALD, l'assuré ne peut recevoir, au titre d'une ou de plusieurs maladies, plus de 360 indemnités journalières pour une période quelconque de trois ans.

Pour les assurés en ALD, la durée maximale de la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est fixée à trois ans.

Encadré 3 : L'affection de longue durée (ALD)

L'affection de longue durée (ALD) est accordée en cas de maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé de plus de 6 mois.

Il existe deux types d'ALD :

- ◆ l'ALD exonérante qui concerne les maladies graves évoluant sur une période de plus de 6 mois et nécessitant un traitement coûteux. Dans ce cas, les frais de santé liés à la maladie sont pris en charge jusqu'à leur maximum remboursable par la Sécurité sociale (base de remboursement de la Sécurité sociale) ;
- ◆ l'ALD non exonérante pour les cas où aucun traitement coûteux n'est nécessaire. L'assurance Maladie rembourse alors les soins à des taux habituels.

Il n'y a pas de délai de carence en cas d'ALD.

Sources : Articles D. 160-4 et L. 324-1 du CSS.

4.4. Les congés de maladie professionnelle et d'accident de travail et de trajet reconnu imputable au service ne peuvent prendre fin qu'à la guérison complète ou consolidation de l'état de santé de l'agent ou du salarié

Les fonctionnaires victimes d'un accident de travail ou de trajet reconnu imputable au service ou d'une maladie professionnelle peuvent être placés en congé pour invalidité temporaire imputable au service (Citis) jusqu'à guérison complète ou consolidation de la blessure, sans durée maximale. Ce congé intervient, sur décision de l'administration, après la déclaration de l'accident ou de la maladie à l'employeur, l'établissement d'un certificat médical et une éventuelle expertise d'un médecin agréé. En cas de contestation de l'expertise, le conseil médical est saisi pour avis.

Les contractuels de droit public et les salariés du secteur privé peuvent également être arrêtés pendant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à guérison complète ou consolidation de la blessure, dans la limite de la durée du contrat. Cet arrêt intervient sur décision de l'organisme de sécurité sociale après la déclaration de l'accident ou de la maladie et l'établissement d'un certificat médical (cf. tableau 8).

Annexe I

Tableau 8 : Caractéristiques des congés pour accidents et maladies liés au service selon le statut de l'agent

Situation	Congés pour les fonctionnaires	Congés pour les contractuels de droit public et les salariés du secteur privé
Accidents de travail et accidents de trajet reconnus imputables au service et les maladies professionnelles	Congé pour invalidité temporaire imputable au service (Citis) : <ul style="list-style-type: none"> ◆ jusqu'à guérison complète ou consolidation de la blessure, sans durée maximale ; ◆ après déclaration de l'accident ou de la maladie à l'employeur, établissement d'un certificat médical, éventuel avis du conseil médical et sur décision de l'administration. 	Congé : <ul style="list-style-type: none"> ◆ pendant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à guérison complète ou consolidation de la blessure, dans la limite de la durée du contrat ; ◆ après déclaration de l'accident, établissement d'un certificat médical et décision de l'organisme de sécurité sociale.

Sources : CGFP ; CSS ; décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires ; décret n°87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ; décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière ; décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la FPE ; décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la FPT ; décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la FPH.

4.5. La prise en charge du congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions se fait selon des régimes similaires à ceux des arrêts maladie mais avec des paramétrages d'indemnisation différents

4.5.1. Le congé pour invalidité temporaire imputable au service du fonctionnaire est pris en charge par l'employeur à hauteur du plein traitement pour la totalité de la durée du congé

Le Citis du fonctionnaire, accordé en cas d'un accident du travail ou de trajet ou d'une maladie professionnelle, **n'est pas soumis à une durée maximale.**

Les congés pour invalidité temporaire imputable au service (Citis) :

- ◆ sont rémunérés par l'employeur ;
- ◆ sont rémunérés à plein traitement pendant toute la durée du Citis ;
- ◆ bénéficient d'une prise en charge des frais de santé aux frais réels ;
- ◆ bénéficient intégralement de l'indemnité de résidence et du SFT pendant toute la durée du Citis ;
- ◆ varient concernant les primes et indemnités selon la fonction publique d'appartenance :
 - au sein de la FPE, les primes et indemnités cessent d'être versées ;
 - au sein de la FPT, les conditions de suspension ou de maintien des primes sont fixées par délibération ;
 - au sein de la FPH, la prime de service continue d'être versée, sauf en cas d'absence pour une année complète.

4.5.2. Le congé pour accident du travail ou maladie professionnelle de l'agent contractuel de la fonction publique est pris en charge par la sécurité sociale et l'employeur avec une dégressivité dépendant de l'ancienneté de l'agent

Le congé pour accident du travail ou maladie professionnelle de l'agent contractuel de la fonction publique est accordé jusqu'à sa guérison complète, à l'exception des cas de contrat à durée déterminée (CDD) où la durée du congé ne peut excéder celle du contrat.

Les congés pour accident du travail ou maladie professionnelle :

- ◆ sont rémunérés par la caisse primaire d'assurance maladie *via* des IJSS avec un complément de l'employeur ;
- ◆ sont rémunérés à plein traitement (à l'exception du supplément familial de traitement qui est intégralement versé pendant toute la durée rémunérée par l'employeur de l'arrêt de travail) pendant une période variable selon l'ancienneté (cf. tableau 9).
- ◆ varient concernant les primes et indemnités selon la fonction publique d'appartenance :
 - au sein de la FPE, les primes et indemnités sont versées dans les mêmes proportions que le traitement indiciaire ;
 - au sein de la FPT, les conditions de suspension ou de maintien des primes sont fixées par délibération ;
 - au sein de la FPH, la décision est laissée à la discrétion des établissements.

Lorsque les périodes de rémunération à plein traitement sont épuisées, l'agent contractuel ne perçoit plus que les IJSS, s'il remplit les conditions pour en bénéficier.

Tableau 9 : Durée de rémunération à plein puis à demi-traitement des congés liés à un accident de travail ou de maladie contractée dans le cadre du service des agents non titulaires en fonction de l'ancienneté

Ancienneté	Durée de rémunération à plein puis à demi-traitement
Dès l'entrée en fonctions	1 mois à plein traitement puis IJSS
Après 1 an de services	2 mois à plein traitement puis IJSS
Après 3 ans de services	3 mois à plein traitement puis IJSS

Sources : Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la FPE ; décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la FPT ; décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la FPH.

4.5.3. Le congé pour accident du travail ou maladie professionnelle dans le secteur privé est pris en charge par la sécurité sociale et l'employeur

Dans le secteur privé, le congé pour accident du travail ou maladie professionnelle est accordé pendant toute la période d'incapacité de travail.

Le salarié en arrêt de travail suite à :

- ◆ un accident du travail a droit aux IJSS qui sont versées par son régime d'assurance maladie, tel que la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou la mutualité sociale agricole (MSA), selon son affiliation ;
- ◆ une maladie professionnelle a droit à des indemnités journalières de base égales à 50 % du salaire journalier de base tant que le caractère professionnel de la maladie n'est pas reconnu. Puis, si le caractère professionnel est établi, le salarié a droit à 60 % du salaire journalier de base les 28 premiers jours, puis 80 %, à partir du 29^{ème} jour, également versées par son régime d'assurance maladie, tel que la CPAM ou la MSA, en fonction de son affiliation.

Annexe I

Le montant des IJ est calculé de manière différente entre le 1^{er} et le 28^{ème} jour d'arrêt, puis à partir du 29^{ème} jour :

- ♦ pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de travail, le salarié a droit à une indemnité journalière égale à 60 % du salaire journalier (calculé sur la base du salaire du mois civil précédant l'arrêt de travail divisé par 30,42). Cette indemnité ne peut pas dépasser 232,03 € par jour ;
- ♦ à partir du 29^{ème} jour d'arrêt, l'indemnité est portée à 80 % du salaire journalier, dans la limite de 309,37 € maximum par jour.

Au-delà d'un an d'ancienneté dans l'entreprise, le salarié bénéficie également d'indemnités complémentaires obligatoires versées par l'employeur, permettant d'atteindre 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait perçue s'il avait continué à travailler puis les deux-tiers de cette même rémunération, pendant des durées qui dépendent de leur ancienneté.

5. Les droits à congés liés à la parentalité et à la famille sont identiques dans les secteurs publics et privés

Les droits à congés liés à la parentalité des agents publics sont alignés sur ceux des salariés du secteur privé. Les articles dédiés à ces droits dans les trois décrets relatifs aux agents contractuels⁹ font ainsi référence aux dispositions applicables aux fonctionnaires dans le CGFP qui se réfèrent elles-mêmes au code du travail.

Un **congé de naissance** ou un **congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption**, est accordé de droit sur justificatif de la naissance ou de l'adoption pour une durée de trois jours ouvrables, sauf dispositions conventionnelles plus favorables dans le secteur privé. Ce congé est cumulable avec le congé de paternité mais n'est pas cumulable avec le congé maternité et le congé d'adoption.

Le **congé de maternité** est accordé de droit sur justificatif de la grossesse. Hors situations particulières¹⁰ et sauf dispositions conventionnelles plus favorables dans le secteur privé, la durée de ce congé s'établit à :

- ◆ pour la naissance d'un enfant :
 - 16 semaines pour les deux premiers enfants ;
 - 26 semaines à partir du troisième enfant ;
- ◆ pour des naissances multiples :
 - 34 semaines pour des jumeaux ;
 - 46 semaines à partir de triplés.

Le **congé de paternité et d'accueil de l'enfant** est également accordé sur présentation d'un justificatif pour une durée, hors situations particulières¹⁰, de :

- ◆ 25 jours calendaires pour une naissance ;
- ◆ 32 jours calendaires en cas de naissances multiples (cf. tableau 10).

Tableau 10 : Durée du congé de maternité et de paternité selon les situations

Type de naissance	Congé de maternité	Congé de paternité et d'accueil de l'enfant
Naissance d'un enfant	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 16 semaines pour les deux premiers enfants ; ◆ 26 semaines à partir du troisième enfant. 	◆ 25 jours calendaires
Naissances multiples	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 34 semaines pour des jumeaux ; ◆ 46 semaines à partir de triplés. 	◆ 32 jours calendaires

Sources : Code du travail ; CGFP ; décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la FPE ; décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la FPT ; décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la FPH.

En cas d'adoption, un **congé d'adoption** est aussi accordé de droit sur justificatif de l'adoption. Sa durée peut aller de 16 semaines pour un congé pris par un seul parent pour une adoption simple dans un foyer comptant au plus un enfant à charge à 22 semaines et 32 jours pour un congé réparti entre les deux parents dans le cadre d'adoptions multiples (cf. tableau 11).

⁹ Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la FPE ; décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la FPT ; décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la FPH.

¹⁰ Grossesse pathologique, accouchement tardif, accouchement prématuré, hospitalisation de l'enfant, décès de l'enfant, décès de la mère.

Tableau 11 : Durée du congé d'adoption selon les situations

Type d'adoption	Durée totale du congé s'il est pris par un seul parent	Durée totale du congé s'il est pris par les deux parents
Adoption simple avec 0 ou 1 enfant déjà à charge	16 semaines	16 semaines + 25 jours calendaires à répartir entre les 2 parents sous réserve que l'un d'eux ne prenne pas plus de 16 semaines
Adoption simple avec 2 enfants ou plus	18 semaines	18 semaines + 25 jours calendaires à répartir entre les 2 parents sous réserve que l'un d'eux ne prenne pas plus de 18 semaines
Adoptions multiples	22 semaines	22 semaines + 32 jours calendaires à répartir entre les 2 parents sous réserve que l'un d'eux ne prenne pas plus de 22 semaines

Sources : Code du travail ; CGFP ; décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la FPE ; décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la FPT ; décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la FPH.

Enfin, tout agent ou salarié peut obtenir un **congé parental** de droit sur justificatif après la naissance d'un ou de plusieurs enfants ou l'adoption d'un ou de plusieurs enfants de moins de 16 ans. Les durées maximales sont indépendantes du statut de l'agent et peuvent aller jusqu'au jour du sixième anniversaire des enfants pour plus de trois naissances simultanées. Les agents contractuels et salariés du secteur privé doivent néanmoins avoir au moins un an d'ancienneté dans leur administration ou leur entreprise.

Trois possibilités de congés pour raison de famille sont offertes aux agents publics et salariés du secteur privé :

- ◆ un **congé de présence parentale** pour prendre en charge et accompagner un enfant handicapé, accidenté ou malade ;
- ◆ un **congé de proche aidant** pour prendre en charge et accompagner un proche¹¹ handicapé ou en perte d'autonomie ;
- ◆ un **congé de solidarité familiale** pour prendre en charge et accompagner un proche¹² souffrant d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.

Ces congés sont accordés de droit, sur présentation de justificatifs, **dans des conditions similaires dans la fonction publique et dans le secteur privé** pour une durée maximale :

- ◆ de 310 jours renouvelable une fois en ce qui concerne le congé de présence parentale ;
- ◆ d'un an sur l'ensemble de la carrière pour le congé proche aidant ;
- ◆ de 3 mois renouvelable une fois pour le congé de solidarité familiale, sauf dispositions conventionnelles différentes.

¹¹ Conjoint, enfant dont l'agent ou le salarié assume la charge, ascendant, descendant, collatéral jusqu'au quatrième degré de l'agent/salarié ou de son conjoint (frère, sœur, tante, oncle, cousin(e), neveu, nièce), personne âgée ou handicapé avec laquelle l'agent/salarié réside ou entretient des liens étroits et stables.

¹² Ascendant, descendant, frère, sœur, personne partageant le domicile de l'agent/salarié ou l'ayant désigné comme sa personne de confiance.

6. Le régime des ASA est plus avantageux dans la fonction publique et gagnerait à être clarifié et rationalisé au vu du morcellement et de l'ancienneté de ses fondements réglementaires

Comme rappelé par la circulaire du 31 mars 2017 relative à l'application des règles en matière de temps de travail dans les trois versants de la fonction publique, **les autorisations spéciales d'absence (ASA) permettent à l'agent de s'absenter de son service lorsque les circonstances le justifient, même s'il aurait dû exercer ses fonctions.** Certaines sont prévues par la loi ou la réglementation et peuvent être accordées de droit ou sous réserve des nécessités de service. Les autres ASA constituent une faculté et relèvent de l'administration de rattachement.

Cette circulaire rappelle les principes régissant l'octroi d'ASA. En particulier, elle stipule que :

- ◆ le chef de service ou l'autorité investie du pouvoir de nomination est appelé à privilégier le recours aux facilités horaires compensées ou aux jours de RTT ;
- ◆ les ASA doivent être prises au moment où l'événement pour lequel elles sont accordées se produit ;
- ◆ les ASA ne peuvent être reportées ni octroyées lorsque l'agent est en congé maladie ou absent pour d'autres motifs réguliers.

6.1. Les ASA en matière de motif familial ou parental reposent sur un ensemble de textes hétéroclite et s'avèrent dans l'ensemble plus avantageux dans la fonction publique

L'article L. 622-1 du CGFP prévoit « *les agents publics bénéficient d'autorisations spéciales d'absence liées à la parentalité et à l'occasion de certains événements familiaux. Ces autorisations spéciales d'absence sont sans effet sur la constitution des droits à congés annuels et ne diminuent pas le nombre des jours de congés annuels* ».

Plusieurs types d'évènements familiaux peuvent ouvrir droit à une ASA rémunérée dans la fonction publique et à un congé dans le secteur privé :

- ◆ pour le **décès d'un enfant**, une ASA dans la fonction publique sur le fondement de l'article L. 622-2 du CGFP ou un congé rémunéré dans le secteur privé, tous deux de droit sur présentation d'un justificatif et de durées équivalentes (12 jours ouvrables si l'enfant décédé avait 25 ans ou plus et 22 jours ouvrables si l'enfant décédé avait moins de 25 ans ou était lui-même parent, sauf dispositions conventionnelles plus favorables dans le secteur privé) ;
- ◆ une ASA de 5 jours ouvrables pour le **mariage ou Pacs de l'agent**, si le service le permet, dans la FPE sur le fondement d'une instruction datant de 1950 et d'une circulaire datant de 2001¹³, un congé rémunéré de 4 jours ouvrables dans le secteur privé sauf dispositions conventionnelles plus favorables et une éventuelle ASA, si une délibération en ce sens a été prise par l'employeur, dans la FPT et la FPH.

¹³ Instruction n° 7 du 23 mars 1950 pour l'application des dispositions du statut général des fonctionnaires relatives aux congés annuels et autorisations exceptionnelles d'absence et circulaire du 7 mai 2001 relative aux autorisations exceptionnelles d'absence liées au pacte civil de solidarité.

Annexe I

Alors que les salariés du secteur privé ont droit à un congé de droit d'au moins trois jours ouvrables rémunérés pour le **décès d'un proche (hors enfant)** et à un congé de droit d'au moins un jour ouvrable rémunéré pour le **mariage d'un de leurs enfants**, il n'existe **pas de disposition explicite en ce qui concerne la fonction publique**. L'usage veut toutefois que certaines administrations octroient des ASA pour ces situations (cf. tableau 12).

Tableau 12 : Caractéristiques des absences pour évènement familial selon le statut de l'agent

Situation	Autorisations d'absence pour les agents publics	Autorisations d'absence pour les salariés du secteur privé
Décès d'un enfant	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ASA rémunérée de droit sur présentation d'un justificatif pour décès d'un enfant d'une durée allant de 12 à 22 jours ouvrables (selon l'âge de l'enfant). 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Congé rémunéré de droit sur présentation d'un justificatif pour décès d'un enfant d'une durée allant de 12 à 22 jours ouvrables (selon l'âge de l'enfant) sauf dispositions conventionnelles plus favorables.
Décès d'un proche	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ASA pour décès d'un proche à la discrétion de l'administration. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Congé rémunéré de droit sur présentation d'un justificatif pour décès d'un proche de 3 jours sauf dispositions conventionnelles plus favorables.
Mariage ou Pacs de l'agent	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ASA rémunérée pour mariage ou Pacs de 5 jours ouvrables si le fonctionnement du service le permet dans la FPE ; ◆ ASA à la discrétion de l'administration dans la FPT et FPH. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Congé rémunéré pour mariage ou Pacs de 4 jours ouvrables, sauf dispositions conventionnelles plus favorables.
Mariage d'un enfant	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ASA à la discrétion de l'administration. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Congé rémunéré pour mariage ou Pacs d'un jour ouvrable, sauf dispositions conventionnelles plus favorables.

Source : CGFP ; code du travail.

Dans la fonction publique, des **ASA supplémentaires** de 48 heures maximum pour prendre en compte **des délais de route** peuvent être accordées pour ces motifs d'ASA familiaux. Ces ASA pour délais de route peuvent également être octroyés dans le cadre de congés bonifiés.

Si l'ASA liée à l'annonce d'une pathologie chronique ou d'un cancer touchant un enfant est en cours de mise en place dans la fonction publique, **les droits des agents publics diffèrent de ceux des salariés du secteur privé en matière d'autorisations d'absence pour garde d'enfant :**

- ◆ **dans le secteur privé**, une autorisation d'absence pour garde d'enfant **non rémunérée de trois jours** (portée à cinq jours si l'enfant a moins d'un an ou si le salarié a trois enfants à charge ou plus) est en vigueur, sauf dispositions conventionnelles plus favorables ;
- ◆ **dans la fonction publique**, le nombre maximal de jours d'ASA de garde d'enfant est calculé pour qu'il atteigne **jusqu'à 12 jours¹⁴ rémunérés** pour l'ensemble du foyer si les nécessités de service le permettent (cf. tableau 13).

¹⁴ Par exemple : 6 jours par agent pour un couple d'agents publics, 12 jours pour un agent public vivant seul, 9 jours pour un agent public dont le conjoint, salarié dans le secteur privé, bénéficie de 3 jours d'autorisation d'absence.

Tableau 13 : Caractéristiques des absences liées à la parentalité selon le statut de l'agent

Situation	Autorisations d'absence pour les agents publics	Autorisations d'absence pour les salariés du secteur privé
Garde momentanée d'enfant et garde d'enfant malade	◆ ASA de 12 jours répartis entre les 2 parents si les nécessités de service le permettent.	◆ Autorisation d'absence non rémunérée de 3 jours, portée à 5 jours si l'enfant a moins d'un an ou si le salarié a 3 enfants à charge ou plus, sauf dispositions conventionnelles plus favorables.
Annonce d'une pathologie touchant un enfant	◆ ASA spécifique à l'annonce d'une pathologie chronique ou d'un cancer touchant un enfant en cours de mise en place.	◆ Congé de 5 jours ouvrables pour l'annonce du handicap ou d'une pathologie d'un enfant, sauf dispositions conventionnelles plus favorables

Source : CGFP ; code du travail ; circulaire n° 1475 du 20 juillet 1982 relative aux autorisations d'absence pouvant être accordées aux agents publics pour soigner un enfant malade ou pour en assurer momentanément la garde.

Enfin, pour ce qui est des **absences liées à la grossesse et à l'assistance médicale à la procréation**, des autorisations d'absence ou des facilités horaires de droit rémunérées ont vocation à permettre aux agentes et salariées de se rendre aux examens médicaux obligatoires. Une autorisation d'absence pour allaitement dans la limite d'une heure par jour peut aussi être accordée dans les deux secteurs publics et privés. D'après les circulaires n° 1864 du 9 août 1995 relative au congé de maternité ou d'adoption et autorisations d'absence liées à la naissance dans la FPE et n° 96-152 du 29 février 1996, les agentes de la fonction publique peuvent aussi bénéficier d'ASA et de facilités horaires dans la limite d'une heure par jour à partir du troisième mois de grossesse sur avis du médecin du travail et pour assister aux séances de préparation à l'accouchement sur avis du médecin du travail si les nécessités de service le permettent.

6.2. Les agents publics et les salariés ont des droits équivalents en matière d'absences en lien avec à la santé

Les autorisations d'absence en lien avec la santé dont bénéficient les agents publics et les salariés du secteur privé sont similaires. En effet, les visites et examens réalisés par la médecine du travail font l'objet d'autorisations d'absence rémunérées. Les aménagements relatifs aux autres rendez-vous, tels que les dons du sang ou de plaquettes, sont laissés à l'appréciation de l'employeur.

6.3. Les agents publics de la FPE et la FPH bénéficient de décharges de service de droit pour se préparer aux examens et concours administratifs

Dans le secteur privé comme dans la fonction publique, une absence pour participer à des jurys de concours avec maintien de la rémunération est possible avec l'accord de l'employeur. En revanche, **les agents publics bénéficient de droit de décharges de service pour se préparer et passer des examens et concours administratifs** quand leur durée est inférieure ou égale à cinq journées pour une année donnée dans la FPE et la FPH. Dans la FPT, la décharge de service n'est que possible¹⁵.

¹⁵ Décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des fonctionnaires de l'État ; décret n° 2007-1942 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle des agents non titulaires et des ouvriers de l'État ; décret n° 2007-1845 du 26 décembre 2007 relatif à la formation

6.4. Si les absences permises pour l'exercice d'un mandat politique sont les mêmes pour tous les actifs, les modalités d'absence pour mandat syndical ou responsabilité citoyenne diffèrent entre secteurs

Les responsabilités politiques, syndicales ou citoyennes confèrent des droits à absence.

Les employeurs publics et privés sont tenus, par le code général des collectivités territoriales, d'autoriser leurs agents et salariés à s'absenter dans le cadre d'un engagement ou d'un mandat politique dans les conditions suivantes :

- ◆ une absence de droit non rémunérée pour participer à une campagne électorale de 10 jours ouvrables maximum ;
- ◆ des autorisations d'absence et crédits d'heures de droit non rémunérées pour participer aux instances et assurer la gestion de la collectivité, selon la nature du mandat et dans la limite de 803 heures 30 minutes par an ;
- ◆ un congé non rémunéré pour formation de 18 jours pour la durée du mandat si les nécessités de service le permettent.

Les absences permises dans le cadre de l'exercice de responsabilités citoyennes prennent des formes différentes entre secteurs (cf. tableau 14).

Tableau 14 : Caractéristiques des absences liées à des responsabilités citoyennes selon le statut de l'agent

Agents publics	Salariés du secteur privé
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Congé non rémunéré de citoyenneté d'une durée de six jours ouvrables maximum par an pour siéger dans un conseil citoyen, une mutuelle ou dans l'organe d'administration d'une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 ; ◆ congé rémunéré : <ul style="list-style-type: none"> • de représentation d'une association ou d'une mutuelle d'une durée de neuf jours ouvrables maximum par an si les nécessités de service le permettent ; • relatif à l'exercice de fonctions de préparation et d'encadrement des séjours de cohésion du service national universel de 60 jours maximum par an si les nécessités de service le permettent ; • pour accomplissement d'une période de service militaire, d'instruction militaire ou d'activité dans une réserve opérationnelle, rémunéré dans la limite d'un nombre de jours dépendant de la nature de l'activité exercée pendant ce congé. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Congé non rémunéré et si les nécessités de service le permettent pour : <ul style="list-style-type: none"> • participer aux activités d'organismes d'aide aux victimes de catastrophes naturelles ; • participer à des missions d'entraide internationale ; • exercer leurs fonctions de sapeurs-pompiers volontaires ; • représenter une association ou une mutuelle pour une durée neuf jours ouvrables maximum par an ; • exercer la fonction de responsable bénévole d'une association d'une durée de six jours ouvrables maximum par an ; ◆ congé de droit rémunéré, sauf nécessités de service validées par le comité social et économique (CSE), pour : <ul style="list-style-type: none"> • participer aux instances d'emploi et de formation professionnelle ; • pour les administrateurs de mutuelles, union ou fédérations, de formation.

Sources : CGFP ; code du travail.

professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique territoriale ; décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

Il en est de même pour l'exercice du droit syndical. Dans la fonction publique, le droit prévoit :

- ◆ des congés pour formation syndicale de 12 jours maximum par an, si les conditions de service le permettent et dans la limite d'un contingentement par administration ;
- ◆ des ASA pour assister aux congrès ou aux réunions des instances de direction des organisations syndicales dans la limite de 10 jours pour les organisations non représentées au Conseil commun de la fonction publique (CCFP) et de 20 jours pour les organisations représentées au CCFP ;
- ◆ des ASA de droit pour les réunions de travail ou négociations nationales ;
- ◆ et des crédits de temps syndical accordés par syndicat en fonction du nombre d'agents inscrits sur la liste électorale du CSE de l'établissement et de sa représentativité¹⁶.

Dans le secteur privé, les représentants du personnel bénéficient :

- ◆ de congés de formation, de droit sauf nécessités de service validées par le CSE, pour le suivi d'une formation économique, sociale, environnementale et syndicale de 12 jours maximum par an (18 jours pour les salariés appelés à exercer des fonctions syndicales)¹⁷ ;
- ◆ et, pour les entreprises de 50 salariés et plus, des heures de délégation mensuelles allant de 12 à 24 heures au moins par membre de la délégation du personnel au CSE selon la taille de l'entreprise et d'au moins 4 heures par mois par représentant de section syndicale¹⁸.

6.5. Les administrations ont la faculté d'accorder des absences pour fêtes religieuses aux agents publics, en complément des jours intégrés au calendrier des fêtes légales

La circulaire n° MFPPF1202144C du 10 février 2012 prévoit explicitement **la possibilité pour les administrations publiques d'accorder, si les nécessités de service le permettent, des autorisations d'absence rémunérées à l'occasion de certaines fêtes religieuses non catholiques ou protestantes** (cf. tableau 15). Il s'agit de faciliter, pour les agents publics, la pratique de leur culte dans le respect du principe de laïcité. **Une telle disposition n'est pas formalisée dans le secteur privé.**

¹⁶ Décret n° 82-447 du 28 mai 1982 relatif à l'exercice du droit syndical dans la FPE ; décret n° 85-397 du 3 avril 1985 relatif à l'exercice du droit syndical dans la FPT ; décret n° 86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans la FPH ; décret n° 84-474 du 15 juin 1984 relatif au congé pour formation syndicale dans la FPE ; décret n° 85-552 du 22 mai 1985 relatif au congé pour formation syndicale dans la FPT ; décret n° 88-676 du 6 mai 1988 relatif au congé pour formation syndicale dans la FPH.

¹⁷ Article L. 2145-7 du code du travail.

¹⁸ Article L. 2143-13 à L. 2143-19 et article L. 2142-1-3 du code du travail.

Annexe I

Tableau 15 : Autorisations d'absence pouvant être accordées à l'occasion des principales fêtes religieuses des différentes confessions

Confession	Fêtes religieuses
Fêtes arméniennes	<ul style="list-style-type: none">◆ Fête de la Nativité ;◆ Fête des Saints Vartanants ;◆ Commémoration du 24 avril.
Fête bouddhiste	<ul style="list-style-type: none">◆ Fête du Vesak.
Fêtes juives	<ul style="list-style-type: none">◆ Chavouot ;◆ Roch Hachana ;◆ Yom Kippour.
Fêtes musulmanes	<ul style="list-style-type: none">◆ Aïd El Adha ;◆ Al Mawlid Ennabi ;◆ Aïd El Fitr.
Fêtes orthodoxes	<ul style="list-style-type: none">◆ Théophanie ;◆ Grand Vendredi Saint ;◆ Ascension.

Source : Circulaire du 10 février 2012 relative aux autorisations d'absence pouvant être accordées à l'occasion des principales fêtes religieuses des différentes confessions.

6.6. Le cadre d'autorisations d'absence de la fonction publique est plus favorable que le secteur privé et pourrait être clarifié et rationalisé

La fonction publique offre ainsi un cadre d'autorisations d'absence plus favorable que le secteur privé, notamment en matière de garde d'enfant et de fêtes religieuses.

L'article 45 de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique avait ainsi prévu une clarification du régime des ASA dans les trois versants de la fonction publique par voie réglementaire. Le décret en Conseil d'État n'a pas été pris alors qu'il constituait une occasion de clarifier et rationaliser ce type d'absences. Les rapports parlementaires d'examen du projet de loi de transformation de la fonction publique pointaient, à ce titre, que *« la pluralité de textes applicables au sein de la fonction publique engendre une pluralité de régimes et de pratiques difficilement explicable »*¹⁹.

Il pourrait ainsi être envisagé de rapprocher le régime des ASA des règles de droit commun en vigueur dans le secteur privé et, au profit du recours aux facilités horaires compensées ou aux jours de RTT, de :

- ◆ mettre fin aux ASA pour fêtes religieuses ;
- ◆ aligner le quantum de jours d'ASA pour garde d'enfant sur le secteur privé (trois jours, portés à cinq jours si l'enfant a moins d'un an ou si le salarié a trois enfants à charge ou plus) ;
- ◆ interroger les ASA pour délai de route qui ne connaissent pas d'équivalent dans le droit pour le secteur privé.

Un droit à ASA pour décès d'un proche (hors enfant) pourrait, par ailleurs, être formalisé pour harmoniser les pratiques dans la fonction publique.

¹⁹ Rapport n° 570 de M^{me} Catherine Di Folco et M. Loïc Hervé, Sénateurs, fait au nom de la commission des lois du Sénat et déposé le 12 juin 2019.

ANNEXE II

Le suivi, les évolutions et les facteurs des absences dans la fonction publique

SOMMAIRE

1. MALGRÉ LA MODERNISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION ET LA MISE EN ŒUVRE PROGRESSIVE DES RAPPORTS SOCIAUX UNIQUES, LE SUIVI DE L'ABSENTÉISME DANS LA FONCTION PUBLIQUE SE HEURTE TOUJOURS À L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES DONNÉES, OUTILS ET PRATIQUES RH.....	1
1.1. Du fait des impacts de ces absences sur l'organisation du travail, le suivi des absences pour raison de santé et des ASA revêt un caractère prioritaire pour les employeurs publics	1
1.2. Le suivi et le pilotage de l'absentéisme sont historiquement limités par l'hétérogénéité des données et des systèmes d'information et de gestion des ressources humaines	3
1.3. Les employeurs publics assurent un suivi les absences, notamment celles pour raison de santé, de leurs agents mais leurs outils demeurent peu intégrés et leurs pratiques de gestion et de pilotage RH diverses	4
1.4. Dans l'attente de la généralisation des rapports sociaux uniques et compte tenu des limites de la déclaration sociale nominative, l'enquête Emploi demeure la principale source unifiée de données sur les absences dans la fonction publique	13
2. SUR LA PÉRIODE 2019-2022 MARQUÉE PAR LA CRISE SANITAIRE, LA FONCTION PUBLIQUE A ÉTÉ PLUS TOUCHÉE PAR LA HAUSSE DES ABSENCES POUR RAISON DE SANTÉ QUE LE SECTEUR PRIVÉ	29
2.1. La fonction publique emploie 5,7 millions d'agents en 2022, en hausse de 6,2 % depuis 2011	29
2.2. La croissance du nombre d'agents publics est liée à la hausse du nombre d'agents contractuels, de 3,0 % par an en moyenne, et de la part des agents de catégorie A, en hausse de 4 points depuis 2011.....	30
2.3. La fonction publique se distingue du secteur privé par une plus grande féminisation (64 %), un âge moyen de trois ans plus élevé, des agents plus diplômés, plus souvent atteints de maladie chronique et plus souvent membres d'une famille monoparentale	34
2.4. Les absences pour raison de santé, principale cause d'absentéisme, ont cru de 63 % entre 2019 et 2022 dans la fonction publique, un rythme plus soutenu que dans le secteur privé	39
2.5. Depuis 2022, les absences pour raison de santé suivent une tendance baissière qui ne compense que partiellement la hausse concomitante à la crise sanitaire des années 2020-2022.....	44
3. LES CARACTÉRISTIQUES DES AGENTS ET DES EMPLOIS EXPLIQUENT 95 % DES ÉCARTS DE TAUX D'ABSENCE AVEC LE SECTEUR PRIVÉ POUR LA FPE ET LA FPH ET 53 % POUR LA FPT	46
3.1. Quatre grands types de facteurs sont reconnus dans la littérature comme ayant un impact sur le niveau d'absentéisme.....	46
3.2. Les caractéristiques des emplois et des agents expliquent à environ 95 % les écarts de taux d'absence de la FPE et de la FPH avec le secteur privé.....	53
3.3. Au sein de la fonction publique, les facteurs socio-économiques génèrent des différences pouvant aller jusqu'à 5,8 p.p. de taux d'absence pour un taux moyen d'absence une semaine donnée de 6,0 %.....	60

1. Malgré la modernisation des systèmes d'information et la mise en œuvre progressive des rapports sociaux uniques, le suivi de l'absentéisme dans la fonction publique se heurte toujours à l'hétérogénéité des données, outils et pratiques RH

1.1. Du fait des impacts de ces absences sur l'organisation du travail, le suivi des absences pour raison de santé et des ASA revêt un caractère prioritaire pour les employeurs publics

La notion d'absentéisme a fait l'objet d'approches et de qualifications diverses dans la littérature académique. De nombreuses études de sociologie du travail se sont penchées sur les déterminants du comportement individuel des agents absents : de la théorie des deux facteurs de M. Frederick Herzberg¹, professeur de psychologie et de management américain, portant sur la motivation au travail dans les années 1950 au modèle de M. Steven G. Allen, professeur d'économie américain, en 1981² voyant l'absentéisme comme un moyen pour le salarié de réduire son nombre d'heures de travail dans le cadre d'un arbitrage loisir-travail.

Depuis, différentes approches se sont aussi intéressées aux causes et à la mesure des absences et de leurs impacts à l'échelle des organisations pour qualifier le phénomène d'absentéisme. M^{me} Sabine Chaupain-Guillot, maître de conférences à l'université de Lorraine et M. Olivier Guillot, chargé de recherche à l'université de Lorraine, ont, par exemple, évalué l'influence de différents facteurs sur le niveau d'absence tels que les conditions d'exercice, les évolutions de l'organisation du travail, le rapport des salariés au travail et les caractéristiques des agents en 2007³.

De son côté, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) considère que « *toutes les absences ne sont pas de l'absentéisme. Certaines absences (formation, activités syndicales, maternité, congés payés, etc.) sont prévisibles par leur régularité, et s'appuient sur des droits sociaux. Elles ne peuvent donc pas être considérées comme de l'absentéisme* » et préconise de suivre « *les absences particulièrement perturbatrices pour l'activité de l'entreprise et dont on peut penser qu'elles sont reliées, même indirectement, aux conditions de travail et à la vie organisationnelle* »⁴.

En effet, les absences ont des impacts différenciés selon leur nature et leur motif, leur impact étant notamment lié à la prévisibilité de l'absence pour l'encadrement et la capacité d'anticipation et d'adaptation de l'organisation du travail. Les absences les moins prévisibles et les plus perturbatrices pour le service sont celles :

- ◆ qui ne peuvent être anticipées et prises en compte dans l'organisation du travail et le fonctionnement de la structure ;
- ◆ qui n'impliquent pas d'accord de la hiérarchie ;
- ◆ dont les causes précises ne sont pas identifiées ou connues de l'employeur.

¹ F. Herzberg et al., *The motivation to work*, 1959.

² S.G. Allen, *An Empirical Model of Work Attendance*, Review of Economics and Statistics, 1981.

³ S. Chaupain-Guillot et O. Guillot, *Les absences au travail : une analyse à partir des données françaises du Panel européen des ménages*, Revue Économie et statistique, 2007.

⁴ Anact, *Dix questions sur l'absentéisme*, 2015.

Annexe II

De même, les leviers dont disposent les employeurs pour agir et réduire les absences varient en fonction des types d'absence. Alors que plusieurs absences sont issues de droits, sont liées à des facteurs exogènes à l'organisation du travail et contribuent à un absentéisme structurel (ex. : congés de naissance, maternité, paternité, absences liées à l'exercice d'un mandat syndical ou politique), l'encadrement dispose de leviers pour réduire la survenue d'un absentéisme dit « *conjoncturel et/ou intentionnel* »⁵ (ex. : congés de maladie ordinaire, accidents ou maladies liés au service).

Les types d'absences peuvent donc être évalués à l'aune de deux critères : leur degré de prévisibilité et la capacité de l'employeur, à travers l'organisation et les conditions de travail (cf. annexe III), à réduire leur survenue. Par exemple, en dehors des soins programmés, l'employeur n'est pas en mesure d'anticiper les arrêts maladie courts mais peut réduire leur incidence par des actions de prévention. Quant aux congés liés à la parentalité et à la famille, ils sont de droit mais font l'objet d'une prévenance de la part de l'agent auprès de l'employeur. En ce qui concerne les autorisations spéciales d'absence (ASA), l'employeur peut, selon les cas, faire valoir les nécessités de service pour en refuser l'octroi et seules les ASA pour décès d'un proche ou gardes d'enfant ne peuvent être systématiquement anticipées (cf. tableau 1).

Selon cette grille de lecture, ce sont les congés pour raison de santé et certaines ASA qui apparaissent comme ayant le potentiel le plus déstabilisateur pour les organisations de travail alors que l'employeur est en mesure de prévenir l'occurrence de certaines de ces absences. C'est pourquoi la mission a concentré ses travaux sur ces deux types d'absences.

In fine, l'Anact définit l'absentéisme comme « *toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradations des conditions de travail entendus au sens large : les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc.* ».

Tableau 1 : Caractérisation des types d'absences selon leur prévisibilité et la capacité de l'employeur à les prévenir

Type d'absence	Absence prévisible (O/N)	Capacité de l'employeur à réduire la survenue (O/N)
Absences liées aux règles relatives au temps de travail	O	N
Absences liées aux droits à la formation professionnelle	O	O
Congés de maladie courts	N	O
Congés de maladie longs	Selon les cas	O
Accidents ou maladies liés au service	N	O
Congés liés à la parentalité	O	N
Congés liés à la famille	O	N
ASA pour évènement familial (décès d'un enfant/proche)	N	N
ASA liées à la parentalité (gardes d'enfant)	N	Selon les cas
Autres ASA et absences (mariage, santé, formation, engagement, fêtes religieuses)	O	Selon les cas

Source : Mission.

⁵ P. Gallois, *L'absentéisme, comprendre et agir*, 2005.

1.2. Le suivi et le pilotage de l'absentéisme sont historiquement limités par l'hétérogénéité des données et des systèmes d'information et de gestion des ressources humaines

En 2009, un rapport de l'inspection générale des finances (IGF) et du contrôle général économique et financier (CGEFi) sur les arrêts maladie dans la fonction publique a signalé « *une faible sensibilisation à la question des arrêts maladie, une connaissance très parcellaire de leur niveau et une gestion de l'absentéisme quasi inexistante et inefficace* ».

Tout d'abord, cette mission a fait le constat de plusieurs écueils pour disposer d'une vision harmonisée et consolidée des absences pour raison de santé dans la fonction publique de l'État (FPE). Le rapport fait, en particulier, état de « *données éparpillées, non disponibles en temps réel, enregistrées le plus souvent sous des logiciels spécifiques à chaque administration, selon des méthodologies propres à chaque service* ».

La mission IGF-CGEFi de 2009 a, en effet, été confrontée à des fonctionnalités hétérogènes entre systèmes d'information des administrations interrogées⁶ aboutissant à des divergences de méthodologies de mesure de l'absentéisme concernant :

- ◆ le périmètre d'agents retenus : fonctionnaires ou contractuels sur emploi permanent ;
- ◆ le mode de décompte des jours d'absences : jours calendaires ou jours ouvrés ;
- ◆ la prise en compte ou non de la quotité de travail effective : mesures des absences rapportées aux effectifs physiques, équivalents temps plein (ETP) ou ETP travaillés (ETPT) ;
- ◆ les typologies de congés, les congés pour raison de santé pouvant inclure tout ou partie des congés de maladie ordinaire (CMO), congé de maladie, congé de longue maladie (CLM), congé de longue durée (CLD), congé de grave maladie (CGM), accidents et maladies liés au service, arrêts liés aux grossesses, gardes d'enfant malade.

En outre, la mission IGF-CGEFi de 2009 a pointé des risques d'erreurs de saisie des absences (doubles saisies, absences ou oublis de saisies) et des pratiques dites « *tolérantes* » de non-recensement d'arrêts courts. Ces constats l'ont amenée à préconiser la mise en place d'un « *système de remontée d'informations commun aux différentes administrations* ».

En 2021, la Cour des comptes a souligné, dans son rapport sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie, des améliorations dans la connaissance des absences pour raison de santé avec :

- ◆ la mise en place d'une partie dédiée dans le rapport annuel sur l'état de la fonction publique élaboré par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) s'appuyant sur l'enquête emploi de l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ;
- ◆ le mouvement de structuration des données sociales engagé par la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique (LTFP).

Des limites identifiées en 2009 par l'IGF et le CGEFi semblaient toutefois toujours d'actualité, la Cour confirmant que « *les possibilités de comparaisons entre versants de la fonction publique, de même qu'entre employeurs publics similaires, demeurent limitées* » et que « *les délais de traitement des informations dans les SIRH, la faiblesse des modules de pilotage et la confidentialité de certaines données de santé empêchent les services de disposer en temps réel de données d'analyse* ».

⁶ Directions des personnels et de l'adaptation de l'environnement professionnel (DAEP), la direction des douanes et droits indirects (DGDDI) et direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) des ministères économiques et financiers ; direction générale de la police nationale (DGPN) pour le ministère de l'intérieur ; rectorats et académie pour le ministère de l'éducation nationale.

Annexe II

La Cour concluait sur deux recommandations :

- ◆ définir des indicateurs harmonisés communs aux trois versants de la fonction publique pour mesurer les absences pour raisons de santé dans le cadre des travaux de structuration des bases de données sociales (cf. 1.4.1 et 1.4.2) ;
- ◆ transmettre à l'assurance maladie les données concernant les arrêts maladie des agents publics dans le cadre de la déclaration sociale nominative ou DSN (cf. 1.4.3).

1.3. Les employeurs publics assurent un suivi les absences, notamment celles pour raison de santé, de leurs agents mais leurs outils demeurent peu intégrés et leurs pratiques de gestion et de pilotage RH diverses

1.3.1. Les outils de gestion des absences demeurent multiples et morcelés au sein de la fonction publique, et ce malgré la mise en œuvre de projets de modernisation et d'urbanisation des SIRH

Le centre interministériel de services informatiques relatifs aux ressources humaines (CISIRH) met, depuis 2016, à disposition des ministères et opérateurs de l'État un système d'information des ressources humaines (SIRH) mutualisé RenoIRH.

Ce système couvre l'ensemble des fonctionnalités RH, de la gestion administrative à la pré-liquidation de la paye, en conformité avec les outils de la direction générale des finances publiques (DGFIP). Le périmètre fonctionnel de RenoIRH intègre les briques suivantes :

- ◆ un référentiel des structures ;
- ◆ la gestion administrative : gestion des données personnelles, des données contractuelles, des éléments de rémunération, du recrutement, de la carrière administrative, des affectations, des positions administrations, des suspensions et sanctions, de la mobilité, des congés et absences, du compte épargne temps, des instances consultatives et décharges d'activité ;
- ◆ la gestion des ressources humaines : gestion de la formation, des emplois, des compétences et de l'évaluation ;
- ◆ la gestion des temps et activités ;
- ◆ des outils transverses : requêtes, pilotage, habilitations notamment ;
- ◆ un self-service pour les agents et les managers ;
- ◆ un module de pré-liquidation de la paye.

Si le déploiement de RenoIRH progresse avec une couverture de 400 000 agents de la FPE, la gestion des ressources humaines civiles dans les ministères demeure répartie sur six SIRH cœurs pour l'ensemble des ministères (cf. tableau 2).

Annexe II

Tableau 2 : Cartographie des SIRH cœurs déployés par ministère pour les agents civils

Éditeur	SIRH principal	Employeur
HR Access	RenoIRH	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Services du premier ministre ; ◆ Ministère de l'agriculture ; ◆ Ministère de la culture ; ◆ Ministères sociaux ; ◆ Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires.
HR Access	SIRHIUS	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ministères économiques et financiers ; ◆ Ministère de l'Europe et des affaires étrangères ; ◆ Ministère de la transformation et de l'action publiques.
HR Access	Alliance / SEARH	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ministère des armées.
HR Access	DIALOGUE 2	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ministère de l'intérieur et de l'outre-mer.
SAP	Harmony	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ministère de la justice.
Ministère de l'éducation nationale et HR Access	Applicatifs du Ministère de l'éducation nationale	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse ; ◆ Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ; ◆ Ministère des sports.

Source : Direction générale des finances publiques (DGFIP).

La gestion des ressources humaines de deux des plus grands ministères employeurs, le ministère de l'éducation nationale et le ministère des armées, repose ainsi sur une architecture de systèmes d'information qui leur est propre. **Chacun de ces deux ministères met en œuvre des projets de modernisation de ses SI en renforçant leur intégration dans le cas du ministère des armées ou en convergeant vers RenoIRH pour les personnels non-enseignants du ministère de l'éducation nationale** (cf. encadré 1 et encadré 2).

Encadré 1 : Les systèmes d'information des ressources humaines civiles et militaires du ministère des armées

Au ministère des Armées, les 66 processus de gestion RH sont couverts par plus de 300 modules SI, dont les 5 principaux SIRH d'armées :

- ◆ CONCERTO pour les militaires de l'armée de Terre ;
- ◆ ORCHESTRA pour les militaires de l'armée de l'Air et de l'Espace ;
- ◆ RHAPSODIE pour les militaires de la Marine nationale ;
- ◆ ARHMONIE pour les militaires du Service de santé des armées ;
- ◆ ALLIANCE NG pour les personnels civils, les militaires de la direction générale de l'armement et du contrôle général des armées, ainsi que les emplois fonctionnels.

La gestion des temps et des absences (GTA) est assurée par des solutions spécifiques (HOROQUARTZ et BODET). Outre ces SI, une trentaine d'autres outils existent dans les différents organismes du ministère, tels que l'outil de gestion des absences de travail, utilisé pour la gestion du personnel de l'administration centrale. Face à cette hétérogénéité d'outils de GTA, le Ministère a lancé, au printemps 2024, une étude visant à rationaliser et proposer une solution de GTA ministérielle.

Annexe II

Encadré 2 : Les systèmes d'information des ressources humaines du ministère de l'éducation nationale

Au ministère de l'éducation nationale, si les personnels d'encadrement sont gérés pour leur carrière et leur rémunération via l'applicatif national Sirhen commun à l'ensemble des académies, la gestion des temps et activité et de gestion des absences est assurée en proximité dans chaque académie avec des logiciels de gestion propres. Un projet de modernisation des SIRH de ce ministère est en cours et prévoit la migration des populations principalement non-enseignantes vers RenoIRH.

Les académies et les opérateurs de l'État mobilisent, de leur côté, une dizaine de types de systèmes :

- ◆ COCKTAIL ;
- ◆ VIRTUALIA ;
- ◆ WINPAYE ;
- ◆ GIRAFE développé par la DGFIP ;
- ◆ DIALOGUE 2, RenoIRH et SIHAM de l'éditeur HR Access ;
- ◆ des applicatifs SAP ;
- ◆ les applicatifs du ministère de l'éducation nationale,
- ◆ des logiciels spécifiques.

La mission n'a pas identifié de cartographie consolidée des SIRH déployés dans la FPT en lien avec le nombre d'employeurs locaux (près de 50 000) et leur liberté d'administration. **Les architectures, les couvertures fonctionnelles et les niveaux d'interfaçage des SIRH sont ainsi variables d'une collectivité à une autre** (cf. exemples en encadré 3, encadré 4 et encadré 5).

Encadré 3 : Les systèmes d'information des ressources humaines de la Région Hauts-de-France

La Région dispose de différents outils de gestion des ressources humaines interfacés entre eux. Le système de GTA est ainsi interfacé avec les autres outils de gestion RH et un outil décisionnel permet les requêtes au sein des différents SI pour contribuer au pilotage des ressources humaines de la Région.

Encadré 4 : Les systèmes d'information des ressources humaines du Département du Nord

La gestion des ressources humaines du Département repose sur deux principaux outils, un outil de gestion administrative, de carrière et de paye et un autre de GTA :

- ◆ l'outil PLEIADES de gestion des ressources humaines développé par SOPRA et utilisé par les gestionnaires pour saisir les absences pour raison de santé, maternité, paternité et accident de service ;
- ◆ l'outil OCTIME de gestion des temps utilisé pour les poses de congés et de télétravail mais aussi pour la saisie des absences directement par les directions. Ce logiciel permet de déclencher des alertes en fonction d'une durée ou d'un nombre d'arrêts.

Un projet est en cours pour interfacé ces deux systèmes.

Encadré 5 : Les systèmes d'information des ressources humaines de la Métropole européenne de Lille (MEL)

La Métropole européenne de Lille (MEL) s'est dotée en 2021 de la solution logicielle CHRONOS pour la gestion du temps de travail. Cette acquisition s'inscrit dans une logique de modernisation du système d'information des ressources humaines et de mise en conformité (mise en place d'un système de décompte journalier des horaires dans le cadre de l'instauration d'horaires variables et en réponse à la réglementation).

CHRONOS contribue à l'uniformisation des outils de gestion et au suivi de l'absentéisme (par motif d'absence) par l'édition de tableaux de bord.

La MEL utilise également le logiciel de paie EKSAE. Chaque absence est saisie dans ce logiciel de paie, ce qui permet de suivre les jours d'absence, les droits des agents et l'impact des arrêts sur la rémunération des agents.

En ce qui concerne la FPH, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a réalisé, début 2023, un panorama des SIRH des secteurs sanitaire et médico-social et une enquête sur les systèmes de gestion des absences.

L'enquête sur les systèmes de gestion des absences pointe un taux d'équipement faible des établissements en matière de solutions de GTA (267 sur 743 établissements répondants soit 37 %). Le panorama des SIRH fait état de la variabilité des solutions mobilisées par les établissements de santé et médico-sociaux.

Les solutions Hublo et Octime sont ainsi déployées respectivement dans 2 590 et 2 500 établissements alors que d'autres solutions ne sont déployées que dans quelques établissements : 38 établissements pour Atelier salarial, 15 pour Petal santé et 8 pour Hopia, dont des centres hospitaliers universitaires (CHU) pour chacun de ces trois logiciels. De plus, les établissements recourent à des combinaisons de ces solutions pour couvrir leurs besoins fonctionnels (cf. tableau 3).

Annexe II

Tableau 3 : Étendue du déploiement des principales solutions SIRH dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux

Solution	Nombre d'établissements mobilisant cette solution	Exemples d'établissements
Hublo	2 590	Hospices civils de Lyon (HCL), Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), CHU de Nantes
Octime	2 500	Groupes Ramsay, Elsan et Croix-Rouge
PH7	687	CHU de Bordeaux, CHU de Grenoble, CHU de Nancy
Agirh	465	AP-HM, CHU de Toulouse, Hôpitaux universitaires de Strasbourg
Cpage i RH	246	CHU de Bordeaux, CHU de Grenoble, CHU de Nancy
Infologis 2.0	190	Association de services pour le maintien à domicile et d'aide à la personne de Châteauroux, Dunkerque et Tours
eConnection et Agiletme	161	AP-HM, CHU de Nice, CHU de Nîmes
Permuteo	150	Hôpitaux universitaires de Strasbourg, centre hospitalier (CH) Alpes-Isère, CH Aunay-Bayeux
Hexagone	149	CHU de la Réunion, CH d'Annecy, CH de Toulon
Chronos	144	Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), HCL, CHU de Montpellier
Elaborha	40	Groupement des EHPAD du Roussillon, Association de services pour le maintien à domicile et d'aide à la personne du Gard
Atelier salarial	38	Hôpital local du Val de Madon, CHU de Limoges et CH spécialisé de Sevrey
Petal santé	15	CHU d'Amiens, CHU de Grenoble, CHU de Nancy
Hopia	8	AP-HP, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, centre hospitalier privé Saint-Grégoire

Source : ANAP.

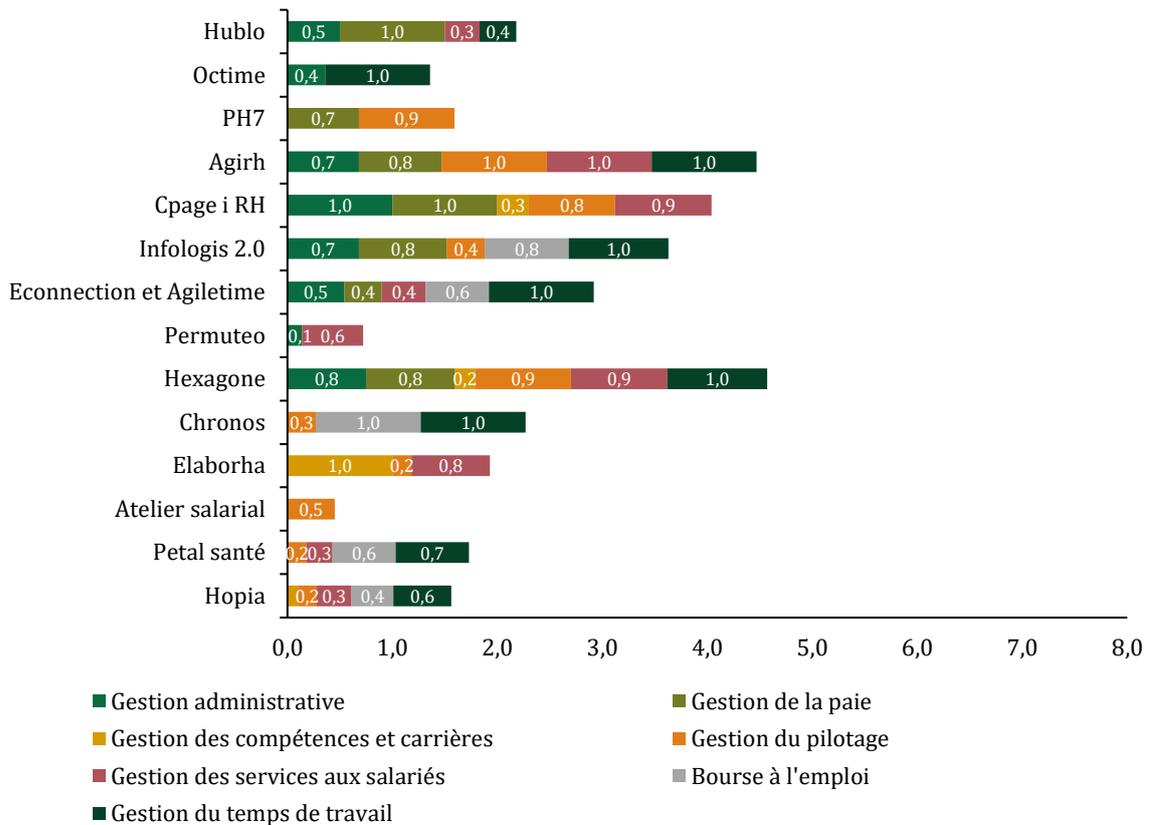
En effet, les solutions présentent des niveaux de couverture fonctionnelle hétérogènes sur les huit briques fonctionnelles usuelles :

- ◆ gestion administrative ;
- ◆ gestion de la paie ;
- ◆ gestion des carrières et des compétences ;
- ◆ gestion du pilotage ;
- ◆ gestion des services aux salariés ;
- ◆ bourse à l'emploi ;
- ◆ et gestion du temps de travail.

Le niveau de couverture fonctionnelle des solutions a été évalué par l'ANAP à l'aide d'un score allant de 0 à 1 pour chacune des huit briques fonctionnelles RH. Parmi les solutions considérées, c'est la solution Hexagone qui assure une couverture fonctionnelle la plus large avec un score de 4,6 sur 8,0 suivie de la solution Agirh avec un score de 4,5 sur 8,0 (cf. graphique 1). **Ces scores soulignent les limites du marché en matière d'intégration des SIRH à destination des acteurs sanitaires et médico-sociaux.**

Annexe II

Graphique 1 : Niveau de couverture fonctionnelle des principales solutions SIRH dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux par fonctionnalité



Source : ANAP.

Note de lecture : le niveau de couverture fonctionnelle est évalué à l'aide d'un score de 0 à 1 pour chacune des huit briques fonctionnelles RH.

Dans ce contexte, la mission recommande aux employeurs publics de renforcer l'urbanisation de leurs SIRH, de favoriser leur intégration et leur interfaçage entre eux.

1.3.2. La multiplicité des outils déployés se traduit par une efficacité variable des pratiques de gestion et du pilotage des absences par les employeurs

Les employeurs interrogés par la mission présentent des profils d'organisations des fonctions RH impliquant une gestion opérationnelle des absences le plus souvent déconcentrée pouvant recourir à des outils partagés ou des outils à la main des directions ou échelons locaux.

Au ministère de l'éducation nationale, la gestion des absences est ainsi assurée au niveau des académies avec des logiciels de gestion qui leur sont propres. Les absences ayant un impact sur la rémunération sont re-saisies dans le SIRH national Sirhen.

La Ville de Paris s'appuie sur deux outils principaux, un outil de gestion des temps Chronotime et un outil HRAccess pour traduire les impacts en paie, associés, pour certaines directions métiers et certaines populations d'agents, à des outils *ad hoc*.

Les temps de travail et les absences sont également suivis à un niveau local au secrétariat général du ministère de l'intérieur et des outre-mer mais à travers un même outil (Casper).

Dans le cadre des échanges et du recueil de données auprès des employeurs sollicités, la mission a fait le constat que la multiplicité des outils couplée à leur faible intégration et interfaçage complexifie la consolidation des absences par les employeurs.

Annexe II

Tous les acteurs interrogés par la mission indiquent être en mesure de suivre les absences pour raison de santé (maladie ordinaire, longue maladie, longue durée, accidents de service et maladies professionnelles) et pour raisons familiales (congé de maternité, paternité, adoption). **En revanche, les autres types d'absences, et notamment les autorisations spéciales d'absence (ASA), ne sont pas systématiquement retracées et pilotées.**

Enfin, les pratiques de pilotage de l'absentéisme diffèrent entre employeurs en matière d'indicateurs retenus et de fréquence d'actualisation des tableaux de bord de pilotage (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Modalités de suivi des absences par les employeurs publics interrogés par la mission

Administration	Outils et niveaux de gestion	Indicateurs et modalités de pilotage
Ministère de l'éducation nationale	Logiciel propre à chaque académie et géré en proximité	<ul style="list-style-type: none"> ◆ suivi du nombre et du pourcentage d'agents absents pour congé de maladie ordinaire et autres congés (congé de formation, congé de formation syndicale, congé de maternité/paternité, congé de longue maladie et de longue durée, accidents du travail) avec une fréquence hebdomadaire pour les enseignants et trimestrielle pour l'encadrement.
Ministère des armées	Outil en fonction de chaque branche armée du ministère	<ul style="list-style-type: none"> ◆ suivi du nombre de jours d'absences et du nombre d'agents concernés pour tous types d'absence (raison de santé et hors raison de santé).
Direction générale de la gendarmerie nationale	SI Agorha	<ul style="list-style-type: none"> ◆ suivi du : <ul style="list-style-type: none"> ● nombre de militaires, nombres de jours d'absence et taux d'absentéisme (congés liés à la famille et congés maladie de plus de 6 mois) par corps et par formation administrative ; ● nombre de jours d'absence et taux d'absentéisme des personnels civils et militaires par type de congés pour raison de santé ; ● nombre de militaires et d'agents en congé lié à la parentalité (y compris congé parental) par corps.
Secrétariat général du Ministère de l'intérieur	Outil de GTA Casper administré à un niveau local	<ul style="list-style-type: none"> ◆ suivi du nombre de jours d'absences et du nombre d'agents concernés pour tous types d'absence (raison de santé et hors raison de santé, y compris les ASA).
Ministères économiques et financiers	SI SIRHIUS	<ul style="list-style-type: none"> ◆ suivi du nombre de jours d'absences et du nombre d'agents concernés pour tous types d'absence (raison de santé et hors raison de santé, y compris les ASA).
Région Hauts-de-France	Outils de GTA bénéficiant de restitutions réalisées à partir d'un outil décisionnel	<ul style="list-style-type: none"> ◆ suivi du nombre de jours et du nombre d'agents avec un suivi différencié selon trois d'absences : absences ponctuelles, absences longues et absences perlées.

Annexe II

Administration	Outils et niveaux de gestion	Indicateurs et modalités de pilotage
Département du Nord	Outil de GTA Optime	<ul style="list-style-type: none"> ◆ pour les motifs de maladie ordinaire, longue maladie, accident de service et parentalité, suivi, à une fréquence mensuelle, du : <ul style="list-style-type: none"> • taux d'absentéisme par nature d'absence ; • exposition à l'absence (par nature d'absence, par métier, par tranche d'âge) ; • gravité des absences (durée moyenne des arrêts en journées) ; • fréquence des absences (nombre d'arrêt par agent).
Métropole européenne de Lille	Outil de GTA CHRONOS	<ul style="list-style-type: none"> ◆ suivi des congés pour raison de santé (congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie, congé de longue durée, accident de service, maladie professionnelle), congé maternité, temps partiel pour raison thérapeutique, absences injustifiées des agents et ASA.
AP-HP	Outil HR Access	<ul style="list-style-type: none"> ◆ suivi : <ul style="list-style-type: none"> • du taux d'absentéisme pour raison médicale et non médicale ; • des jours d'absences convertis en ETP ; • des motifs d'absences particuliers : congés longs, absences irrégulières et disponibilités d'office.
CHU de Nantes	Logiciel de gestion du temps de travail igestor	<ul style="list-style-type: none"> ◆ suivi pour les absences pour motif médical et non médical des : <ul style="list-style-type: none"> • taux d'absentéisme par pôle/service et par emploi ; • nombre d'arrêts et durée moyenne.

Source : Mission d'après les réponses au questionnaire adressé.

Les modalités de décompte des jours d'absence présentent également des limites en matière de fiabilité et de comparabilité. Le décret⁷ relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique, les trois arrêtés⁸ fixant la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales dans chacun des versants de la fonction publique et les rapports sociaux uniques consultés maintiennent l'ambiguïté sur ces modes de décompte en ne présentant pas explicitement la méthodologie retenue par les employeurs et notamment la prise en compte ou non des jours non ouvrés.

Le rapport du ministère de l'éducation nationale précise que « *les congés qui englobent l'année scolaire sont comptés pour 365 jours. De plus, ces durées cumulées moyennes incluent vacances scolaires, week-ends et jours fériés* ». L'analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé réalisée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) retient comme méthode de calcul du taux d'absentéisme un rapport entre le nombre de jours d'absence et le nombre d'ETP multiplié par 365.

Le rapport social unique du ministère des finances restitue dans un même graphique le nombre de jours d'absence pour congé de maternité, adoption, paternité et les autorisations spéciales d'absence (ASA), ce qui suppose un raisonnement en jours ouvrés, la logique voulant que les ASA ne soient accordées que pour des jours ouvrés.

1.4. Dans l'attente de la généralisation des rapports sociaux uniques et compte tenu des limites de la déclaration sociale nominative, l'enquête Emploi demeure la principale source unifiée de données sur les absences dans la fonction publique

1.4.1. Un cadre réglementaire a été mis en place entre 2021 et 2022 pour normer et consolider les données relatives aux absences dans l'ensemble de la fonction publique avec toutefois des spécificités pour la fonction publique territoriale

En 2019, l'article 5 de la loi de transformation de la fonction publique (LTFP) a instauré, pour chaque employeur public, un rapport social unique (RSU) s'appuyant sur une base de données sociales adossée à des référentiels communs d'indicateurs. Les administrations⁹ doivent ainsi élaborer chaque année un RSU alimenté par une base de données sociales et regroupant les données présentées auparavant dans le bilan social, le rapport de situation comparée relatif à l'égalité femmes-hommes et les rapports portant sur la santé et la sécurité au travail.

Le décret d'application n° 2020-1493 du 30 novembre 2020 relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique a prévu que la base de données sociales soit mise en place au plus tard le 31 décembre 2022 et que son utilisation soit généralisée à partir des rapports sociaux uniques de l'année 2023.

⁷ Décret n° 2020-1493 du 30 novembre 2020 relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique.

⁸ Arrêté du 7 mai 2021 fixant pour la fonction publique de l'État la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales ; arrêté du 10 décembre 2021 fixant pour la fonction publique territoriale la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales ; arrêté du 28 avril 2022 fixant pour la fonction publique hospitalière la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales.

⁹ Administrations de l'État, autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes, établissements publics de l'État, collectivités territoriales et leurs établissements publics, établissements publics de santé et établissements médico-sociaux et sociaux publics.

Annexe II

Ce décret dispose également que la publication du RSU intervienne après sa présentation au comité social et au plus tard avant la fin de l'année suivant l'année auquel il se rapporte par le biais de « *son site internet ou, à défaut, par tout autre moyen permettant d'en assurer la diffusion* ».

Pour chaque versant, un arrêté a précisé la teneur de la base de données sociales :

- ◆ arrêté du 7 mai 2021 fixant pour la FPE la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales ;
- ◆ arrêté du 10 décembre 2021 fixant pour la FPT la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociale ;
- ◆ arrêté du 28 avril 2022 fixant pour la fonction publique hospitalière (FPH) la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales.

Pour la FPE, la base de données sociales comprend 189 indicateurs regroupés en 10 catégories : emploi, recrutements, parcours professionnels, formation, rémunérations, santé et sécurité au travail, organisation du travail et temps de travail, action sociale et protection sociale, dialogue social et discipline.

C'est au sein de la catégorie « organisation du travail et temps de travail » que figurent les principaux indicateurs relatifs aux absences :

- ◆ congés (annuels, RTT, etc.) ;
- ◆ absences au travail hors raisons de santé ;
- ◆ absences au travail pour raisons de santé ;
- ◆ jours de carence (cf. tableau 5).

La structure de la base de données sociales de la FPH est calquée sur celle prévue pour la FPE (cf. tableau 6) à l'exception de l'ajout de l'indicateur BDS FPH 136 (taux d'absentéisme liés à l'absentéisme pour motif médical et pour motif non médical) et de l'absence de l'indicateur BDS FPE 180 (nombre de jours d'autorisations d'absence accordées pour participer aux réunions d'un organisme directeur ou au congrès d'un syndicat).

La liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales présente, de plus, de nombreuses spécificités pour la FPT avec notamment des indicateurs dédiés aux congés liés à la parentalité et à la famille, l'absence de suivi propre aux arrêts de plus de six mois (cf. tableau 7). Ces différences limitent *de facto* les possibilités de comparaison entre ce versant et les deux autres.

La mise en place des bases de données sociales et la production des rapports sociaux uniques doit ainsi permettre de disposer de données de suivi et de pilotage plus harmonisées au sein de la fonction publique et de ses trois versants, à partir de l'exercice 2023. Cette trame commune d'indicateurs a vocation à faciliter les comparaisons entre employeurs publics, comparaisons présentant cependant des limites du fait des indicateurs spécifiques retenus pour la FPT.

Il convient de noter qu'en Italie, les données concernant les taux d'absence des agents publics sous contrat à durée indéterminée doivent être publiées par toutes les administrations publiques à une fréquence trimestrielle, en complément de la publication annuelle de la situation des effectifs et de leurs coûts (cf. encadré 6).

Annexe II

Encadré 6 : Obligations de publication concernant les effectifs et les coûts du personnel sous contrat à durée indéterminée des administrations publiques en Italie

Le décret n° 33 du 14 mars 2013 relatif à la réorganisation de la réglementation concernant le droit d'accès civique et les obligations de publicité, de transparence et de diffusion de l'information par les administrations publiques pose une obligation pour les administrations publiques italiennes de publier, chaque trimestre, les taux d'absence de leur personnel ventilés par niveau de direction. La circulaire n° 2007-104.3 du 17 juillet 2009 de la direction de la fonction publique italienne précise le mode de calcul du taux à savoir le rapport entre le nombre total de jours d'absence pour quelque raison que ce soit (maladie, vacances, congés obligatoires, etc.) et le nombre de jours ouvrés.

Annexe II

Tableau 5 : Liste des principaux indicateurs contenus dans la base de données sociales pour la FPE en lien avec l'absentéisme

Catégories de données	Indicateurs (numéros et libellés)
Formation	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPE 030 : nombre de jours de formation et nombre de stagiaires par type de formation, statut d'emploi, catégorie et sexe ; ◆ BDS FPE 031 : nombre de demandes de congés formation par décision prise, statut, catégorie et sexe.
Organisation du travail et temps de travail (congés annuels, RTT ...)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPE 156 : nombre d'autres jours de congés accordés au cours de l'année à l'ensemble du personnel au sein d'un même établissement (par exemple : jours fériés locaux).
Organisation du travail et temps de travail (absences hors raisons de santé)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPE 163 : nombre d'agents ayant au moins une absence dans l'année par motif, catégorie, âge et sexe ; ◆ BDS FPE 164 : nombre de jours d'absence dans l'année par motif, catégorie, âge et sexe ; ◆ BDS FPE 165 : nombre de congés d'une durée égale ou supérieure à six mois débutés au cours de l'année par motif ; ◆ BDS FPE 166 : nombre de congés d'une durée égale ou supérieure à six mois terminés au cours de l'année par motif ; ◆ BDS FPE 167 : nombre et types d'actions menées pour accompagner l'agent parti en congés parental au cours de l'année.
Organisation du travail et temps de travail (absences pour raisons de santé)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPE 168 : nombre d'agents ayant au moins une absence dans l'année par motif, catégorie, âge, métier et sexe ; ◆ BDS FPE 169 : nombre de jours d'absence dans l'année par motif, catégorie, âge, métier et sexe
Organisation du travail et temps de travail (jours de carence)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPE 170 : nombre de jours de carences imputés aux agents par catégorie, âge et sexe ; ◆ BDS FPE 171 : montant des sommes brutes retenus.
Dialogue social	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPE 178 : nombre de journées d'autorisation d'absence accordées pour siéger dans une instance de concertation ; ◆ BDS FPE 179 : nombre de journées d'autorisation d'absence accordées pour participer à une réunion de travail convoquée par l'administration ou à une négociation ; ◆ BDS FPE 180 : nombre de jours d'autorisations d'absence accordées pour participer aux réunions d'un organisme directeur ou au congrès d'un syndicat.

Source : Arrêté du 7 mai 2021 fixant pour la fonction publique de l'État la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales.

Annexe II

Tableau 6 : Liste des principaux indicateurs contenus dans la base de données sociales pour la FPH en lien avec l'absentéisme

Catégories de données	Indicateurs (numéros et libellés)
Formation	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPH 026 : nombre de jours de formation et nombre de stagiaires par type de formation, statut d'emploi, catégorie et sexe ; ◆ BDS FPH 027 : nombre de demandes de congés formation par décision prise, statut, catégorie et sexe.
Organisation du travail et temps de travail (taux d'absentéisme)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPH 136 : absences pour motif médical : maladie, longue maladie, longue durée, accident de travail, accident de trajet, maladie professionnelle, maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions ; absences pour motif non médical : maternité, paternité, adoption.
Organisation du travail et temps de travail (congés annuels, RTT ...)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPH 138 : nombre d'autres jours de congés accordés au cours de l'année à l'ensemble du personnel au sein d'un même établissement (par exemple : jours fériés locaux).
Organisation du travail et temps de travail (absences hors raisons de santé)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPH 145 : nombre d'agents ayant au moins une absence dans l'année par motif, catégorie, âge et sexe ; ◆ BDS FPH 146 : nombre de jours d'absence dans l'année par motif, catégorie, âge et sexe ◆ BDS FPH 147 : nombre de congés d'une durée égale ou supérieure à six mois débutés au cours de l'année par motif ; ◆ BDS FPH 148 : nombre de congés d'une durée égale ou supérieure à six mois terminés au cours de l'année par motif ; ◆ BDS FPH 149 : nombre et types d'actions menées pour accompagner l'agent parti en congés parental au cours de l'année.
Organisation du travail et temps de travail (absences pour raisons de santé)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPH 150 : nombre d'agents ayant au moins une absence dans l'année par motif, catégorie, âge, métier et sexe ; ◆ BDS FPH 151 : nombre de jours d'absence dans l'année par motif, catégorie, âge, métier et sexe
Organisation du travail et temps de travail (jours de carence)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPH 152 : nombre de jours de carences imputés aux agents par catégorie, âge et sexe ; ◆ BDS FPH 153 : montant des sommes brutes retenus
Dialogue social	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BDS FPH 160 : nombre de journées d'autorisation d'absence accordées pour siéger dans une instance de concertation. ◆ BDS FPH 161 : nombre de journées d'autorisation d'absence accordées pour participer à une réunion de travail convoquée par l'administration ou à une négociation.

Source : Arrêté du 28 avril 2022 fixant pour la fonction publique hospitalière la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales.

Annexe II

Tableau 7 : Liste des principaux indicateurs contenus dans la base de données sociales pour la FPT en lien avec l'absentéisme

Catégories de données	Indicateurs (libellés)
Formation	<ul style="list-style-type: none"> ◆ pour les fonctionnaires et d'autre part pour les agents contractuels sur emploi permanent, nombre total : <ul style="list-style-type: none"> ● de journées de formation suivies par les agents par type de formation catégorie et par organisme ; ● d'agents ayant participé à au moins une action de formation par type de formation, par sexe et par catégorie. ◆ pour les agents contractuels sur emploi non permanent, nombre total : <ul style="list-style-type: none"> ● de journées de formation suivies par les agents, par type de formation, type d'emploi et par organisme ; ● d'agents ayant participé à au moins une action de formation par type de formation, par type d'emploi et par sexe. ◆ nombre d'agents, en distinguant les fonctionnaires des agents contractuels, par sexe, bénéficiant d'un congé de formation dont nombre d'agents bénéficiant d'un congé de formation ou d'un congé de transition professionnelle.
Organisation du travail et temps de travail (absences au travail)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ répartition, par sexe, et par âge, pour les fonctionnaires et les contractuels sur emploi permanent et non permanent, du nombre total de journées d'absence, du nombre d'agents ayant été absents au moins un jour dans l'année et du nombre d'arrêts par motif ; ◆ répartition par catégorie hiérarchique du nombre d'agents sur emploi permanent, ayant pris un congé de paternité et d'accueil de l'enfant dans l'année et du nombre de jours pris par rapport au nombre de jours théoriques ; ◆ répartition par sexe et par catégorie hiérarchique du nombre d'agents sur emploi permanent, ayant bénéficié d'un congé de présence parentale et nombre total de journées d'absence ; ◆ répartition par sexe et par catégorie hiérarchique du nombre d'agents sur emploi permanent, ayant bénéficié d'un congé de solidarité familiale et nombre total de journées d'absence ; ◆ répartition par sexe et par catégorie hiérarchique du nombre d'agents sur emploi permanent, ayant bénéficié d'un congé de proche aidant et nombre total de journées d'absence ; ◆ nombre de jours de carence par sexe, par tranche d'âge, par catégorie hiérarchique sur emploi permanent et non permanent et montants des sommes brutes retenues.
Dialogue social	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nombre de jours d'autorisations spéciales d'absence ; ◆ Volume du contingent global d'heures d'autorisations d'absence.

Source : Arrêté du 10 décembre 2021 fixant pour la fonction publique territoriale la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales.

1.4.2. Si les employeurs publics bénéficient d'un accompagnement dans la mise en œuvre de ce nouveau cadre, l'uniformité et l'exhaustivité des rapports sociaux uniques et des bases de données ne sont pas garanties à partir de l'exercice 2023

1.4.2.1. La convergence vers le format cible du RSU est engagée dans la FPE mais les possibilités de comparaison et de consolidation des données des ministères et des opérateurs demeurent limitées

Pour la FPE, un groupe de travail associant des ministères volontaires animé par la DGAFP a abouti, fin 2021, à la construction d'un guide¹⁰ à destination des administrations de l'État pour les accompagner dans l'élaboration de leur RSU et le remplissage des bases de données sociales. Ce guide rappelle la finalité de ces dispositifs, leur cadre juridique, des principes et exemples de méthode de calcul et de présentation des données sociales. Il est accompagné d'une annexe constituée de fiches par indicateur qui synthétisent :

- ◆ l'intitulé de l'indicateur ;
- ◆ les textes de référence ;
- ◆ la finalité de l'indicateur ;
- ◆ les critères de ventilation et de croisement ;
- ◆ le périmètre, la définition de l'indicateur ;
- ◆ et l'origine des données.

Pour les indicateurs relatifs aux absences, ces fiches ne permettent toutefois pas de lever certaines des ambiguïtés pointées en 2009 par l'IGF et le CGEfi puisque les motifs d'absence hors raison de santé (dont les autorisations spéciales d'absence) à restituer et la méthode de décompte des journées (jours calendaires ou ouvrés) ne sont pas précisés.

La mission a évalué le niveau de conformité des derniers RSU publiés par les quatre ministères ayant les effectifs les plus importants :

- ◆ le RSU 2020-2021 du ministère de l'éducation nationale qui compte 1 000 000 équivalents temps plein travaillés (ETPT) ;
- ◆ le RSU 2021 du ministère de l'intérieur qui compte 290 000 ETPT ;
- ◆ le RSU 2022 du ministère des armées qui compte 270 000 ETPT ;
- ◆ le RSU 2022 du ministère de l'économie et des finances qui compte 125 000 ETPT.

À travers cette évaluation par l'attribution de scores par indicateur¹¹ (cf. tableau 8), **il apparaît un niveau de conformité hétérogène des RSU sur les indicateurs d'absences**, étant rappelé que la généralisation des RSU et des données sociales n'est attendue qu'à partir de l'exercice 2023.

Si le RSU du ministère de l'éducation nationale est le plus long (410 pages) et présente des analyses des absences par sous-population de personnels enseignants et non enseignants, le ministère de l'intérieur et le ministère de l'économie et des finances sont les administrations dont le RSU s'approche le plus des exigences réglementaires avec des scores moyens de 2,7 et 2,5 sur 4.

¹⁰ Guide relatif à la Base de données sociales pour la fonction publique de l'État de la DGAFP de décembre 2021.

¹¹ Pour chaque indicateur prévu par la réglementation, un score allant de 0 à 4 est attribué par la mission afin d'évaluer la conformité du RSU : 0 indique une absence de l'indicateur ; 1 indique un indicateur présent sur l'item mais différent de l'indicateur prévu réglementairement et sans croisement ou détail ; 2 indique un indicateur partiellement restitué avec un faible niveau de détails ou de croisements ; 3 indique un indicateur équivalent restitué avec des détails et des croisements ; 4 indique une conformité aux données prévues par la réglementation.

Annexe II

Les absences pour formation et raison de santé sont les catégories présentant les niveaux de conformité les plus élevés tandis que les jours de carence et les jours de congés spécifiques sont les domaines les moins abordés par les administrations. Il convient de noter aussi que **les autorisations spéciales d'absences ne font l'objet d'aucune restitution détaillée dans les RSU évalués.**

À ce stade, le format encore hétérogène des RSU ne permet pas de dégager une vision consolidée de l'absentéisme au sein de la FPE.

Annexe II

Tableau 8 : Évaluation du niveau de conformité des RSU d'administrations de l'État

Catégorie des données	Indicateur	RSU 2020-2021 du ministère de l'éducation nationale	RSU 2021 du ministère de l'intérieur	RSU 2022 du ministère des armées	RSU 2022 du ministère de l'économie et des finances
Formation	BDS FPE 030	3	4	4	4
	BDS FPE 031	3	3	2	4
Organisation du travail et temps de travail (congés annuels, RTT...)	BDS FPE 156	0	0	0	3
	BDS FPE 163	3	3	2	3
Organisation du travail et temps de travail (absences hors raisons de santé)	BDS FPE 164	3	3	2	3
	BDS FPE 165	1	0	0	3
	BDS FPE 166	1	0	0	0
	BDS FPE 167	0	0	0	0
Organisation du travail et temps de travail (absences pour raisons de santé)	BDS FPE 168	3	4	4	3
	BDS FPE 169	3	4	4	3
Organisation du travail et temps de travail (jours de carence)	BDS FPE 170	0	4	0	0
	BDS FPE 171	0	4	0	0
Dialogue social	BDS FPE 178	1	4	1	4
	BDS FPE 179	1	4	1	4
	BDS FPE 180	1	4	1	4
Moyenne		1,5	2,7	1,4	2,5

Source : Mission d'après les RSU des administrations et opérateurs de l'État.

Note de lecture : 0 indique une absence de l'indicateur ; 1 indique un indicateur présent sur l'item mais différent de l'indicateur prévu réglementairement et sans croisement ou détail ; 2 indique un indicateur partiellement restitué avec un faible niveau de détails ou de croisements ; 3 indique un indicateur équivalent restitué avec des détails et des croisements ; 4 indique une conformité aux données prévues par la réglementation.

1.4.2.2. La bascule vers le format cible du RSU a été initiée en 2021 pour la FPT et interviendra à partir de l'exercice 2023 pour la FPH

Les rapports sociaux des collectivités pour la FPT et des établissements publics de santé pour la FPH font l'objet de consolidations, respectivement par la DGCL et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). La publication de ces bilans consolidés à l'échelle de chacun des deux versants n'intervient, en revanche, qu'après un délai de plus de deux ans et dans des formats respectifs limitant les comparaisons directes entre versants.

Contrairement aux collectivités et établissements et à leurs RSU, les bilans consolidés ne sont pas régis par les indicateurs réglementaires. Toutefois, la mission s'est appuyée sur ces rapports consolidés pour évaluer la maturité des RSU dans ces deux versants.

Pour la FPT, le nouveau cadre juridique a conduit à revoir l'organisation des modalités de collecte, auprès des collectivités, des données entrant auparavant dans le champ des bilans sociaux depuis 2021. La collecte des informations statistiques se fait désormais *via* un portail numérique¹² développé par les centres de gestion afin de garantir la qualité des informations recueillies et leur conformité par rapport à la liste des indicateurs prévus par la réglementation. Les éditeurs de logiciel de gestion des ressources humaines des collectivités ont été destinataires du cahier des charges technique du portail afin de faciliter la réalisation des développements informatiques utiles pour les collectivités.

Pour le RSU 2021, 28 697 structures avaient transmis leur RSU à travers le portail dont 27 018 collectivités faisant partie du champ de la FPT et ayant au moins un agent en poste au 31 décembre 2021, soit 64 % des collectivités. Pour l'exercice 2022, le taux de réponse s'établit à 68 % des collectivités et établissements publics représentant 88 % des agents et pour l'exercice 2023, la collecte des données est en cours à la date de la mission.

Pour la FPT, la synthèse des rapports sociaux uniques des collectivités au titre de 2021 présente une partie des indicateurs cibles prévus pour les seuls RSU : elle retrace notamment les évolutions du nombre moyen de journées d'absence (maladie ordinaire, longue maladie, accidents du travail, maladie professionnelle, maternité/paternité/adoption) par agent en les croisant avec l'âge, le statut (titulaires et contractuels sur emploi permanent), le sexe et le type de collectivité employeur (cf. tableau 9).

¹² <https://www.donnees-sociales.fr/>

Annexe II

Tableau 9 : Évaluation du niveau de conformité de la synthèse des bilans sociaux des collectivités relevant de la FPT

Catégorie des données	Indicateur	Synthèse du bilan 2021 des bilans sociaux des collectivités
Formation	Nombre de jours de formation et d'agents ayant suivi une formation	4
	Nombre d'agents ayant bénéficié d'un congé de formation	3
Organisation du travail et temps de travail (absences au travail)	Nombre de jours d'absence par motif et d'agents bénéficiaires	3
	Nombre de jours de congé de paternité	2
	Nombre de jours de congé de présence parentale et d'agents bénéficiaires	2
	Nombre de jours de congé de solidarité familiale et d'agents bénéficiaires	0
	Nombre de jours de congé proche aidant et d'agents bénéficiaires	0
	Jours de carence et sommes retenues	0
Dialogue social	Jours d'ASA syndicales	0
	Volume du contingent global d'heures d'ASA	0

Source : Mission d'après la synthèse 2021 des rapports sociaux uniques des collectivités par la DGCL.

Note de lecture : 0 indique une absence de l'indicateur ; 1 indique un indicateur présent sur l'item mais différent de l'indicateur prévu réglementairement et sans croisement ou détail ; 2 indique un indicateur partiellement restitué avec un faible niveau de détails ou de croisements ; 3 indique un indicateur équivalent restitué avec des détails et des croisements ; 4 indique une conformité aux données prévues par la réglementation.

Dans la FPH, afin de réaliser son analyse consolidée des bilans sociaux des établissements publics de santé, l'Atih réalise, depuis 2012, une enquête annuelle « bilan social », administrée à partir d'une plateforme¹³ et permettant d'évaluer :

- ◆ le taux d'absentéisme pour motif médical et non médical défini comme le rapport entre le nombre de jours calendaires d'absence et le nombre d'ETP multiplié par 365 ;
- ◆ la durée moyenne d'absence pour ces mêmes motifs définie comme le nombre total de jours d'absence rapporté au nombre d'agents ayant eu au moins un arrêt ;
- ◆ et le nombre moyen de jours calendaires d'absence (maladie ordinaire, longue maladie, accidents du travail, maladie professionnelle, maternité/paternité/adoption) par agent défini comme le nombre total de jours d'absence rapporté à l'effectif physique de l'établissement.

Pour l'exercice 2021, 438 établissements publics de santé de plus de 300 agents ont répondu à l'enquête soit un taux de réponse de 82 %. À la date de la mission, les données de l'exercice 2022 sont en cours d'exploitation. **La bascule de l'enquête vers le format du RSU n'est pas encore intervenue et est prévue au cours du second semestre 2024 au titre de l'exercice 2023** (cf. tableau 10).

¹³ <https://connect-pasrel.atih.sante.fr/cas/login?service=https%3A%2F%2Fbilansocial.atih.sante.fr>

Annexe II

Tableau 10 : Évaluation du niveau de conformité de l'analyse des bilans sociaux 2021 des établissements publics de santé

Catégorie des données	Indicateur	Synthèse de l'analyse des bilans sociaux 2021 des établissements
Formation	BDS FPH 026	0
	BDS FPH 027	0
Organisation du travail et temps de travail (taux d'absentéisme)	BDS FPH 136	4
Organisation du travail et temps de travail (congés annuels, RTT...)	BDS FPH 138	0
Organisation du travail et temps de travail (absences hors raisons de santé)	BDS FPH 145	1
	BDS FPH 146	2
	BDS FPH 147	0
	BDS FPH 148	0
	BDS FPH 149	0
Organisation du travail et temps de travail (absences pour raisons de santé)	BDS FPH 150	3
	BDS FPH 151	3
Organisation du travail et temps de travail (jours de carence)	BDS FPH 152	0
	BDS FPH 153	0
Dialogue social	BDS FPH 160	0
	BDS FPH 161	0

Source : Mission d'après l'analyse des bilans sociaux 2021 des établissements par l'Atih.

Note de lecture : 0 indique une absence de l'indicateur ; 1 indique un indicateur présent sur l'item mais différent de l'indicateur prévu réglementairement et sans croisement ou détail ; 2 indique un indicateur partiellement restitué avec un faible niveau de détails ou de croisements ; 3 indique un indicateur équivalent restitué avec des détails et des croisements ; 4 indique une conformité aux données prévues par la réglementation.

1.4.3. La déclaration sociale normative pourrait constituer, à terme, un vecteur de suivi en continu des absences dans la fonction publique

Depuis le 1^{er} janvier 2017, la déclaration sociale normative (DSN) a remplacé plusieurs déclarations sociales qui incombaient aux employeurs du secteur privé. Dans la fonction publique, pour chaque catégorie d'employeur des trois versants, le décret n° 2018-1048 du 28 novembre 2018 a précisé les obligations de mise en œuvre de la DSN et une date de bascule au plus tard le 1^{er} janvier 2022 pour tous les employeurs publics. Entre 90 et 95 % des employeurs publics ont respecté l'obligation légale de déposer leur DSN pour le mois de paye de janvier 2022.

La DSN consiste en la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données reflétant la situation d'un salarié au moment où la paie a été réalisée, destinées à communiquer les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des agents aux organismes et administrations concernés, en particulier les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), les organismes complémentaires, France Travail.

Annexe II

L'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale (CSS) indique la vocation des données recueillies : *« les données de cette déclaration servent uniquement au recouvrement des cotisations sociales, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales ainsi qu'à l'accomplissement, par les administrations et organismes destinataires, de leurs missions. [...] Les données issues de cette déclaration sont conservées pendant la durée nécessaire à l'ouverture et au calcul des prestations, dont la liste est fixée par décret, et pour la gestion desquelles ces données sont utilisées ».*

Aux termes de l'article R. 133-14 du CSS, la DSN comprend, pour chaque salarié :

- ◆ ses nom de famille, nom d'usage et prénoms ;
- ◆ son sexe ;
- ◆ ses date et lieu de naissance ;
- ◆ sa qualité de ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou de ressortissant d'un État non membre de l'Union européenne ;
- ◆ son numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ou, pour les personnes en instance d'attribution d'un tel numéro, son numéro d'identification d'attente (NIA) ; le cas échéant, le ou les numéros d'identification provisoire qui lui ont été attribués par l'employeur ;
- ◆ l'adresse de son domicile et, si elle est distincte, son adresse postale ainsi que son adresse électronique ;
- ◆ les données relatives à sa situation professionnelle : caractéristiques de son emploi, dates de début et de fin prévisionnelle du contrat de travail, durée du travail et lieu de travail, convention collective applicable et statut au regard de la réglementation relative aux régimes de sécurité sociale et de retraite complémentaire obligatoire ;
- ◆ les données relatives à sa rémunération pour le mois faisant l'objet de la déclaration ainsi que les données relatives aux cotisations, contributions et impositions qui sont dues sur cette rémunération ou au titre de l'emploi qu'il occupe ;
- ◆ les données liées à la mise en œuvre du prélèvement de l'impôt à la source ;
- ◆ les informations relatives aux événements survenus pendant la période déclarée : dates de début et de fin d'arrêt de travail pour cause d'accident ou de maladie d'origine professionnelle ou non professionnelle, de congé de maternité, d'adoption ou de paternité et d'accueil de l'enfant, ainsi que les informations nécessaires à la subrogation de l'employeur dans les droits du salarié aux indemnités journalières et au remboursement de celui-ci par les organismes d'assurance maladie ;
- ◆ les informations relatives à la rupture du contrat de travail, dont la qualification de la rupture et les éléments pris en compte pour le calcul des allocations chômage ;
- ◆ les données relatives à la prévoyance, dont les éléments relatifs à l'institution de prévoyance, à la mutuelle ou à la société d'assurance dont relève le salarié, et, si le salarié le souhaite, ses ayants droit, ainsi que ceux relatifs au contrat de prévoyance.

Sur ce fondement, la déclaration des arrêts de travail constitue, dans le cas général, un prérequis à la mise en œuvre de la prise en charge de ces arrêts et **la DSN pourrait constituer un vecteur de suivi régulier de la situation des absences dans le secteur privé et dans la fonction publique.**

Toutefois, la DSN ne sert que des éléments qui ont un impact en paye dans le cas de la fonction publique et cette déclaration ne retrace donc que les jours de carence et les passages à mi-traitement pour les agents titulaires puisqu'ils ne sont pas pris en charge par le régime général. En l'état actuel, la DSN ne permettrait donc qu'un suivi des arrêts des agents contractuels qui sont pris en charge par le régime général.

Annexe II

Dans la lignée de la recommandation de la Cour des comptes en 2021, la mission propose de mettre en œuvre la DSN événementielle pour l'ensemble de la fonction publique pour intégrer, dans la DSN, les données concernant les arrêts de tous les agents publics. Cela permettrait de disposer d'un canal d'informations mensuelles sur le niveau des absences pour l'ensemble de la fonction publique. Il s'agirait, en revanche, de prioriser cette évolution dans le programme des évolutions techniques de la DSN et d'accompagner et sensibiliser les employeurs publics à ce changement de pratiques de déclaration.

1.4.4. L'enquête emploi de l'Insee demeure la principale source historique et transverse de données sur l'absentéisme mais présente les limites inhérentes à toute enquête statistique

Compte tenu de la structuration en cours des bases de données sociales et des RSU et des limites actuelles de la DSN, seule l'enquête Emploi de l'Insee constitue, à ce stade, une source de données historiques et transverses à toute la fonction publique.

Cette enquête vise à observer le marché du travail de manière structurelle et conjoncturelle et fournit une mesure des concepts d'activité, de chômage et d'emploi tels qu'ils sont définis par le Bureau international du travail (BIT). Elle correspond à l'enquête sur les forces de travail (EFT) qui est la déclinaison française de l'enquête « *Labour Force Survey* » (LFS) définie au niveau européen.

L'enquête Emploi s'appuie sur une sélection de logements présentant deux caractéristiques principales :

- ◆ cette sélection est aréolaire, c'est-à-dire constituée de groupes de logements proches ;
- ◆ et rotative, les logements entrant dans la sélection un trimestre donné faisant l'objet de l'enquête pendant six trimestres consécutifs. Un sixième des logements est donc renouvelé chaque trimestre.

L'échantillon trimestriel de l'enquête est ainsi constitué des occupants de ces logements. Ce sont 67 654 individus¹⁴ en moyenne qui ont participé, chaque année, à l'enquête sur la période 2013-2022 et 57 474 sur les années 2020-2022 (cf. tableau 11).

Tableau 11 : Répartition des répondants à l'enquête emploi entre les différents versants de la fonction publique et le secteur privé

Année	FPE	FPT	FPH	Secteur privé	Total
2013	7 005	6 839	3 440	55 711	72 995
2014	7 925	6 853	3 533	54 567	72 878
2015	7 965	6 709	3 407	53 947	72 028
2016	7 903	6 582	3 447	54 870	72 802
2017	7 606	6 441	3 397	54 596	72 040
2018	7 601	6 466	3 403	53 740	71 210
2019	7 711	6 550	3 415	52 489	70 165
2020	5 962	5 027	2 617	40 146	53 752
2021	6 583	5 385	2 997	44 309	59 274
2022	6 569	5 377	3 044	44 405	59 395

Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

¹⁴ Actifs occupés, des salariés du secteur privé et des agents de la fonction publique en excluant les emplois en contrat aidé, en intérim, en apprentissage ainsi que les stages.

Compte tenu du nombre de répondants par versant sur l'ensemble de la période, la taille de cet échantillon assure l'obtention de résultats significatifs à l'échelle des versants de la fonction publique (cf. encadré 7). En revanche, sa taille limite la robustesse statistique des résultats qui seraient obtenus à des mailles de population plus fines, en ciblant, par exemple, certaines catégories de métiers, certains employeurs ou des caractéristiques d'agents spécifiques.

Encadré 7 : Méthode de calcul de la taille minimal d'un échantillon pour garantir la fiabilité des résultats d'une enquête à un niveau de risque fixé

Pour l'étude de populations importantes, comme c'est le cas pour la population d'un versant qui est de l'ordre d'un à deux millions d'agents, la taille de l'échantillon à même de garantir la significativité des résultats se calcule selon la formule de Cochran :

$$n = t^2 \times p \times (1 - p) \div m^2$$

Où :

- ◆ n est la taille d'échantillon minimale ;
- ◆ t est le niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96 et celle de 99 % 2,576) ;
- ◆ p est la proportion estimée de la population qui présente la caractéristique ;
- ◆ m est la marge d'erreur (généralement fixée à 5 % ou 1 %).

Ainsi, pour un évènement ayant une probabilité de réalisation de 25 % ($p = 0,25$), la taille minimale de l'échantillon à retenir serait de :

- ◆ 289 individus pour un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 % ;
- ◆ 3 111 individus pour un niveau de confiance de 99 % et une marge d'erreur de 2 %.

Cette enquête a connu plusieurs réformes majeures depuis sa création en 1950. Pour la période récente, deux ruptures sont à noter en 2013 et 2021. La première consiste en une refonte majeure du questionnaire afin d'en faciliter la passation, notamment au téléphone, améliorer la codification des variables de profession et de diplôme et se conformer aux orientations d'Eurostat sur certains indicateurs. La réforme plus récente, intervenue en 2021, propose une rénovation, notamment pour mettre en conformité le questionnaire avec le nouveau règlement européen qui l'encadre et moderniser son protocole en proposant Internet comme mode de réponse supplémentaire en ré-interrogation.

Ces deux réformes posent la question de la mise en cohérence des indicateurs proposés dans l'enquête sur le temps long et peuvent ainsi être la source de ruptures de série. Ainsi les gardes d'enfant malade ne sont plus prises en compte comme absences pour maladie ou accident du travail à partir de 2021.

C'est cette enquête qui alimente les principales statistiques d'absentéisme présentées dans le rapport annuel sur l'état de la fonction publique publié par la DGAFP. En matière d'absentéisme, ce rapport suit deux indicateurs principaux en les croisant avec le sexe et l'âge des personnes interrogées :

- ◆ la part des salariés absents au moins un jour au cours d'une semaine donnée pour raison de santé selon l'employeur (FPE, FPT, FPH et secteur privé) ;
- ◆ le nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé par personne selon l'employeur (FPE, FPT, FPH et secteur privé).

Si ce rapport croise les données d'absence avec l'âge et le sexe, il ne contrôle pas statistiquement ces facteurs dans les analyses menées. De la même manière, d'autres facteurs ne font l'objet ni d'un croisement ni d'un contrôle (statut d'emploi, catégorie, type de métier, prévalence des horaires atypiques entre autres).

Annexe II

Sous réserve d'une étude préalable confirmant la faisabilité et l'opportunité statistiques, la mission recommande d'assurer une exploitation plus régulière, en coopération avec l'Insee, des données de l'enquête Emploi pour disposer d'un état des lieux, le cas échéant trimestriel, de l'absentéisme dans la fonction publique.

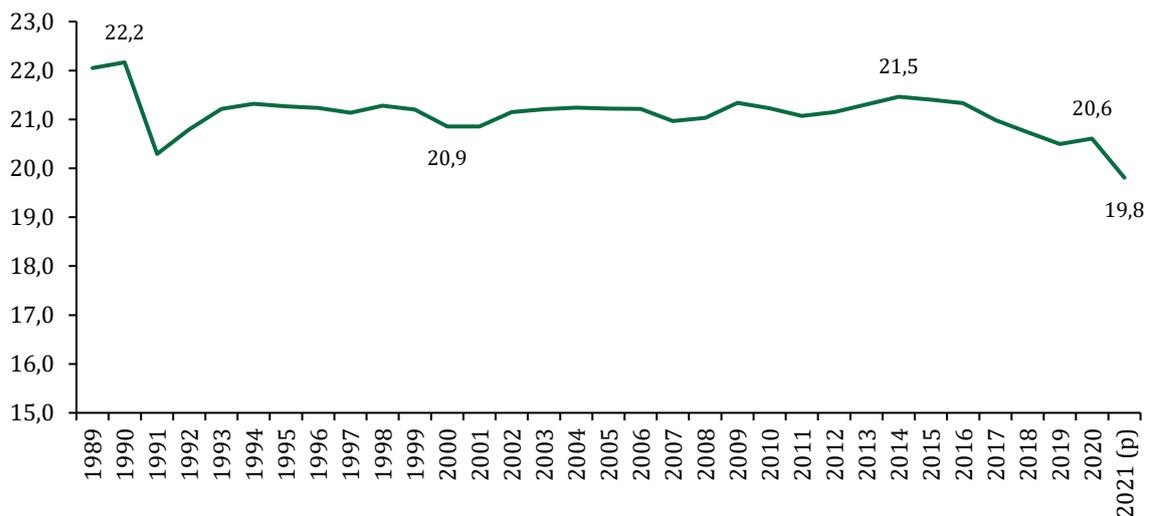
2. Sur la période 2019-2022 marquée par la crise sanitaire, la fonction publique a été plus touchée par la hausse des absences pour raison de santé que le secteur privé

Cette partie de l'annexe synthétise les principaux éléments de situation issus du système d'information sur les agents des services publics (Siasp), de l'enquête emploi de l'Insee, de l'édition 2023 du rapport annuel sur l'état de la fonction publique produit par la DGAFP et de la publication « Quel est le profil sociodémographique des agents de la fonction publique ? » de mai 2024 de la DGAFP.

2.1. La fonction publique emploie 5,7 millions d'agents en 2022, en hausse de 6,2 % depuis 2011

La fonction publique représentait 19,8 % de l'ensemble des emplois en 2021, qu'ils soient salariés ou non-salariés. Cette part, qui avait oscillé entre 20,9 % et 21,5 % entre 1993 et 2014, a amorcé une baisse quasi-continue depuis 2014 (cf. graphique 2).

Graphique 2 : Part de l'emploi public dans l'emploi total 1989-2021 (en %)



Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après les estimations d'emploi de l'Insee.

Au 31 décembre 2022, la fonction publique compte 5,7 millions d'agents hors contrats aidés en France hors Mayotte.

La FPE, englobant les ministères, les établissements publics administratifs nationaux et les établissements publics locaux d'enseignement, compte 2,5 millions d'agents, représentant 45 % de l'ensemble. La FPT, constituée des collectivités territoriales et des établissements publics administratifs locaux, emploie, quant à elle, 1,9 million d'agents, soit 34 %. Enfin, la FPH, regroupant les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, compte 1,2 million d'agents, représentant 21 % du total (cf. tableau 12).

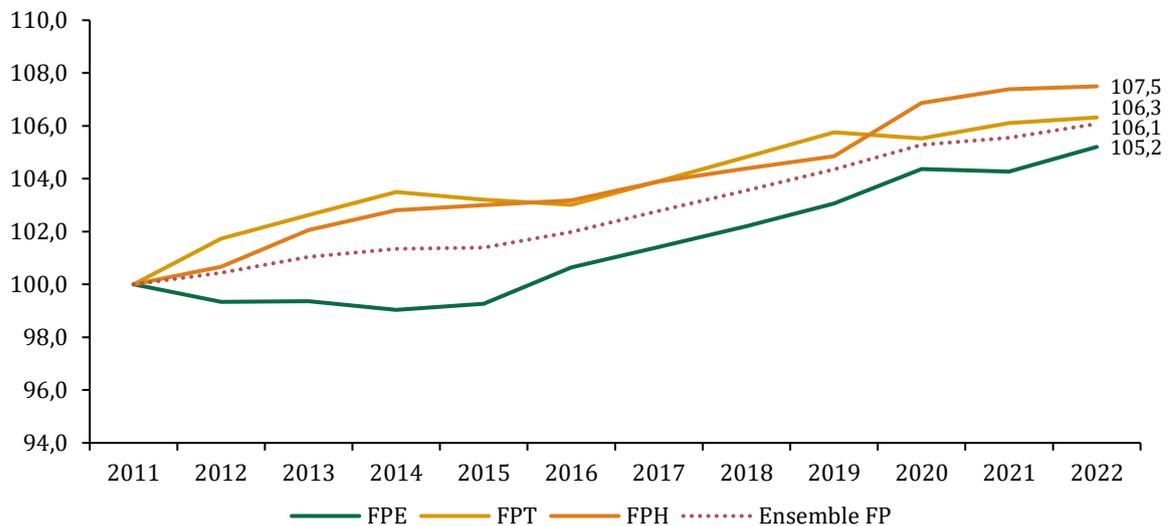
Tableau 12 : Effectifs physiques dans la fonction publique en 2022 et évolution depuis 2020

Versant de la fonction publique	Effectifs physiques (en milliers)	Évolution des effectifs physiques 2020-2021 (en %)	Évolution des effectifs physiques 2021-2022 (en %)
FPE	2 542,9	- 0,1	0,9
FPT	1 937,2	0,6	0,2
FPH	1 213,8	0,5	0,1
Ensemble de la fonction publique	5 693,9	0,3	0,5

Source : Insee d'après le Siasp.

Le nombre d'agents de la fonction publique a ainsi progressé de 0,5 % en 2022, soit une augmentation de 17 300 agents par rapport à l'année précédente. Après une augmentation plus faible de 0,3 % en 2021, cette évolution revient dans la moyenne enregistrée entre 2011 et 2021, laquelle était de 0,5 % par an soit 6,2 % sur la décennie 2011-2022 (cf. graphique 3).

Graphique 3 : Évolution des effectifs des trois versants de la fonction publique depuis 2011



Source : Mission d'après le rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP et les données de l'Insee issues du Siasp.

2.2. La croissance du nombre d'agents publics est liée à la hausse du nombre d'agents contractuels, de 3,0 % par an en moyenne, et de la part des agents de catégorie A, en hausse de 4 points depuis 2011

2.2.1. Alors que le nombre de fonctionnaires est stable depuis 2011, le nombre d'agents contractuels a augmenté de 3,0 % par an en moyenne sur la période 2011-2021

En 2021, la fonction publique compte 3 773 100 fonctionnaires, 1 230 500 contractuels, 311 300 militaires et 359 600 agents relevant d'autres catégories et statuts¹⁵.

Depuis 2016, la part des contractuels au sein de la fonction publique française a connu une progression constante, atteignant 22 % fin 2021, soit une hausse d'un point par rapport à fin 2020.

¹⁵ Enseignants et documentalistes des établissements privés sous contrat et des ouvriers d'État dans la FPE, assistants maternels et familiaux dans la FPT, médecins dans la FPH et apprentis dans les trois versants.

Annexe II

Comparativement à fin 2020, le nombre de contractuels a augmenté de 33 800, représentant une augmentation de 2,8 %, du même ordre que l'augmentation moyenne annuelle constatée depuis 2011 (+3,0 %). En revanche, les effectifs de fonctionnaires sont stables depuis 2011 et en baisse de 0,6 % entre 2020 et 2021. La part des fonctionnaires a ainsi diminué pour s'établir à 66 %, en baisse d'un point par rapport à fin 2020.

Depuis 2011, la croissance du nombre de contractuels est plus marquée dans la FPE (+3,6 % par an en moyenne), la FPH (+3,5 %) que dans la FPT (2,0 %). En miroir, la FPT est le seul versant voyant son nombre d'agents fonctionnaires progresser (+0,3 % par an en moyenne) alors qu'il recule de 0,2 % par an dans les deux autres versants (cf. tableau 13).

Tableau 13 : Effectifs de la fonction publique par statut

Versant	Statut	Effectifs 2021 (en milliers)	Part (en %)	Évolution par rapport à 2020 (en %)	Évolution annuelle moyenne entre 2011 et 2021 (en %)
FPE	Fonctionnaires	1 519,6	60	-0,8	-0,2
	Contractuels	519,3	21	2,8	3,6
	Militaires	311,3	12	-0,1	-0,2
	Autres catégories et statuts	168,8	7	-2,0	-0,7
	Total	2 519,0	100	-0,1	0,4
FPT	Fonctionnaires	1 446,8	74	-0,6	0,3
	Contractuels	436,8	22	4,0	2,0
	Autres catégories et statuts	59,0	3	4,6	-0,4
	Total	1 942,5	100	0,6	0,6
FPH	Fonctionnaires	806,7	67	0,0	-0,2
	Contractuels	274,5	23	1,0	3,5
	Autres catégories et statuts	131,8	11	2,6	1,7
	Total	1 212,9	100	0,5	0,7
Fonction publique	Fonctionnaires	3 773,1	66	-0,6	0,0
	Contractuels	1 230,5	22	2,8	3,0
	Militaires	311,3	5	-0,1	-0,2
	Autres catégories et statuts	359,6	6	0,7	0,2
	Total	5 674,4	100	0,3	0,5

Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après les données de l'Insee issues du Siasp.

2.2.2. Au cours de la dernière décennie, la fonction publique a vu la part d'agents de catégorie A augmenter de 4 points et la part des agents de catégorie C diminuer dans la même proportion sous l'effet de reclassements de corps entre catégories

En 2021, la composition de la fonction publique se répartit ainsi : 38 % d'agents de catégorie A, 20 % d'agents de catégorie B et 42 % d'agents de catégorie C (cf. tableau 14).

Tableau 14 : Répartition par catégorie hiérarchique en %

Catégorie	Année	FPE	FPT	FPH	Fonction publique
Catégorie A	2011	54	9	29	34
	2020	55	13	40	37
	2021	56	13	40	38
Catégorie B	2011	26	14	21	21
	2020	24	12	12	17
	2021	24	12	26	20
Catégorie C	2011	20	77	50	46
	2020	21	75	48	45
	2021	21	75	34	42

Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après les données de l'Insee issues du Siasp.

La part des agents de catégorie A est plus élevée au sein de la FPE que dans les deux autres versants : à la fin de l'année 2021, elle s'établit à 56 %, tandis qu'elle est respectivement de 13 % dans la FPT et de 40 % dans la FPH, incluant les médecins et les internes. Cette prédominance de la catégorie A dans la FPE s'explique en grande partie par le poids des enseignants. En excluant ces derniers, environ un agent civil sur trois et un militaire sur huit relèvent de cette catégorie dans la FPE.

La répartition des agents par catégorie hiérarchique au sein de la FPE est restée relativement stable au cours des dix dernières années. Cependant, il est à noter que la part des agents de catégorie A continue de croître, augmentant de 2 points depuis 2011, tandis que celle des agents de catégorie B a diminué de 2 points depuis 2011.

Dans la FPT, la proportion d'agents de catégorie A est demeurée stable en 2021, à 13 %, bien qu'elle ait connu une hausse de 3 points entre fin 2018 et fin 2019, et une augmentation de 4 points depuis 2011. En parallèle, la part des agents de catégorie C, qui représentent les trois quarts des effectifs, est également restée stable, après avoir connu une baisse de 2 points depuis 2011.

Dans la FPH, des évolutions au sein des catégories sont à souligner au cours de la dernière décennie. Depuis 2011, la proportion d'agents relevant de la catégorie A a augmenté de 11 points. Cette transformation découle des reclassements progressifs de certains corps de catégorie B en catégorie A, notamment ceux des infirmières à partir de 2010, des rééducateurs et manipulateurs d'électroradiologie en 2018, ainsi que des assistants socio-éducatifs en 2019. De manière similaire, la part des agents de catégorie B a connu une forte progression entre 2020 et 2021 (+14 points), principalement en raison du reclassement d'une partie des aides-soignants en catégorie B (à la suite à des accords du Ségur de la santé de 2020). En parallèle, la proportion d'agents de catégorie C a fortement diminué en 2021, s'établissant à 34 %, soit une baisse de 14 points.

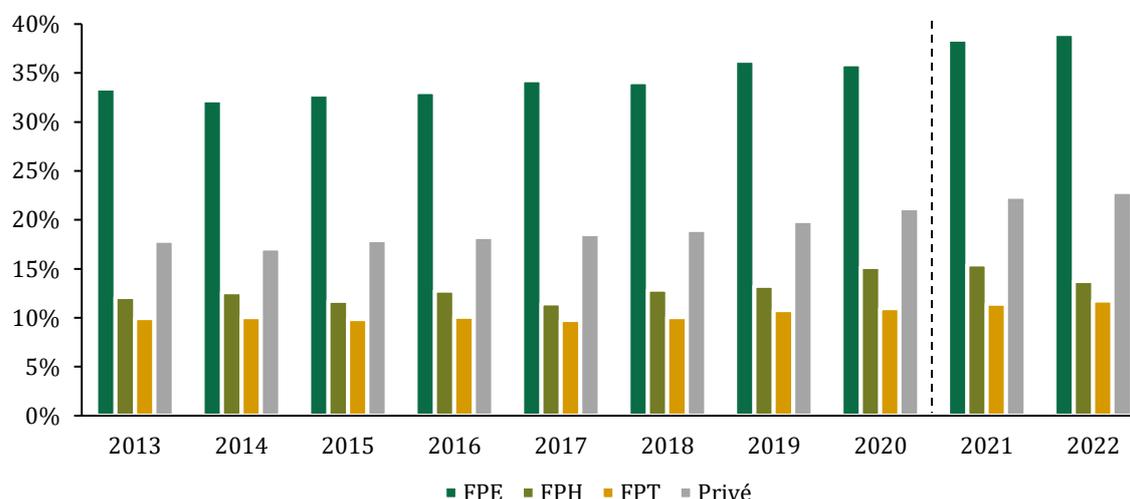
Enfin, à l'échelle de l'ensemble de la fonction publique, fin 2021, près de 107 500 agents relèvent de la catégorie A+, ce qui représente 1,9 % des effectifs (contre 2,2 % en 2011). 86 % d'entre eux travaillent dans la fonction publique d'État. Dans ce secteur, leur part dans les effectifs atteint 3,7 %. En revanche, seulement 10 % des agents de catégorie A+ travaillent dans la fonction publique territoriale, où ils constituent moins de 1 % des effectifs, et 4 % dans la fonction publique hospitalière, où ils représentent également moins de 1 % des effectifs.

2.2.3. Avec 39 % de professions supérieures dans ses effectifs, la FPE se distingue par une part de ces professions plus importante que le secteur privé (23 %) et que les autres versants de la fonction publique (14 % dans la FPH et 12 % dans la FPT)

La part des cadres et professions intellectuelles supérieures est plus importante au sein de la FPE (39 % en 2022) que dans les autres versants de la fonction publique (respectivement 14 % et 12 % au sein de la FPH et de la FPT) et que dans le secteur privé (23 %). La place de cette catégorie socio-professionnelle progresse pour l'ensemble des secteurs (cf. graphique 4) :

- ◆ de 6 points, passant de 33 % à 39 % pour la FPE entre 2013 et 2022 ;
- ◆ de 2 points, passant de 12 % à 14 % pour la FPH entre 2013 et 2022 ;
- ◆ de 2 points, passant de 10 % à 12 % pour la FPT entre 2013 et 2022 ;
- ◆ de 5 points, passant de 18 % à 23 % dans le secteur privé entre 2013 et 2022.

Graphique 4 : Part des cadres et des professions intellectuelles supérieures au sein des différents versants de la fonction publique et du secteur privé (2013 - 2022)

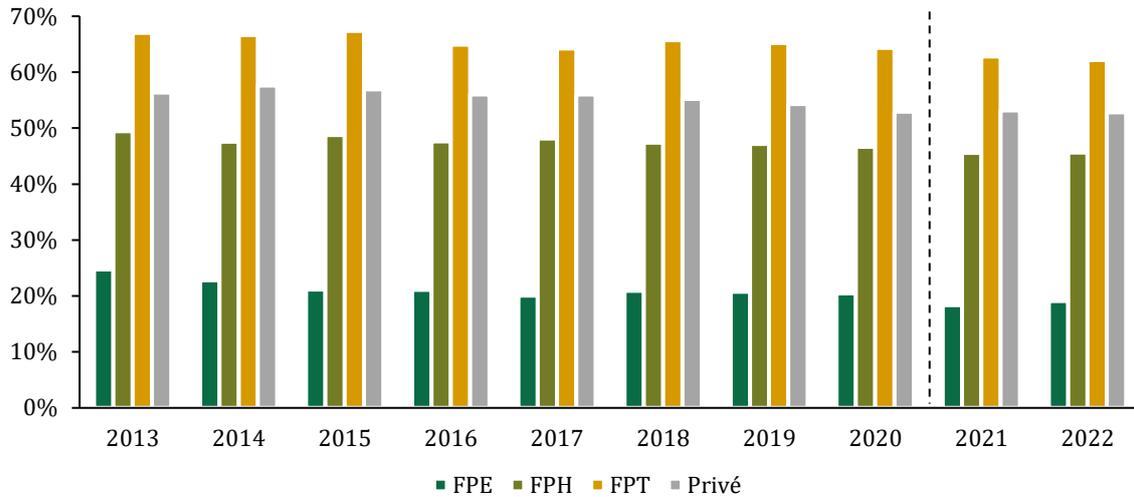


Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

NB : rupture de séries en 2021 en lien avec des changements méthodologiques dans l'enquête emploi.

Ces phénomènes se traduisent par des évolutions de parts d'employés et d'ouvriers inverses, à l'exception de la FPH, comptant un nombre particulièrement important de professions dites intermédiaires tels que les sage-femmes, infirmières et infirmiers (cf. graphique 5).

Graphique 5 : Part des employés et des ouvriers au sein des différents versants de la fonction publique et du secteur privé (2013 – 2022)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

NB : rupture de séries en 2021 en lien avec des changements méthodologiques dans l'enquête emploi.

2.3. La fonction publique se distingue du secteur privé par une plus grande féminisation (64 %), un âge moyen de trois ans plus élevé, des agents plus diplômés, plus souvent atteints de maladie chronique et plus souvent membres d'une famille monoparentale

Dans la fonction publique, les femmes représentent 64 % de l'effectif total, une proportion supérieure au secteur privé (46 %). L'âge moyen des agents atteint 44 ans, 41 ans dans le secteur privé (cf. tableau 15).

Tableau 15 : caractéristiques démographiques de la fonction publique en 2021-2022

Versant / Secteur	Part des femmes en 2022 (en %)	Âge moyen en 2021(en années)	Âge moyen des femmes en 2021 (en années)
FPE	58	43	42
FPT	63	46	45
FPH	78	42	43
Fonction publique	64	44	43
Secteur privé	46	41	41

Source : Édition 2023 du rapport annuel sur l'état de la fonction publique de la DGAFP d'après les données de l'Insee issues du Siasp.

2.3.1. Avec 64 % de femmes et un âge moyen de 44 ans, la fonction publique est plus féminisée et plus âgée que le secteur privé

En France, à la fin de l'année 2022, les femmes représentent 63 % des agents travaillant dans la fonction publique ; elles sont 46 % dans le secteur privé.

Sur la période de 2011 à 2021, la part des femmes au sein de la fonction publique a progressé de 2 points. Cette évolution est notamment portée par les contractuels : la proportion de femmes parmi eux a augmenté de 3 points au cours de la dernière décennie, passant de 67 % à 70 %. Parallèlement, la part des contractuels dans l'effectif total a également augmenté : en 2021, ils représentent 22 % des effectifs de la fonction publique, contre 17 % en 2011.

Annexe II

Dans la FPH, les femmes constituent la majorité des effectifs, représentant 78 % du total. Quant à la FPT, la proportion de femmes atteint 61 %. Elles représentent près de neuf agents publics sur dix dans les établissements communaux, mais moins de trois agents sur dix dans les établissements départementaux, principalement en raison de la faible présence des femmes dans les services départementaux d'incendie et de secours.

En revanche, dans la FPE, bien que la proportion de femmes ait augmenté de près de 4 points entre 2011 et 2021, elle demeure la plus faible parmi les trois versants, s'élevant à 57 %. Cette moindre représentation s'explique en partie par la présence importante de militaires, parmi lesquels les femmes ne constituent que 18 % des effectifs. En excluant les militaires, la part des femmes dans la FPE atteint 63 %, alignée sur la moyenne globale de la fonction publique.

En 2021, les femmes représentent 67 % des effectifs de catégorie A, mais leur présence diminue à 43 % dans la catégorie A+. Parallèlement, elles constituent 58 % des effectifs des catégories B et 63 % des catégories C (cf. tableau 16).

Tableau 16 : Part des femmes par versant et par catégorie au 31 décembre (en %)

Versant	Catégorie	2011	2020	2021
FPE	Catégorie A	60	63	63
	<i>dont A+</i>	37	41	42
	Catégorie B	42	42	43
	Catégorie C	51	58	59
	Total	54	57	57
FPT	Catégorie A	60	69	69
	<i>dont A+</i>	52	52	53
	Catégorie B	64	57	57
	Catégorie C	60	61	61
	Total	61	61	61
FPH	Catégorie A	72	76	76
	<i>dont A+</i>	43	55	54
	Catégorie B	84	81	86
	Catégorie C	78	79	74
	Total	77	78	78
Fonction publique	Catégorie A	62	67	67
	<i>dont A+</i>	38	43	43
	Catégorie B	56	52	58
	Catégorie C	62	64	63
	Total	61	63	63

Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après les données de l'Insee issues du Siasp.

2.3.2. L'âge moyen des agents de la fonction publique a augmenté de 2 ans entre 2011 et 2021 pour atteindre 44 ans, 3 ans de plus que dans le secteur privé

En 2021, l'âge moyen des agents de la fonction publique s'établit à 44 ans tandis qu'il était de 42 ans en 2011. En comparaison, les salariés du secteur privé ont 41 ans en moyenne.

La FPT se distingue comme le versant le plus âgé de l'ensemble du secteur public, affichant une moyenne d'âge de 46 ans. Dans la FPE, l'âge moyen est de 43 ans. En excluant les militaires, l'âge moyen dans la FPE est de 44 ans. Dans la FPH, l'âge moyen est de 42 ans.

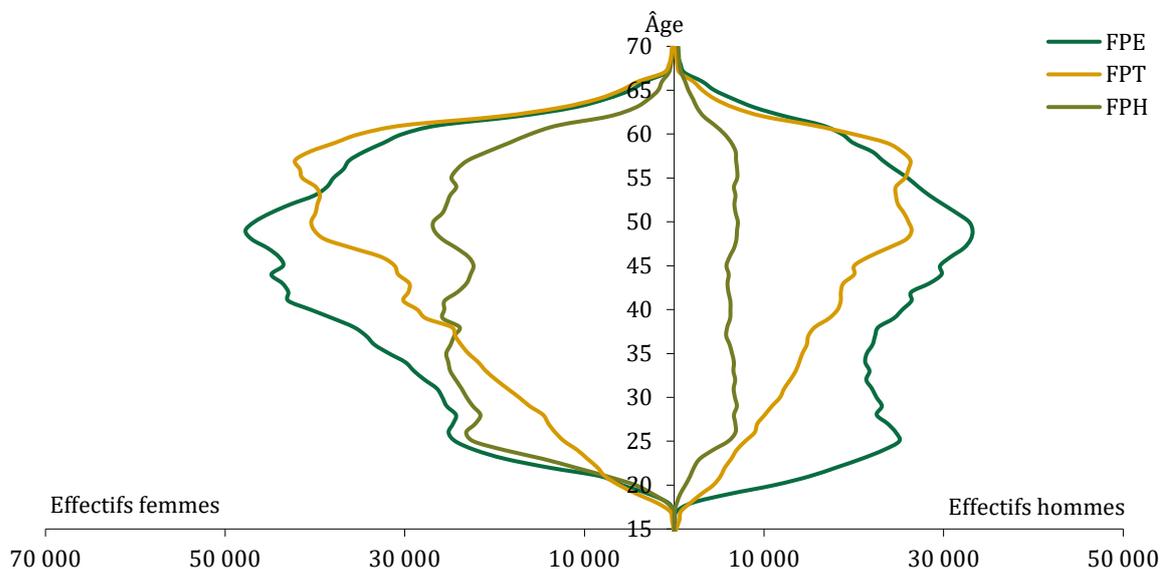
Annexe II

Dans les trois versants de la fonction publique, les agents de catégorie A+ se distinguent comme les plus âgés en lien avec l'ancienneté nécessaire pour accéder aux postes de cette catégorie. En moyenne, les agents de catégorie A+ ont 50 ans, tandis que ceux des catégories A et B ont 43 ans, et ceux de la catégorie C ont 44 ans. Quant à eux, les contractuels présentent un âge moyen plus jeune que les fonctionnaires, soit 39 ans contre 46 ans.

Enfin, 2,1 millions d'agents ont 50 ans ou plus, représentant ainsi 36 % de l'ensemble des agents en 2021. Cette proportion atteint même 42 % chez les fonctionnaires, tandis qu'elle se limite à 23 % chez les contractuels.

La proportion d'agents âgés d'au moins 50 ans est plus élevée dans la FPT (43 %) que dans les autres versants : 33 % dans la FPE et 31 % dans la FPH. Parmi les fonctionnaires, c'est dans la catégorie C que la part des 50 ans ou plus est la plus élevée, atteignant 48 %, contre 44 % en catégorie B et 36 % en catégorie A (cf. graphique 6).

Graphique 6 : Pyramide des âges de la fonction publique par versant en 2021



Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après les données de l'Insee issues du Siasp.

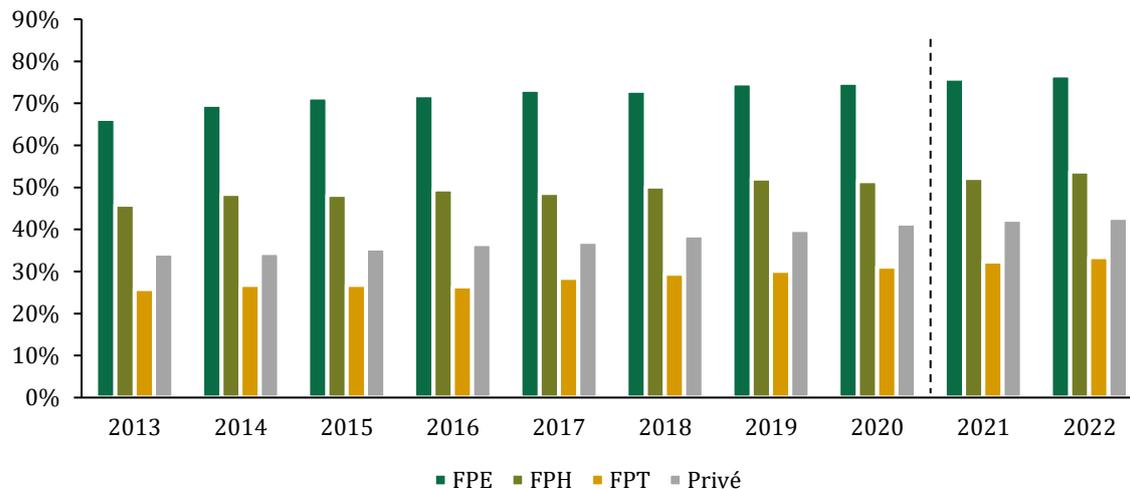
2.3.3. Les agents de la fonction publique sont plus diplômés que leurs homologues du secteur privé

La part des individus détenteurs d'un diplôme de niveau supérieur ou égal à Bac+3, plus élevée dans la FPE que dans les autres versants et secteurs, a progressé dans l'ensemble des versants de la fonction publique et dans le secteur privé depuis 2013 :

- ◆ de 11 points, passant de 66 % à 77 % pour la FPE entre 2013 et 2022 ;
- ◆ de 8 points, passant de 46 % à 54 % pour la FPH entre 2013 et 2022 ;
- ◆ de 7 points, passant de 26 % à 33 % pour la FPT entre 2013 et 2022 ;
- ◆ de 9 points, passant de 34 % à 43 % dans le secteur privé entre 2013 et 2022 (cf. graphique 7).

Annexe II

Graphique 7 : Part des individus détenteurs d'un diplôme de niveau supérieur ou égal à Bac+3 au sein des différents versants de la fonction publique et du secteur privé (2013 - 2022)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

NB : rupture de séries en 2021 en lien avec des changements méthodologiques dans l'enquête emploi.

Dans une publication de mai 2024, la DGAFP indique que « les écarts de niveaux de diplômes entre versants et avec le secteur privé sont essentiellement le reflet des différences de structure de qualification des emplois ». **À catégories socioprofessionnelles identiques, cette publication fait état de niveaux de diplômes plus élevés pour les agents publics que leurs homologues du privé**, en particulier pour les professions intermédiaires, les cadres et les professions intellectuelles supérieures :

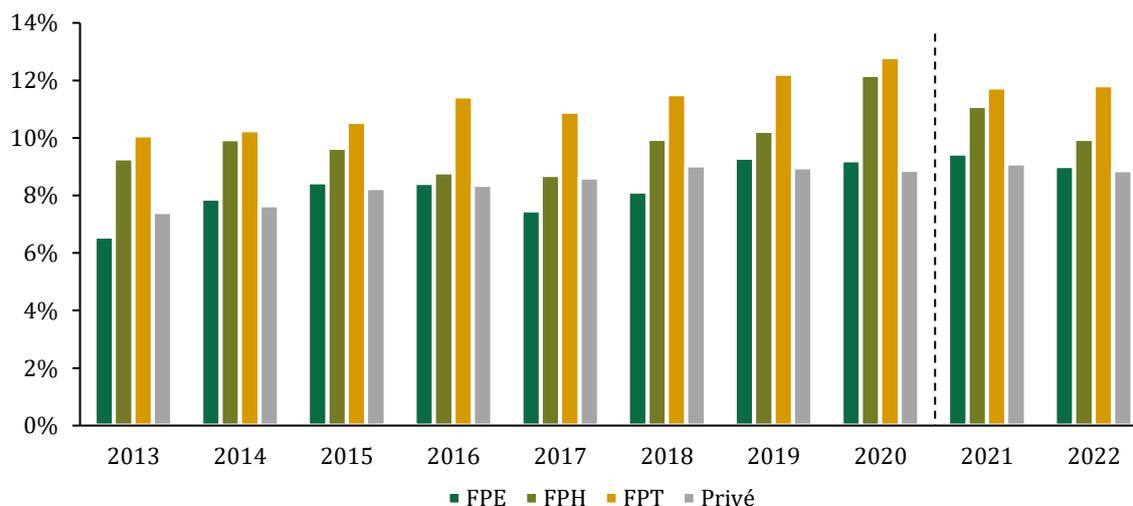
- ◆ 51 % des agents publics exerçant une profession intermédiaire ont un diplôme d'un niveau Bac+3 ou plus vs. 27 % des salariés de la même catégorie socioprofessionnelle du secteur privé ;
- ◆ 88 % des agents publics étant cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont un diplôme d'un niveau Bac+3 ou plus vs. 71 % des salariés de la même catégorie socioprofessionnelle du secteur privé¹⁶.

2.3.4. Les agents publics territoriaux et hospitaliers sont plus souvent membres d'une famille monoparentale que les salariés du privé

Les agents de la FPT et la FPH se distinguent quant à la composition familiale de leur foyer sur l'ensemble de la période 2013-2022. Respectivement 12 % et 10 % des agents de ces versants font partie d'une famille monoparentale en 2022. Ces proportions sont moindres dans la FPE avec 10 % d'agents appartenant à un foyer monoparental et 9 % dans le secteur privé (cf. graphique 8).

¹⁶ D. Chédorge-Farnier (DGAFP), *Quel est le profil sociodémographique des agents de la fonction publique ?*, mai 2024.

Graphique 8 : Part des individus constituant une famille monoparentale au sein des différents versants de la fonction publique et du secteur privé (2013 – 2022)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

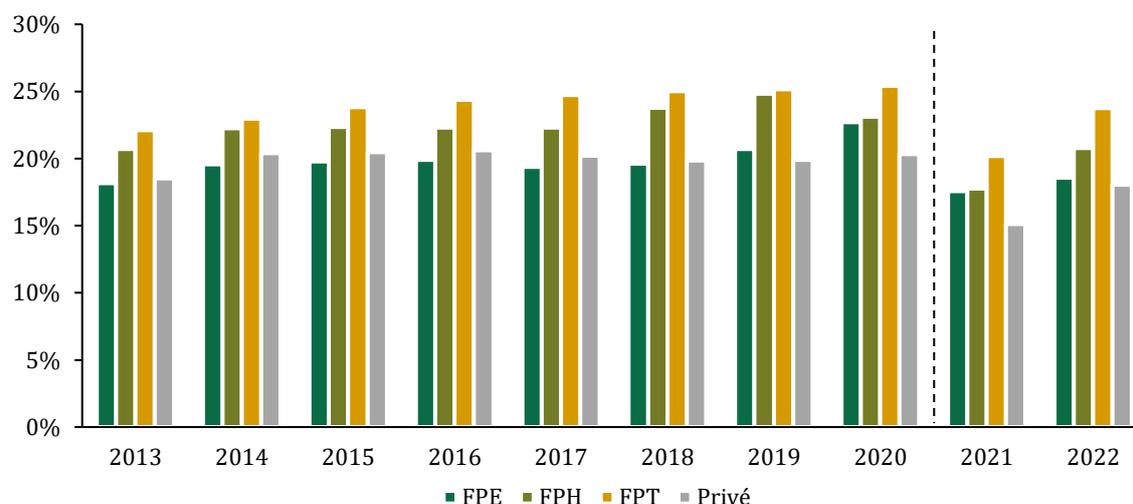
NB : rupture de séries en 2021 en lien avec des changements méthodologiques dans l'enquête emploi.

2.3.5. Les agents publics territoriaux et hospitaliers déclarent être atteints par une maladie chronique dans des proportions plus importantes que les salariés du privé

Les agents publics des versants territoriaux et hospitaliers déclarent être atteints d'une maladie chronique dans des proportions plus importantes, respectivement 24 % et 21 %, que les agents de la FPE (19 %) et que les salariés du privé (18 %) en 2022 (cf. graphique 9).

Cette caractéristique semble néanmoins connaître une forte baisse en 2021 qui pourrait être en lien avec une rupture de série liée à la refonte de l'enquête cette année-là. Cette diminution doit donc être interprétée avec précaution.

Graphique 9 : Part des individus atteints par une maladie chronique au sein des différents versants de la fonction publique et du secteur privé (2013 – 2022)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

NB : rupture de séries en 2021 en lien avec des changements méthodologiques dans l'enquête emploi.

2.4. Les absences pour raison de santé, principale cause d'absentéisme, ont cru de 63 % entre 2019 et 2022 dans la fonction publique, un rythme plus soutenu que dans le secteur privé

2.4.1. Les jours de congés pour raison de santé représentent ¾ des jours de congés hors congés ordinaires dans la fonction publique et le secteur privé mais ils sont plus importants dans la fonction publique

Comme indiqué dans l'annexe I, la durée annuelle effective de travail¹⁷ des salariés à temps complet du secteur privé est supérieure à celle des agents de la fonction publique (1 699 heures, contre 1 606). La différence dans le nombre de jours de congés annuels et de réduction du temps de travail (RTT) entre les agents de la fonction publique (33,3 jours) et les salariés du privé (25,6 jours) contribuent à expliquer la durée de travail moindre dans la fonction publique (cf. tableau 17).

Tableau 17 : Composantes de la durée du travail effectif par agent selon le type d'employeur en 2022

Type d'employeur	Durée annuelle effective (en heures)	Durée hebdomadaire habituelle (en heures)	Heures supplémentaires dans l'année (en heures)	Congés payés, RTT et CET (en jours)
FPE (hors enseignants)	1 677	40,4	76,4	38,5
FPT	1 564	38,2	38,4	32,5
FPH	1 587	38,7	54,4	28,5
Fonction publique (hors enseignants)	1 606	39,0	54,7	33,3
Secteur privé	1 699	39,0	43,5	25,6

Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après l'enquête emploi de l'Insee

Le nombre de jours d'absences par agent hors congés ordinaires (congés annuels, RTT, jours fériés) est aussi plus élevé dans la fonction publique (19,2 jours) que dans le secteur privé (16,1).

Les congés pour raison de santé (maladie, accident et maladie professionnelle) représentent dans les deux secteurs environ ¾ des absences hors congés ordinaires. Ils sont toutefois plus élevés et plus représentés dans la fonction publique :

- ◆ 77 % des absences dans le secteur public,
- ◆ 74 % dans le secteur privé.

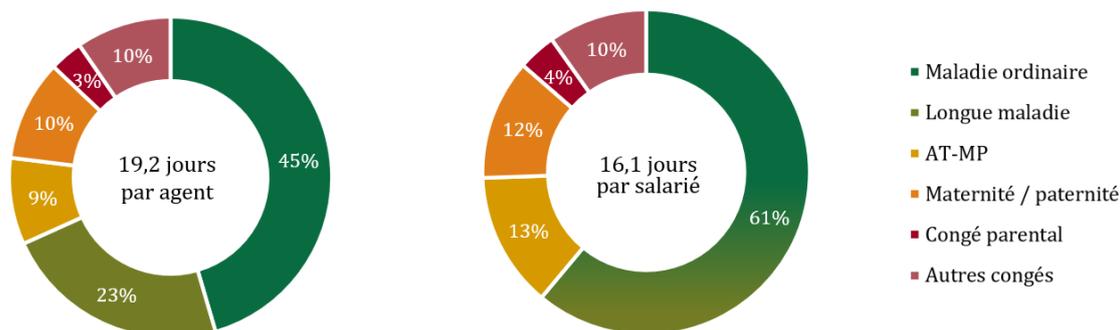
Les congés pour maladie d'une part et pour accident du travail et maladie professionnelle d'autre part constituent respectivement 68 % et 9 % des absences dans la fonction publique et 61 % et 13 % dans le secteur privé, la part plus importante de congés pour maladie pouvant être reliée à l'existence des congés de longue durée pouvant aller jusqu'à cinq ans pour les agents titulaires (cf. annexe I).

Les congés pour motifs familiaux et parentaux s'élevant à 2,6 jours par agent dans les deux secteurs, ils représentent, en conséquence, une part plus faible dans la fonction publique. Les 10 % restant sont constitués de tous les autres types de congés (cf. graphique 10).

¹⁷ Inclut toutes les heures travaillées, y compris les heures supplémentaires rémunérées ou non, et exclut les heures non travaillées pour cause de congés annuels, chômage partiel, jour férié, maladie, accident, maternité, paternité, formation ou grève.

Annexe II

Graphique 10 : Répartition des jours d'absence par motif en 2022 pour la fonction publique (à gauche) et le secteur privé (à droite)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

2.4.2. Entre 2019 et 2022, l'absentéisme pour raison de santé a connu une augmentation continue dans la fonction publique et dans le secteur privé passant respectivement de 8,9 à 14,5 jours et de 8,4 à 11,7 jours en moyenne

Les années 2014-2019 sont caractérisées par une stabilité de l'absentéisme, à des niveaux différenciés entre employeurs :

- ◆ entre 4 et 6 jours pour les enseignants ;
- ◆ entre 6 et 7 jours pour la FPE hors enseignants ;
- ◆ autour de 10 jours dans la FPT et la FPH ;
- ◆ autour de 8 jours par an dans le secteur privé, à un niveau comparable à la moyenne du secteur public tous versants confondus.

Les années 2020-2022, période marquée par la crise sanitaire, ont connu une hausse de l'absentéisme pour raison de santé dans l'ensemble des versants de la fonction publique et dans le secteur privé :

- ◆ de 5,5 à 11,7 jours d'absence par agent entre 2019 et 2022, soit +113 % pour les enseignants ;
- ◆ de 6,9 à 10,2 jours d'absence par agent entre 2019 et 2022, soit +48 % pour la FPE (hors enseignants) ;
- ◆ de 11,2 à 17,1 jours d'absence par agent entre 2019 et 2022, soit +53 % pour la FPT ;
- ◆ de 10,4 à 18,1 jours d'absence par agent entre 2019 et 2022, soit +74 % pour la FPH ;
- ◆ de 8,4 à 11,7 jours d'absence par salarié entre 2019 et 2022, soit +39 % dans le secteur privé.

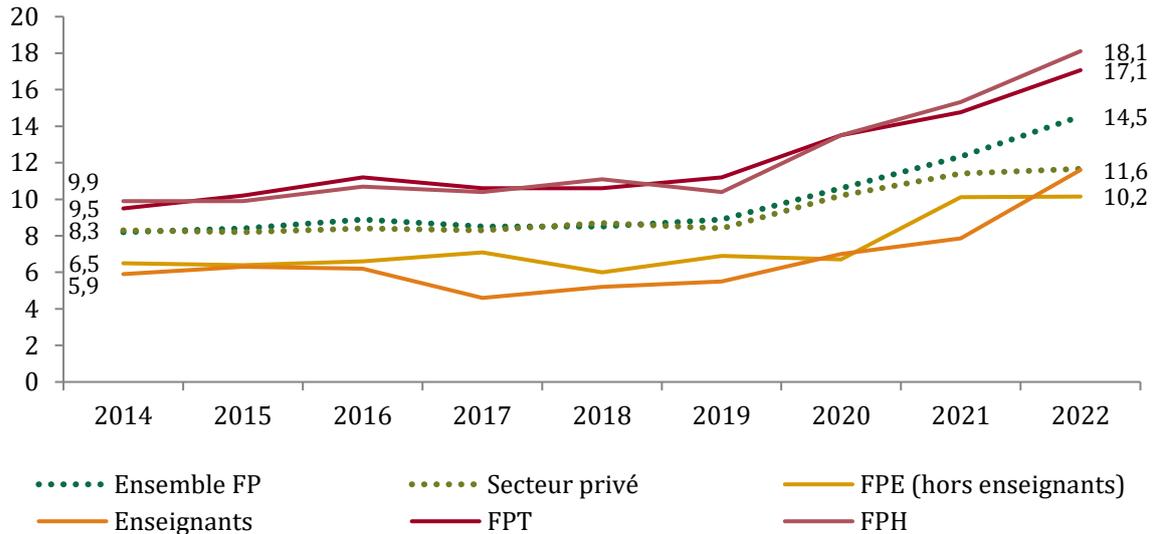
Il demeure que, depuis 2019, l'absentéisme a été plus dynamique dans l'ensemble de la fonction publique (+63 %) que dans le secteur privé et, en 2022, les agents de la fonction publique se sont absents pour raison de santé presque trois jours de plus que les salariés du secteur privé en 2022.

Il y a de fortes disparités entre les différents versants de la fonction publique, la FPE se situant à un niveau d'absentéisme inférieur aux deux autres versants : en 2022, les agents de la FPE hors enseignants se sont absents 10,2 jours en moyenne pour raison de santé, contre 11,7 jours pour les enseignants, 17,1 jours dans la FPT et 18,1 jours dans la FPH.

Annexe II

L'absentéisme dans la FPE est inférieur à l'absentéisme constaté dans le secteur privé sur l'intégralité de la période 2014-2022 : en 2022, le nombre moyen de jours d'absence des agents de la FPE hors enseignants est inférieur de 1,5 jours à la moyenne du secteur privé. Sur ce segment, comme pour le secteur privé, on ne constate pas de hausse en 2022 par rapport à 2021 contrairement aux autres versants. L'absentéisme du personnel enseignant a également été inférieur à celui du secteur privé sur la période, sauf en 2022 où le nombre de jours d'absence connaît une forte hausse et rejoint celui constaté dans le secteur privé (cf. graphique 11).

Graphique 11 : Nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé par personne selon l'employeur (en %)



Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après l'enquête emploi de l'Insee.
NB : rupture de séries en 2021 en lien avec des changements méthodologiques dans l'enquête emploi.

2.4.3. La progression des absences pour raison de santé est davantage liée à l'augmentation de la part des salariés ou d'agents absents qu'à une hausse des durées moyennes d'absence par salarié ou agent

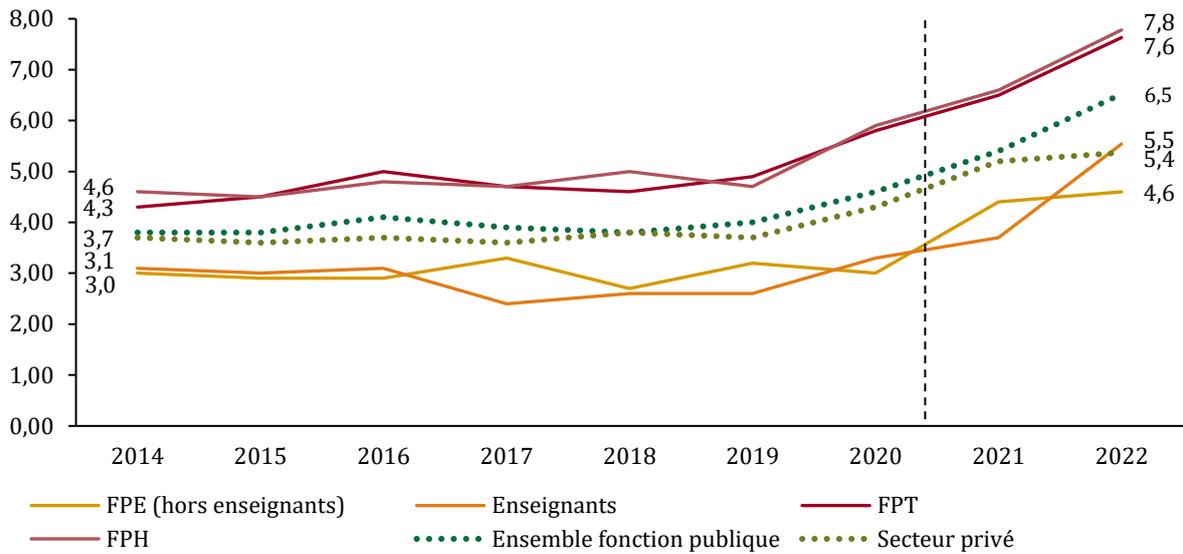
La part des agents absents au moins un jour pendant la semaine de référence pour raison de santé a augmenté entre 2021 et 2022 dans tous les versants de la fonction publique, plus fortement chez les enseignants et dans une moindre mesure, dans la FPE hors enseignants. Cette progression enregistrée dans la fonction publique est plus forte que dans le secteur privé.

En 2022, dans la fonction publique, 6,5 % des agents ont déclaré avoir été absents au moins un jour pour raison de santé, soit un taux supérieur à celui du secteur privé (5,4 %). La part des agents absents au moins un jour pour raison de santé est plus importante dans la FPH et la FPT (7,8 % et 7,6 %) que dans le secteur privé (5,4 %) et dans la FPE hors enseignants (4,6 %).

Les évolutions du nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé par agent/salarié sont, d'après la DGAFP, « proportionnelles » aux évolutions de la part des agents/salariés absents au moins un jour pour raison de santé. Cela implique que la progression des absences pour raison de santé (cf. graphique 11) est principalement liée à une augmentation de la part des agents/salariés touchés par un arrêt pour raison de santé (cf. graphique 12) plutôt qu'à une augmentation de la durée des absences par agent.

Annexe II

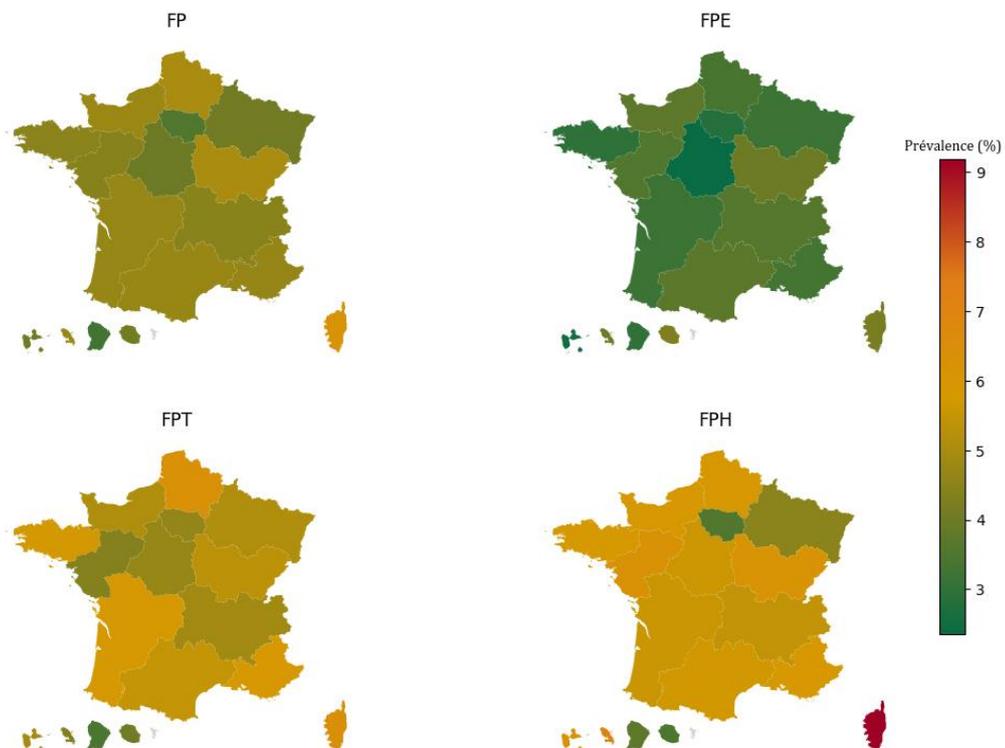
Graphique 12 : Part des agents/salariés absents au moins un jour au cours d'une semaine donnée pour raison de santé selon l'employeur (en %)



Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après les données des enquêtes emploi de l'Insee (rupture de série en 2021 avec la refonte de l'enquête emploi et le retrait des jours de garde d'enfants malades depuis 2021).

La prévalence des congés pour raison de santé est relativement homogène géographiquement par versant. Peuvent toutefois être relevées des prévalences inférieures à la moyenne en Île-de-France et dans les départements d'Outre-mer pour l'ensemble des versants et une prévalence la plus forte pour les agents de la FPH en Corse (cf. graphique 13).

Graphique 13 : Prévalence moyenne des congés pour raison de santé dans la fonction publique de 2013 à 2022 par région et par versant



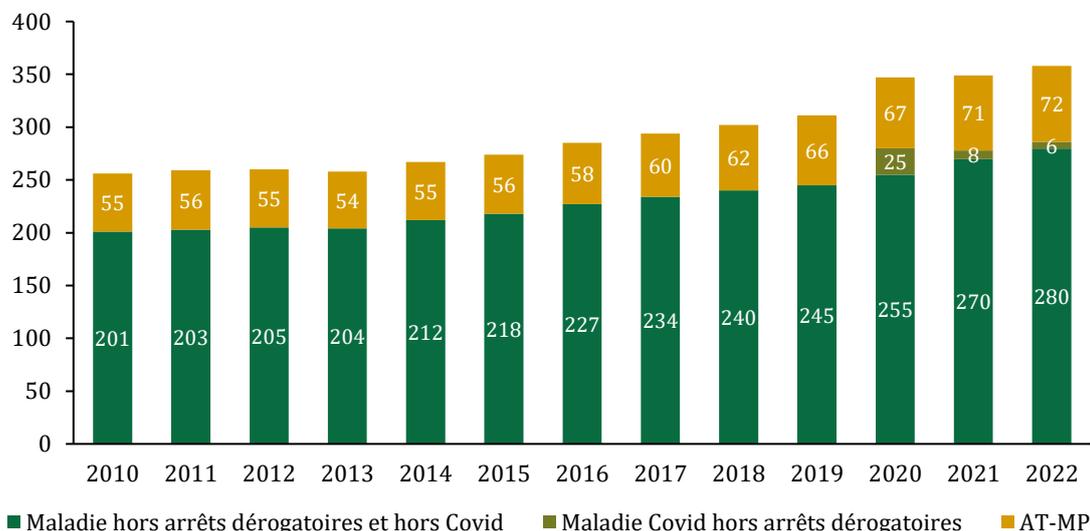
Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

2.4.4. Deux-tiers de la progression des absences pour raison de santé constatée entre 2019 et 2022 pour le régime général est directement liée à l'épidémie de Covid

Retraitées des prestations dérogatoires mises en place au cours de la crise sanitaire¹⁸, les journées d'arrêt maladie et d'accident du travail et maladie professionnelle (AT-MP) indemnisées ont connu une hausse de 15 % sur la période 2019-2022 pour le régime général, passant de 311 à 358 millions de jours. Le Covid a également contribué à une progression des prestations d'indemnités journalières (IJ) de droit commun faute, pour ces prestations, d'avoir été repérées comme dérogatoires : l'assurance maladie estime à 9 % en 2020, 3 % en 2021 et 2 % la part des arrêts maladie de droit commun lié au Covid dans le régime général¹⁹.

En retraitant de l'intégralité de l'impact Covid, ce sont 352 millions de jours qui ont été indemnisés en 2022 et la hausse des jours d'arrêts maladie et AT-MP est réévaluée à 13 % entre 2019 et 2022 (cf. graphique 14).

Graphique 14 : Évolution des journées d'arrêt maladie et AT-MP indemnisées pour le régime général entre 2010 et 2022 hors arrêts dérogatoires Covid (en millions de journées)



Source : Mission d'après le panorama des données d'indemnités journalières 2010-2022 de l'assurance maladie.

Dans ces conditions, il peut être considéré que la crise sanitaire a contribué à une hausse de 26 % des jours d'absence pour raison de santé entre 2019 et 2022 dans le secteur privé, soit deux tiers de la progression de 39 % de ces absences (cf. 2.4.2).

¹⁸ Indemnités journalières pour Covid, pour un arrêt de travail initié en auto-prescription à la suite d'un test positif et sans passer par un médecin, avec neutralisation de la carence, maintien du complément employeur et neutralisation du compteur de cumul des indemnités.

¹⁹ Caisse nationale d'assurance maladie, *Rapport charges et produits pour 2024* et *Panorama des données d'indemnités journalières 2010 2022*.

2.5. Depuis 2022, les absences pour raison de santé suivent une tendance baissière qui ne compense que partiellement la hausse concomitante à la crise sanitaire des années 2020-2022

En l'absence de données consolidées pour l'année 2023 au sein de la fonction publique, la mission s'est appuyée sur les entretiens menés et les retours au questionnaire adressé aux différents employeurs de la fonction publique pour évaluer la trajectoire suivie par les absences depuis la sortie de la crise sanitaire.

Au ministère de l'éducation nationale, après avoir connu une augmentation de 29 % entre les années scolaires 2019-2020 et 2021-2022, les absences pour raison de santé par agent ont amorcé une décrue de 5 % et s'établissent, pour l'année scolaire 2022-2023 à 13,0 jours par agent (cf. tableau 18).

Tableau 18 : Évolution du nombre de jours d'absence pour raison de santé par agent au ministère de l'éducation nationale entre 2019 et 2023

2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
10,7	12,5	13,7	13,0

Source : Mission d'après les données transmises par le ministère de l'éducation nationale.

Cette tendance à la hausse entre 2019 et 2022 suivie d'une baisse à partir de 2022 se retrouve pour les autres employeurs de la FPE sollicités par la mission, à l'exception des ministères économiques et financiers :

- ♦ une hausse de 29 % des jours d'absence pour raison de santé par agent pour le secrétariat général du ministère de l'intérieur entre 2019 et 2022 suivie d'une baisse de 14 % en 2023 ;
- ♦ une hausse de 17 % des jours d'absence pour raison de santé par agent pour le ministère des armées entre 2019 et 2022 suivie d'une baisse de 9 % en 2023 ;
- ♦ une baisse de 3 % des jours d'absence pour raison de santé par agent pour les ministères économiques et financiers entre 2019 et 2022 suivie d'une hausse de 8 % en 2023 (cf. tableau 19).

Tableau 19 : Évolution du nombre de jours d'absence pour raison de santé par agent ou ETP pour les ministères de l'intérieur, des armées et de l'économie et des finances entre 2019 et 2023

Ministère / administration	2019	2020	2021	2022	2023
Intérieur (secrétariat général)	16,8	12,5	18,8	21,7	18,7
Intérieur (gendarmerie nationale)	10,3	11,5	11,4	12,3	N.D.
Armées	14,0	14,2	15,2	16,4	15,0
Économie et finances	17,5	17,1	17,4	17,0	18,3

Source : Mission d'après les données transmises par le ministère de l'intérieur, le ministère des armées et le ministère des finances.

En moyenne pondérée par les effectifs pour ces employeurs de la FPE, la hausse des taux d'absence pour raison de santé a atteint 13 % entre 2019 et 2022 et a été suivie d'une diminution en 2023 ne permettant pas de revenir au niveau *ante* crise (-4 % en 2023). **Hors ministères économiques et financiers, les employeurs de la FPE sont parvenus, en 2023, à réduire de 29 % la hausse constatée au cours de la crise.**

En ce qui concerne la FPH, les absences pour raison de santé semblent être revenues, dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), à un niveau proche de celui de la période antérieure à la crise sanitaire.

Annexe II

Le taux d'absence moyen des infirmiers et aides-soignants dans les CHU, qui s'établissait à 8,5 % en 2019 et 10,1 % en 2022, affiche 8,9 % en 2023 selon la conférence des directeurs généraux de CHU. **En 2023, les CHU ont ainsi réduit de 75 % (-1,2 point) l'impact de la hausse enregistrée les trois années précédentes (1,6 point).**

D'après les données de l'AP-HP, le nombre de jours d'absence pour raison de santé par ETP non-médical a même été inférieur en 2023 (22,2 jours) à celui de 2019 (23,6) après avoir atteint le pic de 25,8 jours en 2022 (cf. tableau 20).

Tableau 20 : Évolution du nombre de jours d'absence pour raison de santé par ETP du personnel non-médical à l'AP-HP entre 2019 et 2023

Types de congés	2019	2020	2021	2022	2023
Congé ordinaire de maladie (titulaires)	10,0	11,0	11,0	12,0	11,0
Congé de maladie rémunéré (contractuels)	1,0	1,2	1,4	1,7	1,5
Congé de longue maladie (titulaires)	4,2	4,0	3,8	4,0	3,8
Congé de grave maladie (contractuels)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Congé de longue durée (titulaires)	4,3	4,1	4,0	3,7	2,9
Congé pour invalidité temporaire imputable au service (pour accident de service ou de trajet, maladie professionnelle)	4,1	4,9	4,4	4,2	3,0
Congé pour raison de santé	23,6	25,3	24,7	25,8	22,2

Source : Mission d'après les données transmises par l'AP-HP.

Dans la FPT, les évolutions paraissent moins univoques en 2023 selon les employeurs sollicités. Pour la Région Hauts-de-France, les taux d'absence se maintiennent à un niveau proche de celui de 2022. La Ville de Paris fait état d'une légère baisse des taux d'absence en 2023 après la hausse connue les années précédentes. Le conseil départemental du Nord constate, à travers des données provisoire 2023, un retour des absences pour raison de santé au niveau de 2019 malgré des congés de maladie ordinaire toujours dynamiques en 2023 (cf. tableau 21).

Tableau 21 : Évolution du taux d'absentéisme pour raison de santé au conseil départemental du Nord entre 2016 et 2023 (en %)

Motif	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Maladie ordinaire	5,76	4,21	3,91	3,69	3,23	4,08	4,62	4,84
Longue maladie	2,82	3,26	3,47	4,53	4,43	4,73	4,48	3,39
Accident de service	1,05	0,78	0,78	0,86	0,78	0,85	0,84	0,79
Total raison de santé	9,63	8,25	8,16	9,08	8,44	9,66	9,94	9,02

Source : Mission d'après les données transmises par le conseil départemental du Nord.

Dans le secteur privé, plusieurs baromètres signalent une diminution de l'absentéisme de l'ordre de 10 % en 2023 :

- ◆ baromètre Ayming/AG2R²⁰ : taux de 6,1 % en 2023 vs. 6,7 % en 2022 et 5,5 % en 2019 ;
- ◆ baromètre Diot-Siaci²¹ : taux de 5,1 % en 2023 vs. 5,6 % en 2022 et 4,9 % en 2021.

²⁰ Communiqué de presse d'AG2R LA MONDIALE en date du 15 avril 2024 : « Ayming et AG2R LA MONDIALE dévoilent les premiers chiffres de leur 16^e Baromètre de l'Absentéisme® et de l'Engagement 2024 ».

²¹ Diot-Siaci et Ifop, *Observatoire de la performance sociale*, avril 2024.

3. Les caractéristiques des agents et des emplois expliquent 95 % des écarts de taux d'absence avec le secteur privé pour la FPE et la FPH et 53 % pour la FPT

La littérature académique fait état de l'influence de plusieurs facteurs jouant sur le niveau d'absentéisme. La partie 3.1 rappelle les principaux éléments de cette littérature. Dans un second temps, en partie 3.2, la mission présente les résultats d'une modélisation contrôlant plusieurs de ces facteurs pour cerner l'écart résiduel entre les niveaux d'absence dans la fonction publique par rapport au secteur privé.

3.1. Quatre grands types de facteurs sont reconnus dans la littérature comme ayant un impact sur le niveau d'absentéisme

3.1.1. L'absentéisme est, en premier lieu, corrélé aux caractéristiques des emplois occupés et des employeurs, l'exposition aux risques, la grande taille des structures et la stabilité de l'emploi jouant à la hausse sur les absences

Comme le signalent de nombreuses études, **l'exposition aux risques, la pénibilité du travail (contraintes physiques, horaires de travail atypiques) et la taille des structures employeuses augmentent la prévalence des absences**. En 1984, M^{me} Élisabeth Vlassenko et M. Jean-Charles Willard, statisticiens au département « population-ménages » de l'Insee, ont, par exemple, identifié des liens entre l'absentéisme et le niveau de qualification des salariés, la pénibilité de leur travail et la taille des établissements employeurs²².

En février 2013, la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) a quantifié l'impact du niveau d'exposition des contraintes physiques et psychosociales des métiers exercés sur l'absentéisme, le cumul de trois types de contraintes physiques²³ multipliant par deux la prévalence des absences et le cumul de trois types de contraintes²⁴ psychosociales la multipliant par trois²⁵.

Si l'enquête emploi de l'Insee montre que les absences pour raison de santé sont également corrélées aux catégories socio-professionnelles, les cadres et professions intellectuelles supérieures étant près de trois fois moins touchés que les employés et ouvriers (cf. graphique 15), l'étude de février 2013 de la Dares indique que « *la prise en compte des conditions de travail réduit fortement l'impact de la catégorie socioprofessionnelle* » et que « *si les cadres sont beaucoup moins souvent absents pour maladie que les ouvriers [...] c'est dans une large mesure parce qu'ils sont dans l'ensemble moins exposés aux contraintes physiques et psychosociales dans le travail* ».

²² E. Vlassenko et J.C. Willard, *Absentéisme ; le poids des facteurs collectifs*, Revue Économie et statistique, 1984.

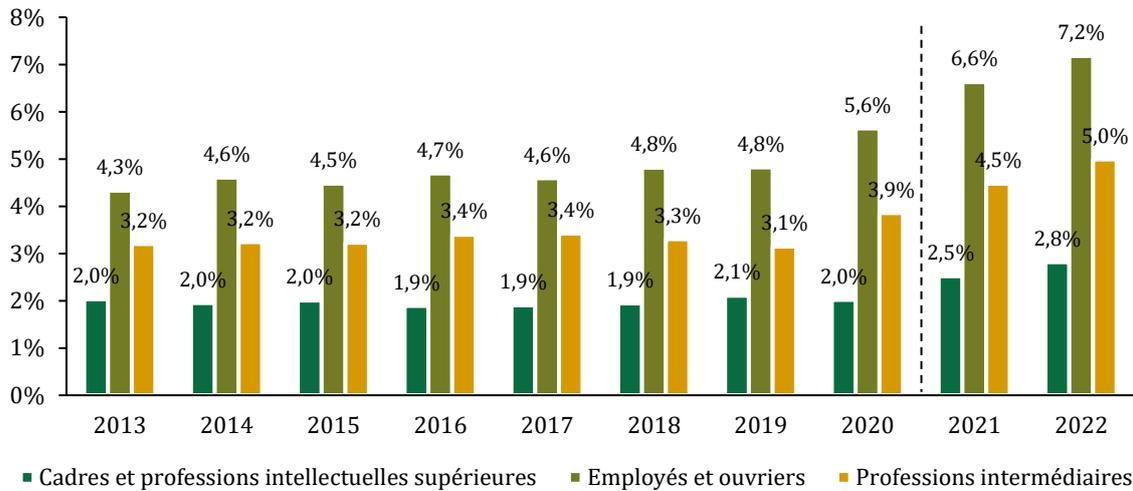
²³ Parmi les types suivants : port de charges lourdes, postures pénibles, vibrations et bruit.

²⁴ Parmi les types suivants : risque d'agression physique ou verbale au travail, risque d'accident, obligation se dépêcher pour faire son travail.

²⁵ Dares, *Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail*, février 2013.

Annexe II

Graphique 15 : Part des agents/salariés absents au moins un jour au cours d'une semaine donnée pour raison de santé, selon la catégorie socio-professionnelle (en %)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

NB : rupture de séries en 2021 en lien avec des changements méthodologiques dans l'enquête emploi.

Les données sur l'exposition aux risques professionnelles publiées par la DGAFP confirment le lien entre exposition aux risques, notamment l'exposition physique, et catégories socio-professionnelles dans la fonction publique avec des risques gagnant en prévalence en passant des cadres et professions intellectuelles supérieures aux professions intermédiaires, aux employés et enfin aux ouvriers (cf. tableau 22).

Tableau 22 : Prévalence des expositions physiques par catégorie socio-professionnelle en 2019 (en %)

Nature de l'exposition physiques	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers
Au moins trois contraintes physiques intenses*	9	27	43	66
Effectuer des mouvements douloureux ou fatigants	8	28	51	61
Être exposé à un bruit intense	7	14	15	35
Être en contact avec des produits dangereux	17	23	37	53
Respirer des fumées ou des poussières	9	14	27	65

Source : DGAFP, données sur l'exposition aux risques professionnelles.

* Parmi : rester debout longtemps, rester longtemps dans une autre posture pénible et fatigante, effectuer des déplacements à pieds longs et fréquents, porter ou déplacer des charges lourdes, subir des secousses ou des vibrations.

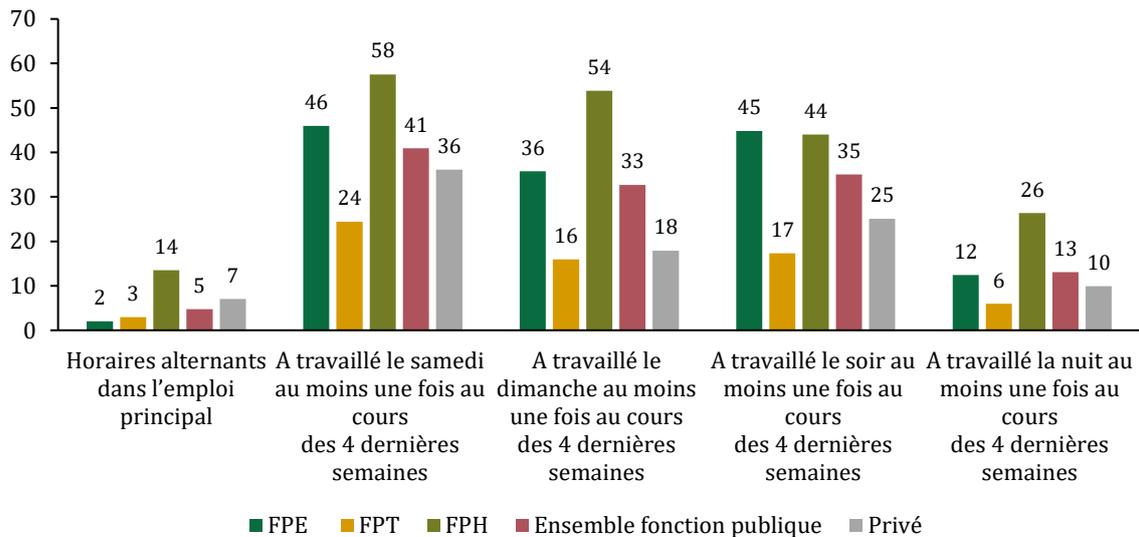
À travers l'analyse de l'absentéisme selon la catégorie socio-professionnelle, c'est l'impact des conditions d'exercice sur l'absentéisme qui est indirectement mesuré.

Dans la fonction publique, les agents de catégorie B et C, plus exposés aux risques que les agents de catégorie A, sont plus nombreux à s'absenter pour raison de santé dans l'année.

Annexe II

Dans la FPH, les métiers les plus touchés par les accidents du travail sont les aides-soignants, les infirmiers et les agents de bionettoyage, les causes d'accidents du travail les plus fréquentes en 2020 et 2021 étant l'effort lié à la manutention, la chute de plain-pied et le contact avec un malade agité. En 2021, les agents de catégorie C de la FPH présentaient un taux d'absentéisme pour motif médical et non médical de 10,7 %, les agents de catégorie B 9,1 % et les agents de catégorie A 8,0 %²⁶. Dans ce versant, le niveau d'absentéisme plus élevé peut trouver une explication dans la prévalence d'une organisation du travail plus atypique, les agents hospitaliers étant les plus fréquemment soumis à des horaires alternants, au travail de nuit et le week-end (cf. graphique 16).

Graphique 16 : Prévalence des horaires atypiques selon le type d'employeur dans la fonction publique en 2022 (en %)



Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après les données des enquêtes emploi de l'Insee.

Dans la FPT, les accidents de service sont les plus fréquents dans la filière incendie et secours (11,9 accidents de service pour 100 agents vs. une moyenne de 6,3 pour l'ensemble des filières) et les maladies professionnelles dans la filière technique (1,8 maladie professionnelle pour 100 agents vs. une moyenne de 1,1 pour l'ensemble des filières) en 2019²⁷.

Dans la FPE, cette tendance se retrouve, par exemple, chez les enseignants du secteur public pour lesquels le fait s'exercer en zone d'éducation prioritaire (ZEP) ou en zone de remplacement augmente l'incidence des congés pour raison de santé. Sur l'année scolaire 2018-2019, 48,2 % des enseignants exerçant en ZEP ont eu au moins un congé de maladie ordinaire (CMO) vs. 42,9 % pour les autres²⁸.

²⁶ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé 2021.

²⁷ Direction générale des collectivités locales (DGCL), Synthèse nationale des rapports sur l'état des collectivités au 31 décembre 2019.

²⁸ Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), Bilan social 2019-2020 du ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports.

L'effet de la stabilité de l'emploi occupé et de la taille des structures employeurs sur le niveau d'absentéisme est aussi à noter dans la FPT :

- ◆ les fonctionnaires présentaient deux fois plus de journées d'absence pour maladie ordinaire que les contractuels (14,3 jours vs. 7,6 jours par agent) en 2021 ;
- ◆ le nombre de journées d'absence pour raisons de santé par fonctionnaire variait de 14,1 jours dans les communes de moins de 1 000 habitants à 34,5 jours pour les communes de plus de 100 000 habitants, 27,9 jours pour les conseils départementaux et 34,0 jours pour les régions²⁹.

Ce dernier effet n'est pas visible dans la FPH avec notamment des taux d'absentéisme plus uniformes entre types d'établissements : 9,1 % d'absentéisme dans les centres hospitaliers universitaires, 9,5 % dans les centres hospitaliers de grande ou moyenne taille et 9,9 % dans les petits centres hospitaliers en 2021 pour le personnel non médical.

3.1.2. Les caractéristiques des agents constituent aussi des facteurs reliés à l'absentéisme avec un plus grand taux d'absence pour les femmes, les agents les plus âgés ou atteints par une maladie chronique

Approfondissant en 1985 l'étude réalisée par M^{me} Elisabeth Vlassenko et M. Jean-Charles Willard (cf. 3.1.1), M. Daniel Depardieu et M. Stéfan Lollivier, statisticiens au département « population-ménages » de l'Insee, pointent des disparités importantes d'absentéisme par âge et sexe :

- ◆ des absences plus fréquentes à partir de 40 ans ;
- ◆ des absences plus longues (maladies plus graves et rétablissements plus difficiles) chez les salariés les plus âgés ;
- ◆ et une moindre présence des femmes, y compris en retraitant les congés de maternité³⁰.

Deux études menées en 2007 et 2011 par M^{me} Sabine Chaupain-Guillot, maître de conférences à l'université de Lorraine et M. Olivier Guillot, chargé de recherche à l'université de Lorraine, soulignent, par ailleurs, l'impact spécifique, pour les femmes, des contraintes liées à la présence d'un jeune enfant et à la conciliation des temps professionnels et personnels³¹. De son côté, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a évalué que les grossesses et la plus faible représentation des femmes dans les emplois les mieux rémunérés expliquaient respectivement 37 % et 5 % des différences d'arrêt maladie indemnisés entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans³².

En 2022, le rapport annuel sur l'état de la fonction publique de la DGAFP dresse ce constat d'écart entre sexes. **Le nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé (hors motifs parentaux et familiaux) est, en effet, plus élevé pour les femmes que pour les hommes, et ce dans tous les versants de la fonction publique ainsi que dans le secteur privé.**

²⁹ DGCL, Synthèse nationale des rapports sur l'état des collectivités au 31 décembre 2021.

³⁰ D. Depardieu et S. Lollivier, *Les facteurs de l'absentéisme*, Revue Economie et statistique, 1985.

³¹ S. Chaupain-Guillot et O. Guillot, *Les absences au travail : une analyse à partir des données françaises du Panel européen des ménages*, Revue Economie et statistique, 2007 et S. Chaupain-Guillot et O. Guillot, *Les déterminants individuels de l'absentéisme au travail : une comparaison européenne*, Revue Economie et statistique, 2011.

³² C. Marbot et C. Pollak (DREES), *Les grossesses expliquent 37 % des différences d'arrêt maladie indemnisés entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans*, Les dépenses de santé en 2014.

Annexe II

Dans la fonction publique, les femmes s'absentent en moyenne 16,7 jours pour raison de santé contre 10,7 jours pour les hommes, soit un écart de 6,0 jours. C'est dans la FPH et chez les enseignants que l'écart est le plus important avec respectivement 8,7 jours et 6,8 jours de plus pour les femmes par rapport aux hommes. Dans le secteur privé, l'écart entre femmes et hommes est de 4,0 jours (cf. tableau 23).

Tableau 23 : Nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé par personne selon le sexe dans la fonction publique en 2022

Sexe	FPE (hors enseignants)	Enseignants	FPT	FPH	Ensemble fonction publique	Secteur privé
Femmes	11,8	13,8	18,7	20,0	16,7	13,8
Hommes	8,5	7,0	14,4	11,3	10,7	9,8

Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après les données des enquêtes emploi de l'Insee.

La durée des absences par agent augmente aussi avec l'âge, notamment à partir de 50 ans. Ainsi, les agents de la fonction publique âgés de 50 ans et plus se sont absentés pour raison de santé 19,1 jours, soit une durée deux fois plus longue que pour les agents de moins de 30 ans.

Les agents de la fonction publique sont absents plus longtemps que les salariés du secteur privé, quel que soit l'âge et cet écart augmente avec l'âge (+ 0,8 jour pour les moins de 30 ans, + 1,5 jour pour les 30-49 ans, + 4,2 jours pour les 50 ans et plus). C'est dans la FPH et la FPT que l'écart est le plus important avec respectivement 16,0 jours et 12,5 jours entre les deux classes d'âge extrêmes (cf. tableau 24).

Tableau 24 : Nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé par personne selon l'âge dans la fonction publique en 2022

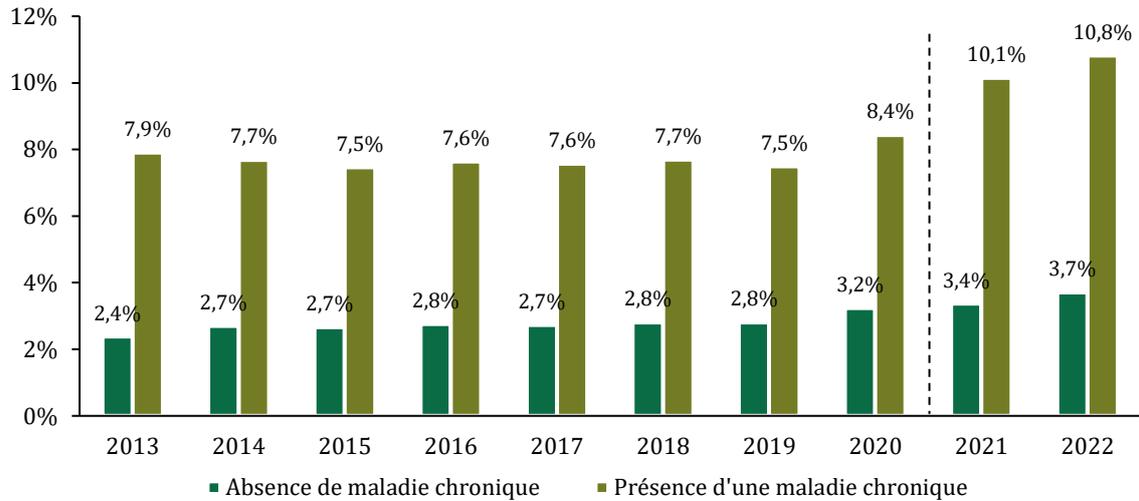
Tranches d'âge	FPE (hors enseignants)	Enseignants	FPT	FPH	Ensemble fonction publique	Secteur privé
Moins de 30 ans	7,3	11,6	10,1	10,3	9,4	8,6
De 30 à 49 ans	9,9	10,1	13,3	15,3	12,3	10,8
50 ans et plus	11,9	13,7	22,6	26,3	19,1	14,9

Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après les données des enquêtes emploi de l'Insee.

L'état de santé des salariés et agents influe également sur leur propension à être absent. En effet, les agents et salariés touchés par une maladie chronique sont trois fois plus absents que les autres : en 2022, 10,8 % des salariés ou agents atteints par une maladie chronique ont été absents pour raison de santé une semaine donnée pour 3,7 % des salariés ou agents ne déclarant pas de maladie chronique (cf. graphique 17).

Annexe II

Graphique 17 : Part des agents/salariés absents au moins un jour au cours d'une semaine donnée pour raison de santé, selon l'affection par une maladie chronique (en %)

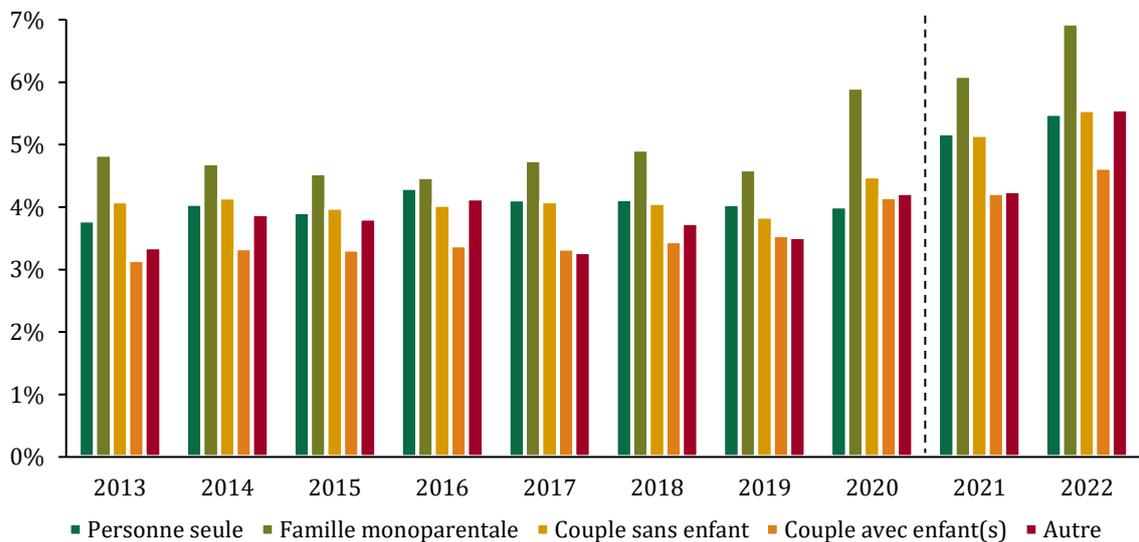


Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

NB : rupture de séries en 2021 en lien avec des changements méthodologiques dans l'enquête emploi.

D'après l'enquête emploi, la composition du foyer de l'agent ou du salarié présente aussi une corrélation avec les absences pour raison de santé. Les salariés et agents en charge d'une famille monoparentale ont la probabilité d'absence la plus élevée que les couples avec un ou plusieurs enfants (cf. graphique 18). Il convient, à ce titre, de relever que l'âge intervient dans ces tendances : les couples avec un ou plusieurs enfants sont, en moyenne, plus jeunes que les autres foyers.

Graphique 18 : Part des agents/salariés absents au moins un jour au cours d'une semaine donnée pour raison de santé, selon la composition du foyer



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

NB : rupture de séries en 2021 en lien avec des changements méthodologiques dans l'enquête emploi.

3.1.3. Des mécanismes socio-organisationnels tels que l'état des relations entre employeur et agent sont aussi à l'œuvre en matière d'absentéisme

Les deux études réalisées par M^{me} Sabine Chaupain-Guillot, maître de conférences à l'université de Lorraine et M. Olivier Guillot, chargé de recherche à l'université de Lorraine, mentionnées *supra* ont souligné le rôle déterminant de la satisfaction au travail, phénomènes constatés à la fois chez les hommes et chez les femmes.

Une autre étude menée en 2020 sur 924 agents territoriaux a d'ailleurs mis en évidence le lien entre l'absentéisme pour maladie dans le secteur public local et plusieurs variables socio-organisationnelles reliées à la satisfaction au travail³³ :

- ◆ l'implication organisationnelle affective définie comme le désir qu'a un salarié de rester membre de son organisation, en raison de son identification et attachement émotionnel aux objectifs et valeurs de son organisation ;
- ◆ l'implication organisationnelle calculée définie comme la contrainte que ressent un salarié de rester membre de son organisation, en raison des coûts associés à son départ de l'organisation ou lorsque ses opportunités d'emploi sont limitées³⁴ ;
- ◆ le soutien organisationnel perçu traduisant l'évaluation faite par un salarié du degré d'implication de l'organisation à son égard³⁵.

Les auteurs concluent que l'absentéisme pour maladie dans la FPT serait pour partie la résultante « *d'un processus de démotivation au travail associé à un comportement volontaire de retrait* ».

3.1.4. L'absentéisme est aussi dépendant de facteurs exogènes comme la virulence des maladies saisonnières ou l'accès à l'offre de soins

Des facteurs externes influent sur la dynamique de l'absentéisme.

En 2021, dans son rapport sur la rémunération des arrêts maladie³⁶, la Cour des comptes a pointé que la densité départementale de médecins généralistes constituait une variable explicative de la variance interdépartementale des arrêts maladie. Cette corrélation pourrait, toutefois, avoir connu une atténuation avec le développement de la téléconsultation.

La Cour souligne aussi l'influence des maladies saisonnières sur l'absentéisme, les maladies de médecine générale telles que la grippe ou la gastro-entérite représentant près de 20 % des arrêts ainsi que le développement des maladies chroniques dont on retrouve l'impact à travers le critère âge (cf. 3.1.2). La période de crise sanitaire témoigne de l'influence de la situation épidémiologique sur l'absentéisme (cf. 2.4.4) et dans son étude de février 2013, la Dares identifiait déjà, en rapprochant les courbes d'incidence de grippe et de gastro-entérite et de prévalence des arrêts maladie, une corrélation entre l'absentéisme maladie et le rythme des maladies saisonnières³⁷.

³³ F. Safy-Godineau, A. Fall et D. Carassus, *Soutien organisationnel perçu, implication organisationnelle et satisfaction au travail : effets sur l'absentéisme maladie dans la fonction publique territoriale*, Revue de gestion des ressources humaines, 2020.

³⁴ J.P. Meyer et N. J. Allen, N. J., *A three-component conceptualization of organizational commitment*. Human Resource Management Review, 1991.

³⁵ R. Eisenberger et al., *Perceived organizational support*, Journal of Applied Psychology, 1986.

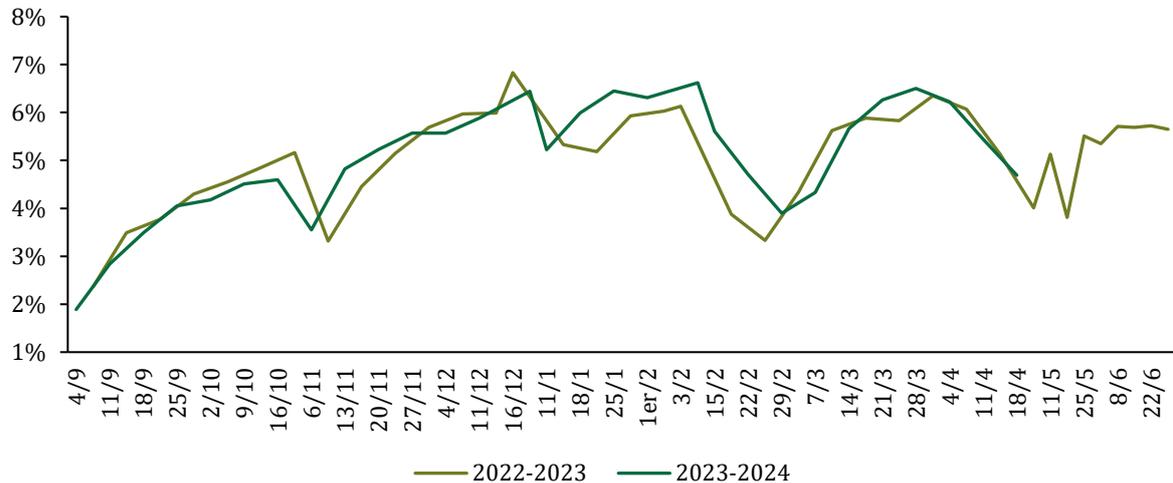
³⁶ Cour des comptes, *Rapport sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie*, 2021.

³⁷ Dares, *Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail*, février 2013.

Annexe II

Le suivi de la part des effectifs absents réalisé par le ministère de l'éducation nationale sur les années scolaires 2022-2023 et 2023-2024 fait apparaître également un pic d'absence des enseignants sur la période allant de décembre à mars, période la plus sévère en termes d'épidémiologie (cf. graphique 19).

Graphique 19 : Part des effectifs d'enseignants absents au cours des années scolaires 2022-2023 et 2023-2024



Source : Ministère de l'éducation nationale.

Enfin, dernier facteur exogène identifié par la Cour des comptes : le régime d'indemnisation des arrêts et notamment l'existence d'un jour de carence. L'annexe IV présente, à ce titre, une analyse de l'impact du jour de carence sur les absences.

3.2. Les caractéristiques des emplois et des agents expliquent à environ 95 % les écarts de taux d'absence de la FPE et de la FPH avec le secteur privé

Afin d'objectiver l'influence des facteurs (cf. 3.1) et les différences qu'ils engendrent entre populations, la mission a modélisé les écarts de taux d'absence entre les différents versants de la fonction publique d'une part, et le secteur privé d'autre part à partir de l'enquête emploi de l'Insee sur l'ensemble de la période 2013-2022. Une partie de ces écarts peut, en effet, s'expliquer par les différences de caractéristiques entre populations et il est possible de modéliser le taux d'absence des agents publics en contrôlant les caractéristiques renseignées dans l'enquête et en neutralisant l'impact sur le taux d'absence (cf. encadré 8).

Encadré 8 : Décomposition de l'écart du taux d'absence

Les écarts des taux d'absence entre les agents publics et les salariés du secteur privé ne peuvent pas être directement comparés, car les caractéristiques des individus dans les deux secteurs diffèrent. La décomposition de Fairlie³⁸ permet de comparer le taux d'absence des deux groupes d'individus à caractéristiques fixées.

Sur l'échantillon des salariés du privé, le taux d'absence est estimé par le biais d'une régression logistique, en contrôlant par l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle, le niveau de diplôme, la catégorie du ménage et la présence d'une maladie chronique. Des effets fixes temporels (annuels) sont également inclus afin de prendre compte certains effets conjoncturels tels que la pandémie de Covid-19 et ses différents variants, par exemple. En notant $X_{privé}$ le vecteur de ces caractéristiques on peut écrire la probabilité d'absence telle qu'estimée par le modèle pour les salariés du privé comme suit :

$$P_{privé}(absence_{privé}|X_{privé}) = F(X_{privé}\beta_{privé})$$

où $F(\cdot)$ désigne la fonction logistique et $\beta_{privé}$ le vecteur de coefficients estimé sur les caractéristiques des salariés du privé $X_{privé}$.

On décompose ainsi l'écart entre les taux d'absence observés dans le secteur privé et la fonction publique, notés respectivement $absence_{privé}$ et $absence_{FP}$, de la façon suivante :

$$absence_{FP} - absence_{privé} = absence_{FP} - absence_{privé} + P_{privé}(absence_{FP}|X_{FP}) - P_{privé}(absence_{FP}|X_{FP})$$

ou encore

$$absence_{FP} - absence_{privé} = \underbrace{F(X_{FP}\beta_{privé}) - absence_{privé}}_{\text{Ecart expliqué (lié aux différences de caractéristiques)}} + \underbrace{absence_{FP} - F(X_{FP}\beta_{privé})}_{\text{Ecart inexpliqué (à caractéristiques données)}}$$

Le taux d'absence contrefactuel des agents de la fonction publique $F(X_{FP}\beta_{privé})$ correspond au taux d'absence qui seraient observé chez ces individus si leurs caractéristiques socio-démographiques X_{FP} étaient « prises en compte » de la même manière que chez les salariés du secteur privé dans la détermination de leur taux d'absence. Le premier terme correspond donc à la partie expliquée par le modèle de l'écart observé entre les taux d'absences des deux groupes. Le deuxième terme, en revanche, correspond à la partie non-expliquée par le modèle, lorsque l'on compare le taux d'absence effectivement observé pour les agents de la FP avec celui prédit si leurs caractéristiques individuelles étaient « valorisées » de la même façon que pour les salariés du privé.

3.2.1. Les caractéristiques socio-économiques expliquent 95 % des écarts de taux d'absentéisme avec le secteur privé pour la FPE, 53 % pour la FPT et 18 % pour la FPH

Dans un premier temps, l'analyse proposée dans l'encadré 8 requiert donc l'estimation d'un modèle de régression logistique permettant d'expliquer le taux d'absence en fonction de plusieurs caractéristiques individuelles.

³⁸ Fairlie R. W. « An extension of the Blinder-Oaxaca decomposition technique to logit and probit models », Journal of economic and social measurement, 30(4) :305-316, 2005).

Annexe II

L'effet de chacune des variables étudiées conjointement sur le taux d'absence peut être analysé par le biais de son « effet marginal moyen ». Par exemple, toutes choses égales par ailleurs, le statut de cadre tend à diminuer la probabilité d'être absent pendant la semaine de référence d'environ 2,4 points de pourcentage (p.p.) par rapport au statut d'ouvrier et d'employé. De même, toutes choses égales par ailleurs, être détenteur d'un diplôme supérieur à Bac +3 réduirait la probabilité d'absence pour maladie durant la semaine de référence de 1,4 p.p., par rapport aux individus moins diplômés (cf. tableau 25).

Tableau 25 : Table de régression logistique du taux d'absence en fonction de facteurs socio-économiques dans le secteur privé

Variable	Modalités	Effet marginal moyen de la variable (en p.p.)
Tranche d'âge	<i>0 - 29 ans</i>	-
	<i>30 - 49 ans</i>	+ 0,3 (***)
	<i>plus de 50 ans</i>	+ 0,5 (***)
Sexe	<i>femmes</i>	-
	<i>hommes</i>	- 0,9(***)
Type de contrat	<i>CDD</i>	-
	<i>CDI</i>	+ 2,4 (***)
Diplôme	<i>inférieur à Bac +3</i>	-
	<i>supérieur ou égal à Bac +3</i>	- 1,4 (***)
Type de ménage	<i>ménage d'une seule personne</i>	-
	<i>familles monoparentales</i>	+ 0,4 (*)
	<i>couples sans enfant</i>	0,0
	<i>couples avec enfant(s)</i>	- 0,4 (***)
	<i>autre</i>	- 0,3 (***)
Présence d'une maladie chronique	<i>non</i>	-
	<i>oui</i>	+ 3,8 (***)
	<i>non réponse</i>	+ 1,4 (***)
Catégorie socio-professionnelle	<i>employés et ouvriers</i>	-
	<i>cadres et professions intermédiaires supérieures</i>	- 2,4 (***)
	<i>professions intermédiaires</i>	- 0,8 (***)
	<i>autre</i>	+ 0,7

Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

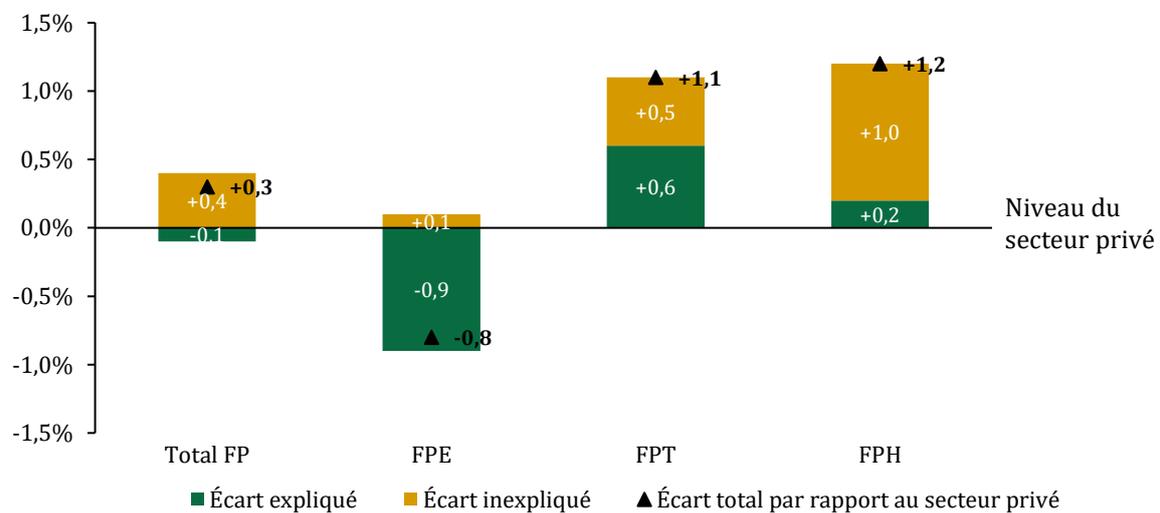
*Les tirets dans certaines cases du tableau indiquent que la modalité correspondante est choisie comme niveau de référence pour la variable concernée. Les étoiles indiquent le seuil de significativité de la variable dans la régression. En particulier, (***) , (**) , (*) correspondent respectivement à une significativité aux seuils de 1 %, 5 %, 10 %. L'absence d'étoile indique un niveau de significativité inférieur aux seuils précédemment évoqués et les coefficients associés ne devraient pas être interprétés. L'effet marginal moyen d'une variable retranscrit l'impact moyen de cette seule variable sur la prévalence des absences (en p.p.)*

Avec l'aide de ce modèle de régression logistique, l'écart entre les taux d'absence observés dans le secteur privé d'une part, et les trois versants de la fonction publique d'autre part (cf. graphique 12), peut être décomposé (cf. graphique 20).

La part expliquée par le modèle atteint 95 % pour la fonction publique de l'État, plus de 50 % pour la fonction publique territoriale et 18 % de l'écart pour la fonction publique hospitalière :

- ◆ pour la FPE, la moindre prévalence des absences de - 0,8 p.p. par rapport au secteur privé sur la période 2013-2022 se décompose en un écart expliqué de - 0,9 p.p. (95 %) et un écart non expliqué de + 0,1 p.p. (5 %) ;
- ◆ pour la FPT, la plus forte prévalence des absences de + 1,1 p.p. par rapport au secteur privé sur la période 2013-2022 se décompose en un écart expliqué de + 0,6 p.p. (53 %) et un écart non expliqué de + 0,5 p.p. (47 %) ;
- ◆ pour la FPH, la plus forte prévalence des absences de + 1,2 p.p. par rapport au secteur privé sur la période 2013-2022 se décompose en un écart expliqué de + 0,2 p.p. (18 %) et un écart non expliqué de + 1,0 p.p. (82 %), ce dernier écart inexpliqué faisant l'objet d'approfondissements *infra* (cf. 3.2.2).

Graphique 20 : Décomposition de l'écart total entre les taux d'absence pour raison de santé observés dans les différents versants de la fonction publique relativement au secteur privé (en p.p.)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

En outre, il est possible de décomposer spécifiquement la part expliquée de ces écarts afin d'identifier la contribution de chacune des caractéristiques socio-économiques utilisée dans le modèle (cf. encadré 9).

Encadré 9 : Décomposition détaillée de l'écart du taux d'absence

Si la décomposition agrégée du modèle de Fairlie est aisément obtenue par simple estimation d'un modèle logistique (cf. encadré 8), la non-linéarité de la fonction logistique rend complexe l'isolation de l'effet de chacune des caractéristiques contenues dans la matrice X_{FP} . Yun (2004)³⁹ propose d'approximer la contribution de chaque variable $X_{FP,k}$ en lui attribuant le poids

$$w_k = \frac{(\overline{X_{privé,k}} - \overline{X_{FP,k}})\beta_{privé,k}}{\sum_k (\overline{X_{privé,k}} - \overline{X_{FP,k}})\beta_{privé,k}}$$

où $\beta_{privé,k}$ désigne le coefficient de régression calculé sur le groupe des salariés du secteur privé associé à la variable k .

Ainsi, on obtient que la k -ième variable contribue pour *part expliquée* $\times 100 \times w_k$ points de pourcentage (p.p) à la part expliquée de l'écart observé entre les taux d'absences du secteur privé et de la fonction publique

³⁹ Myeong-Su Yun, *Decomposing differences in the first moment*, *Economics Letters*, Volume 2, Issue 2, 2004, 275-280.

Annexe II

Pour chacun des versants de la fonction publique, l'écart expliqué de taux d'absence avec le secteur privé a été décomposée par caractéristique socio-économique (cf. graphique 21).

Le taux d'absence inférieur dans la FPE par rapport au secteur privé (écart de - 0,8 p.p. entre le secteur privé et la FPE) peut s'expliquer à hauteur de - 0,9 p.p. se décomposant en :

- ◆ - 0,4 p.p. lié à la proportion plus importante de détenteurs de diplômes de niveau au moins égal à Bac +3 dans la FPE ;
- ◆ - 0,3 p.p. lié à la proportion plus importante de cadres dans la FPE ;
- ◆ - 0,1 p.p. lié à la proportion plus importante de professions intermédiaires dans la FPE ;
- ◆ - 0,1 p.p. lié à la part plus importante de contrats pérennes dans la FPE ;
- ◆ + 0,1 p.p. du fait de la part plus importante de femmes tendant, à l'inverse, à augmenter le taux d'absence dans la FPE.

Le taux d'absence supérieur dans la FPH par rapport au secteur privé (écart de + 1,2 p.p. entre le secteur privé et la FPH) peut s'expliquer à hauteur de + 0,2 p.p. se décomposant en :

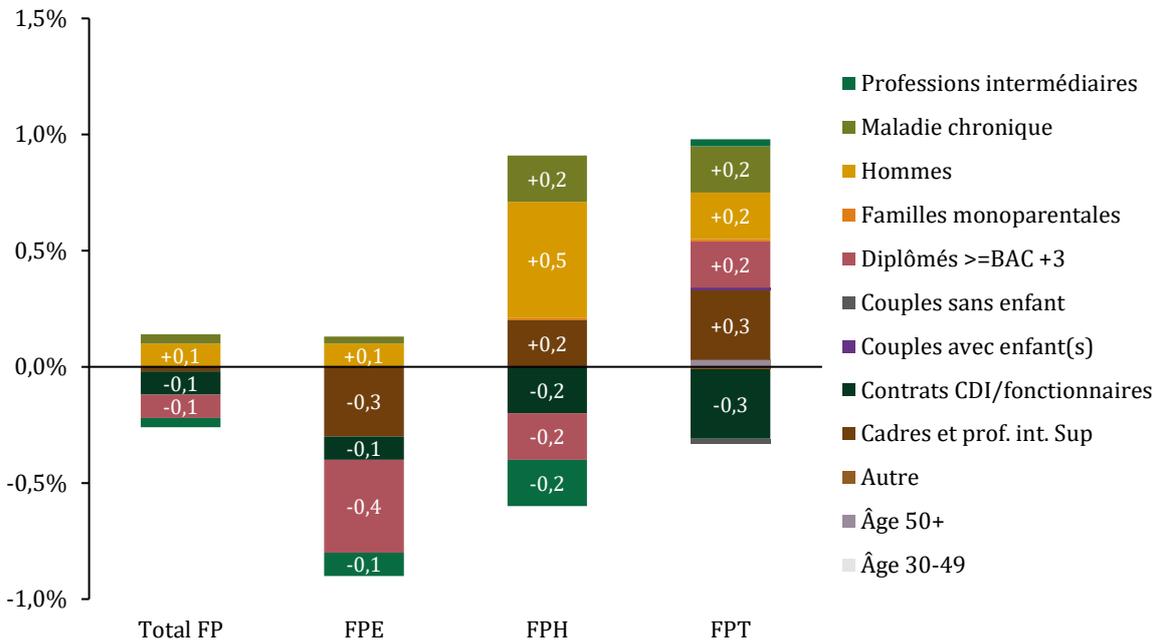
- ◆ + 0,5 p.p. lié à la plus grande représentation des femmes dans la FPH ;
- ◆ + 0,2 p.p. lié à la plus faible représentation des cadres dans la FPH ;
- ◆ + 0,2 p.p. lié à la plus grande part d'agents atteints de maladie chronique dans ce versant ;
- ◆ - 0,2 p.p. lié à la plus forte présence de contrats pérennes ;
- ◆ - 0,2 p.p. lié à la part plus importante de professions intermédiaires ;
- ◆ - 0,2 p.p. lié à la proportion plus importante de détenteurs de diplômes de niveau au moins égal à Bac +3 dans la FPH.

Le taux d'absence supérieur dans la FPT par rapport au secteur privé (écart de + 1,1 p.p. entre le secteur privé et la FPH) peut s'expliquer à hauteur de + 0,6 p.p. se décomposant en :

- ◆ + 0,3 p.p. lié à la moindre représentation des cadres dans la FPT ;
- ◆ + 0,2 p.p. lié à la plus grande représentation des femmes dans la FPT ;
- ◆ + 0,2 p.p. lié à la moindre proportion de détenteurs de diplômes de niveau au moins égal à Bac +3 dans ce versant ;
- ◆ + 0,2 p.p. lié à la plus grande part d'agents atteints de maladie chronique dans ce versant ;
- ◆ - 0,3 p.p. lié à la plus forte présence de contrats pérennes qui joue, à l'inverse, en faveur d'un taux d'absence plus faible dans la FPT que dans le secteur privé.

Annexe II

Graphique 21 : Décomposition de l'écart expliqué entre les taux d'absence pour raison de santé observés dans les différents versants de la fonction publique relativement au secteur privé, par caractéristique socio-économique (en p.p.)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

3.2.2. La FPH présente, en réalité, des taux d'absence similaires au secteur privé sanitaire et médico-social à caractéristiques socio-économiques identiques

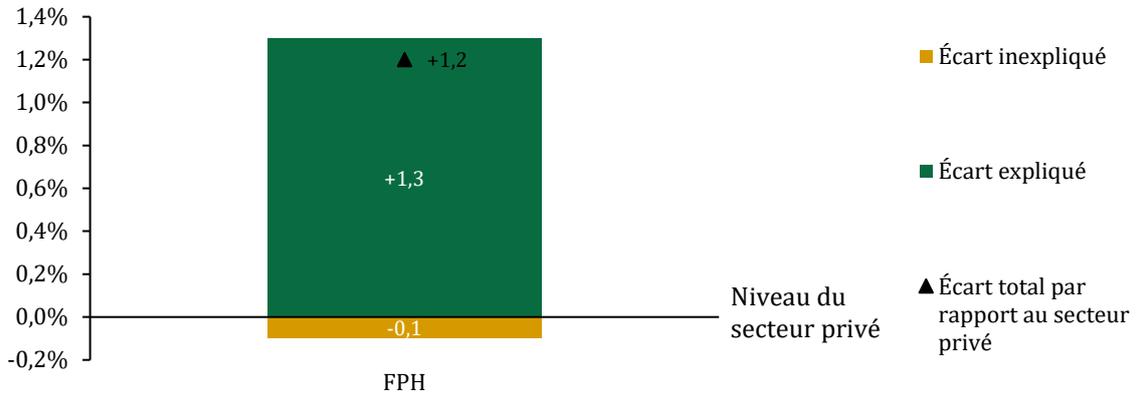
L'analyse de l'écart entre les taux d'absence de la FPH et du secteur privé a été reproduite en utilisant un modèle logistique identique à celui précédemment utilisé, à l'exception près qu'est introduite une variable supplémentaire permettant d'identifier un effet propre aux individus exerçant un métier du soin. **Cette approche permet donc d'établir un contrefactuel plus adapté pour la FPH, en prenant en compte notamment les médecins, infirmiers et aides-soignants du secteur privé, hors professions libérales.**

L'estimation de ce nouveau modèle indique que, toutes choses égales par ailleurs, les individus exerçant une profession médicale ont une probabilité accrue de 1,4 p.p. d'être absent pour maladie que les autres.

La part expliquée de l'écart entre les taux d'absence dans la FPH et le secteur privé ainsi recalculée atteint 94 % (soit + 1,3 p.p.), contre seulement 18 % dans le modèle précédent (cf. graphique 22).

Annexe II

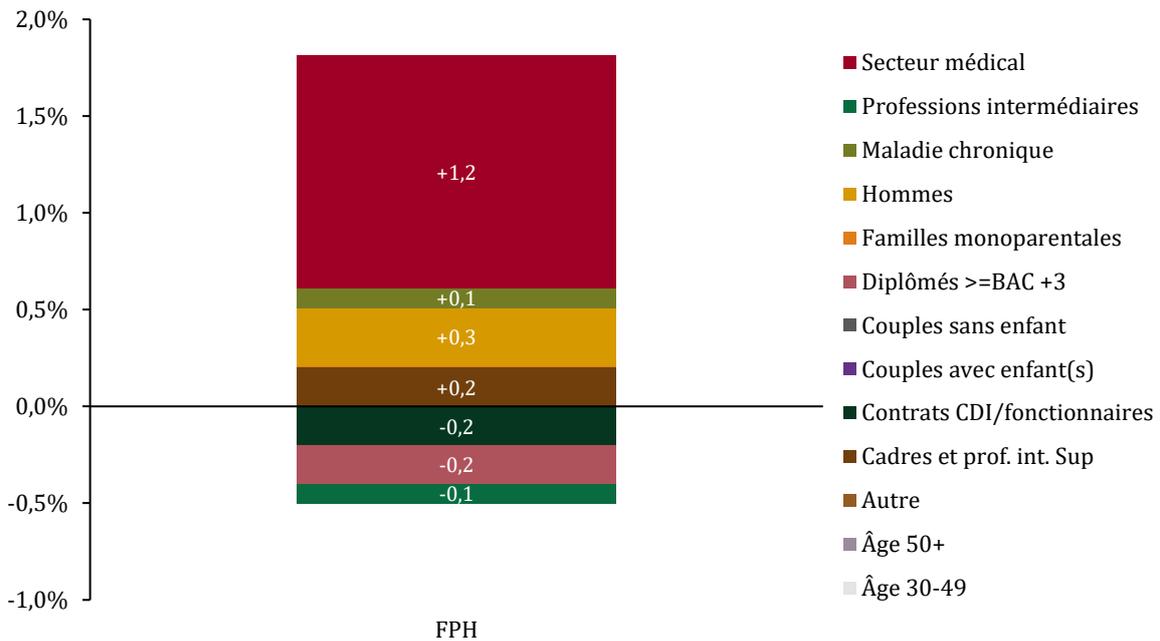
Graphique 22 : Décomposition de l'écart total entre les taux d'absence pour raison de santé observés dans la FPH relativement au secteur privé en utilisant les soignants du privé comme contrefactuel (en p.p.)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

Cette part expliquée est tout particulièrement portée par la forte proportion d'individus ayant une profession médicale au sein de la FPH (+ 1,2 p.p.) ainsi que la proportion relativement plus faible d'hommes (+ 0,3 p.p.) (cf. graphique 23).

Graphique 23 : Décomposition de l'écart expliqué entre les taux d'absence pour raison de santé observés dans la FPH relativement au secteur privé, par caractéristique socio-économique (en p.p.)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

La diversité des types de métiers exercés dans la FPT et la taille de l'échantillon de l'enquête Emploi ne permettent pas de reproduire cette nouvelle analyse pour le versant territorial. Les échantillons contrefactuels par type de métiers ne sont, en effet, pas de taille suffisante pour garantir la significativité des résultats.

3.3. Au sein de la fonction publique, les facteurs socio-économiques génèrent des différences pouvant aller jusqu'à 5,8 p.p. de taux d'absence pour un taux moyen d'absence une semaine donnée de 6,0 %

La mission a réalisé une régression logistique appliquée aux seuls individus appartenant à la fonction publique pour les années 2021 et 2022 (prévalence moyenne de 6,0 % sur ces années) afin d'évaluer la variabilité des taux d'absences associée aux caractéristiques des agents et emplois au sein de la fonction publique.

L'âge, le sexe, la situation statutaire, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de diplôme, la composition familiale du foyer et l'atteinte par une maladie chronique influent ainsi significativement, toutes choses égales par ailleurs, sur la propension à être absent dans la fonction publique. Toutes choses égales par ailleurs, les agents titulaires ont un taux d'absence durant la semaine de référence supérieur de 2,0 p.p. à celui des agents contractuels. C'est l'atteinte par une maladie chronique qui a l'impact le plus important sur le taux d'absence : les agents atteints par une maladie chronique ont un taux d'absence durant la semaine de référence supérieur de 5,8 p.p. à celui des agents qui n'en sont pas atteints.

Tableau 26 : Table de régression logistique du taux d'absence des agents de la fonction publique sur la période 2021 - 2022 en fonction de facteurs socio-économiques et de leur statut

Variable	Modalités	Effet marginal moyen de la variable (en p.p.)
Tranche d'âge	0 - 29 ans	-
	30 - 49 ans	+ 0,6 (**)
	plus de 50 ans	+ 1,7 (***)
Sexe	Femmes	-
	hommes	- 2,2 (***)
Statut dans la fonction publique	contractuel	-
	titulaire	+ 2,0 (***)
Diplôme	inférieur à Bac +3	-
	supérieur ou égal à Bac +3	- 1,3 (***)
Type de ménage	ménage d'une seule personne	-
	familles monoparentales	+ 0,6
	couples sans enfant	0,0
	couples avec enfant(s)	- 0,8 (***)
	autre	- 1,2
Présence d'une maladie chronique	non	-
	oui	+ 5,8 (***)
	non réponse	+ 2,5 (***)
Catégorie socio-professionnelle	employés et ouvriers	-
	cadres et professions intermédiaires supérieures	- 3,0 (***)
	professions intermédiaires	- 1,3 (***)
	autre	+ 1,7

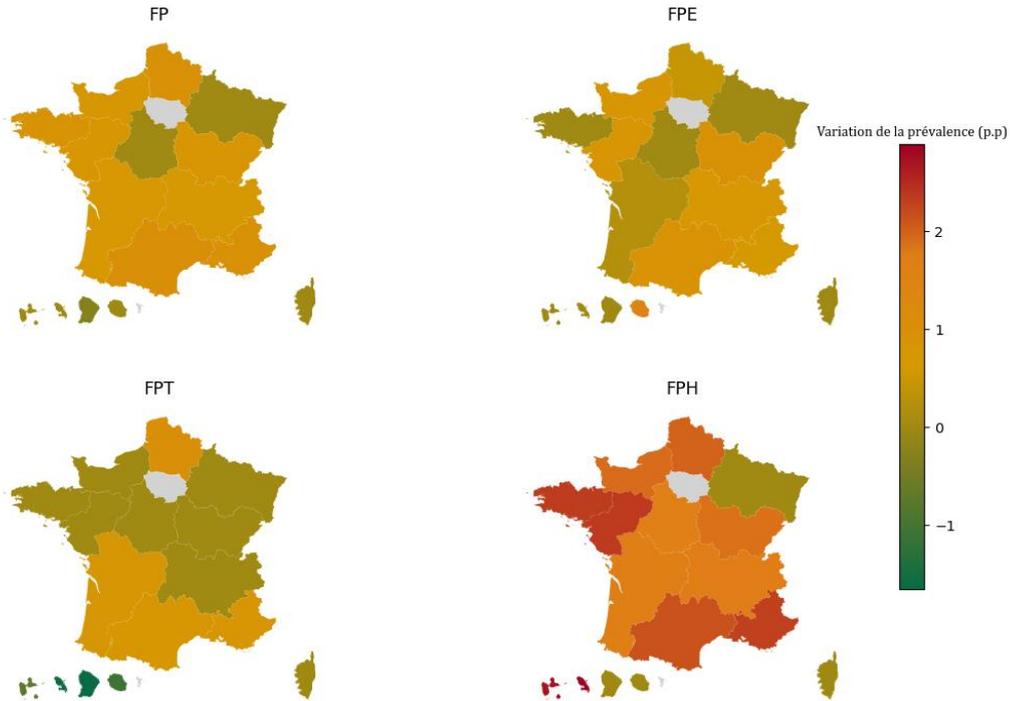
Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

Les tirets dans certaines cases du tableau indiquent que la modalité correspondante est choisie comme niveau de référence pour la variable concernée. Les étoiles indiquent le seuil de significativité de la variable dans la régression. En particulier, (***) , (**) , (*) correspondent respectivement à une significativité aux seuils de 1 % , 5 % , 10 % . L'absence d'étoile indique un niveau de significativité inférieur aux seuils précédemment évoqués et les coefficients associés ne devraient pas être interprétés. L'effet marginal moyen d'une variable retranscrit l'impact moyen de cette seule variable sur la prévalence des absences (en p.p.)

Annexe II

Le contrôle des caractéristiques des agents et des emplois présentes dans l'enquête Emploi fait apparaître des disparités géographiques, notamment dans la FPH, là où la prévalence est relativement homogène entre régions avant contrôle (cf. 2.4.3). Toutes caractéristiques égales par ailleurs, sur la période 2013-2022, les régions méridionales de l'hexagone et celles du quart Nord-Ouest présentent ainsi une part d'agents absents pour raison de santé, une semaine donnée, plus importante, en particulier dans le versant hospitalier (cf. graphique 24).

Graphique 24 : Cartographie des effets marginaux moyens par région sur la prévalence des congés pour raison de santé, prenant pour référence la région Île-de-France



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

ANNEXE III

Les mesures pour prévenir les absences dans la fonction publique

SOMMAIRE

1. À LA SUITE DU RAPPORT PARMENTIER-LECOCQ DE 2019, UN PLAN DE SANTÉ AU TRAVAIL A ÉTÉ MIS EN PLACE POUR LA FONCTION PUBLIQUE MAIS LES DONNÉES DE SANTÉ DANS LA FONCTION PUBLIQUE DEMEURENT PEU STRUCTURÉES.....	1
1.1. En 2019, le rapport Parmentier-Lecocq a mis en évidence l'enjeu à mettre en œuvre un plan de santé au travail et à améliorer la connaissance de la santé dans la fonction publique	1
1.2. Le plan santé au travail dans la fonction publique vise à renforcer la prévention, favoriser la qualité de vie au travail et lutter contre la désinsertion professionnelle à horizon 2025.....	1
1.3. Si les rapports sociaux uniques ont vocation, à terme, à structurer les informations relatives à la santé au travail dans la fonction publique, les données demeurent parcellaires.....	3
2. LES EMPLOYEURS PUBLICS DOIVENT RENFORCER LEUR POLITIQUE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL POUR MIEUX PRÉVENIR L'IMPACT DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ DE LEURS AGENTS ET RÉDUIRE LEURS ABSENCES.....	6
2.1. Les employeurs publics sont soumis à des obligations relatives à la prévention et à la santé au travail qui sont définies par le code général de la fonction publique et le code du travail	6
2.2. Les missions d'évaluation et de prévention des risques professionnels sont diversement investies par les employeurs publics.....	9
2.3. La police nationale, avec 4,3 jours de congés pour invalidité temporaire imputable au service par agent par an, les sapeurs-pompiers, les métiers techniques de la FPT et les agents hospitaliers, avec des taux de sinistralité de plus de 7 %, sont les plus concernés par les accidents et maladies professionnelles.....	19
2.4. Comme cela est prévu dans la FPE, la mise en place de la PSC devrait être l'occasion de renforcer, avec l'appui des mutuelles, les actions de prévention au bénéfice des agents publics des deux autres versants.....	23
3. LES RECLASSEMENTS D'AGENTS PUBLICS INAPTES RESTANT RARES, LA LUTTE CONTRE LA DÉINSERTION PROFESSIONNELLE REPOSE SUR LA VOLONTÉ DES EMPLOYEURS D'ACCOMPAGNER LEURS AGENTS EN ARRÊT ET LE RECOURS CROISSANT AU TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE.....	27
3.1. Les conseils médicaux se prononcent sur les réintégrations à l'issue de congés de maladie longs, les reclassements et les placements en temps partiels thérapeutiques.....	27
3.2. L'efficacité du dispositif de temps partiel thérapeutique gagnerait à être évaluée compte tenu de son essor et de l'assouplissement de ses modalités d'octroi	28
3.3. L'accompagnement des agents pendant les arrêts longs et à leur reprise de poste en vigueur dans le secteur privé et la FPH pourrait être transposé dans la FPE et la FPT.....	31

3.4. Le reclassement des agents publics demeure un dispositif de maintien dans l'emploi peu mobilisé, faute de visibilité sur les emplois disponibles pouvant correspondre à la situation des agents entre autres.....	33
4. L'ÉVOLUTION DES MODES DE MANAGEMENT ET DES ORGANISATIONS DE TRAVAIL DOIT POUVOIR CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET À LA MAÎTRISE DES ABSENCES DES AGENTS PUBLICS	37
4.1. Dans le cadre de la consultation « Fonction publique+ » lancée en 2023, les agents ont exprimé des attentes en matière d'évolution des méthodes de management et d'organisation du travail dans la fonction publique.....	37
4.2. Les managers ont un rôle à jouer pour améliorer l'organisation du travail et réduire l'absentéisme dans la fonction publique.....	38
4.3. L'organisation du travail a connu de nombreuses évolutions dans la fonction publique avec l'essor du télétravail et des initiatives d'employeurs publics.....	41
5. LES FONDS EXISTANTS EN FAVEUR DE LA SANTÉ AU TRAVAIL NE PEUVENT APPORTER QUE DES RÉPONSES LIMITÉES AUX ENJEUX QUE RENCONTRE LA FONCTION PUBLIQUE	44
5.1. L'effort financier consacré sur leur budget par les employeurs publics en faveur de la prévention de l'absentéisme n'est pas documenté	44
5.2. Le FIACT constitue un outil structuré pour faire levier sur la qualité de vie au travail dans la FPE mais n'est que symboliquement doté à hauteur de 1 M€ et peu mobilisé.....	44
5.3. Peu connu dans la FPT et la FPH, le FNP assure le financement d'actions de prévention pour 9 M€ par le biais d'appels à projet thématiques	45
5.4. Ayant pour vocation d'accompagner l'emploi des personnes en situation de handicap dans la fonction publique, le FIPHFP ne cible pas spécifiquement la prévention de l'absentéisme	46
5.5. Le FIR géré par les ARS soutient l'amélioration des conditions de travail dans la FPH mais seulement dans neuf régions hexagonales en 2023.....	47
5.6. La mise en place des fonds de prévention de l'usure professionnelle FPH et FPT constitue une réponse face aux enjeux de prévention et aux limites des fonds existants.....	48

1. À la suite du rapport Parmentier-Lecocq de 2019, un plan de santé au travail a été mis en place pour la fonction publique mais les données de santé dans la fonction publique demeurent peu structurées

1.1. En 2019, le rapport Parmentier-Lecocq a mis en évidence l'enjeu à mettre en œuvre un plan de santé au travail et à améliorer la connaissance de la santé dans la fonction publique

M^{me} Charlotte Parmentier-Lecocq, députée de la sixième circonscription du Nord M^{me} Pascale Coton, vice-présidente du Conseil économique, social et environnemental (CESE) et M. Jean-François Verdier, inspecteur général des finances ont été missionnés, en 2019, par le Premier ministre pour améliorer la santé, la sécurité et la qualité de vie au travail dans la fonction publique¹.

Cette mission a fait le constat, dans la fonction publique, d'une politique de santé au travail règlementairement structurée mais dont le pilotage gagnerait à être renforcé. Elle a, à ce titre, souligné l'absence d'un plan national de prévention propre à la fonction publique. Le troisième plan national de santé au travail, qui couvrait la période 2016-2020, ne comportait aucune mention de la fonction publique et de ses spécificités.

Le rapport souligne que « *la mission s'est heurtée à l'absence de données exhaustives. Cette situation n'a pas permis de conduire pleinement le travail d'évaluation qui était attendu* ». C'est donc aussi l'enjeu de mieux connaître la situation des dispositifs de santé et de sécurité au travail dans la fonction publique qu'a soulevé cette mission, compte tenu des limites similaires à celles rencontrées historiquement dans le suivi de l'absentéisme : morcellement des outils, non-exhaustivité des périmètres couverts par les données et hétérogénéité des indicateurs entre versants et entre employeurs publics d'un même versant.

Ce diagnostic a conduit à la formulation de plusieurs préconisations :

- ◆ **formaliser un plan de santé au travail de la fonction publique ;**
- ◆ développer la pluridisciplinarité des équipes de santé au travail en s'appuyant sur les infirmiers et infirmières spécialisés en santé au travail ;
- ◆ favoriser les mutualisations et les synergies entre les services, y compris en articulation avec les services du secteur privé ;
- ◆ **harmoniser les modes de collecte et de suivi des données de santé dans la fonction publique.**

1.2. Le plan santé au travail dans la fonction publique vise à renforcer la prévention, favoriser la qualité de vie au travail et lutter contre la désinsertion professionnelle à horizon 2025

Dans la lignée des recommandations de la mission Parmentier-Lecocq de 2019, un premier plan de santé au travail 2022-2025 dans la fonction publique a été annoncé par la Ministre de la transformation et de la fonction publiques en mars 2022.

¹ C. Lecocq, P. Coton, J-F. Verdier, Rapport *Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance*, septembre 2019.

Annexe III

Ce plan comprend 36 mesures et met en évidence 5 priorités faisant écho aux différents axes de la sécurité et de la santé au travail (cf. tableau 1) :

- ◆ développer le dialogue social et le pilotage de la santé et sécurité au travail ;
- ◆ prioriser la prévention primaire et développer la culture de prévention ;
- ◆ favoriser la qualité de vie et des conditions de travail ;
- ◆ prévenir la désinsertion professionnelle ;
- ◆ renforcer et améliorer le système d'acteurs de la prévention.

Tableau 1 : Mesures du plan de santé au travail dans la fonction publique

Priorité	Mesures
Développer le dialogue social et le pilotage de la santé et sécurité au travail	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Renforcer la fonction d'observation de la Formation spécialisée n° 4 (FS4) du Conseil commun de la fonction publique (CCFP) ; ◆ associer la FS4 du CCFP à la gestion d'appels à projets pour des études sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique ; ◆ confier à la FS4 du CCFP le suivi et la réalisation du bilan du plan santé au travail dans la fonction publique ; ◆ accompagner la mise en place des formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail des comités sociaux ; ◆ accompagner et former sur le dialogue social et la négociation collective ; ◆ mener une réflexion sur l'amélioration de l'appropriation et de l'utilisation des registres de santé et de sécurité au travail.
Prioriser la prévention primaire et développer la culture de prévention	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Réaffirmer l'obligation de réalisation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et en faire l'outil du pilotage de la politique de prévention des risques par le programme annuel de prévention ; ◆ mettre à la disposition des acteurs des ressources méthodologiques permettant de favoriser l'appropriation du DUERP par les employeurs et les encadrants ; ◆ développer la formation à la prévention et la santé au travail dans les écoles de service public et dans le tronc commun des cursus de formation des encadrants ; ◆ développer la formation initiale et continue des agents en matière de santé et de sécurité au travail ; ◆ développer des initiatives pour améliorer la visibilité de la santé au travail et de sensibiliser les agents, les encadrants et les fonctions ressources humaines ; ◆ adapter pour la fonction publique les supports de prévention existant pour le secteur privé, notamment pour les petites collectivités et établissements publics ; ◆ encourager le développement d'actions favorisant la santé des agents (prévention des addictions, des maladies cardio-vasculaires, pratiques sportives...) ; ◆ dresser un bilan de la mise en œuvre des actions de prévention des risques psychosociaux, dix ans après la signature de l'accord-cadre de 2013 ; ◆ prendre en compte dans les politiques de prévention des risques les incivilités et violences externes et internes ainsi que leurs conséquences ; ◆ améliorer les dispositifs de prévention des risques psychosociaux spécifiques aux encadrants afin de protéger leur santé et de renforcer leur capacité à contribuer à la prévention des risques psychosociaux des agents ; ◆ mettre en place les mesures du plan amiante dans la fonction publique.

Annexe III

Priorité	Mesures
Favoriser la qualité de vie et des conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Soutenir la diffusion et l’approfondissement de la culture de la qualité de vie et des conditions de travail ; ◆ développer la culture du management ; ◆ favoriser la mise en place d’espaces de discussion sur le travail pour les agents et les encadrants ; ◆ favoriser la signature d’accords et de chartes sur la qualité de vie et des conditions de travail ; ◆ inciter les employeurs à réaliser des études d’impact préalables en matière de qualité de vie et des conditions de travail et de santé et sécurité au travail pour tout projet important modifiant les conditions de travail incluant la prise en compte des effets sur les collectifs de travail ; ◆ accompagner les encadrants dans l’anticipation et la prise en compte de l’impact des projets et de la conduite des changements sur la santé et la sécurité.
Prévenir la désinsertion professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Déployer les dispositifs destinés à prévenir le risque d’usure professionnelle ; ◆ améliorer l’usage du temps partiel thérapeutique ; ◆ accompagner le reclassement des agents avec une réforme du dispositif de reclassement et la mobilisation des établissements et services de réadaptation professionnelle ; ◆ déployer des mesures pour favoriser l’accès à l’emploi, les parcours de carrière et l’insertion professionnelle des personnes en situation de handicap dans la fonction publique.
Renforcer et améliorer le système d’acteurs de la prévention	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Améliorer l’attractivité des postes de médecin du travail ; ◆ accompagner le développement de la pluridisciplinarité au sein des services de médecine de prévention et de santé au travail ; ◆ renforcer la formation des conseillers et des assistants de prévention ; ◆ définir localement la quotité de temps de travail consacrée aux missions de prévention à présenter devant l’instance de dialogue social ; ◆ favoriser le développement de réseaux métiers en santé et sécurité au travail ; ◆ analyser le système d’acteurs en santé et sécurité au travail dans la fonction publique pour en évaluer la performance et identifier les leviers de progrès ; ◆ consolider les missions des agents chargés de l’inspection en santé et sécurité au travail et les inscrire dans un cadre stratégique ; ◆ renforcer l’organisation de l’inspection en soutenant le fonctionnement en réseau et les coopérations des agents chargés de l’inspection en santé et sécurité au travail ; ◆ rénover la formation initiale des inspecteurs santé et sécurité au travail et travailler à la mise en place d’une formation continue.

Source : Plan de santé au travail dans la fonction publique 2022-2025.

1.3. Si les rapports sociaux uniques ont vocation, à terme, à structurer les informations relatives à la santé au travail dans la fonction publique, les données demeurent parcellaires

Au même titre que les données relatives à l’absentéisme (cf. annexe II), les données de santé au travail sont concernées par la mise en place des rapports sociaux uniques (RSU) et des bases de données sociales qui doivent, à partir de l’exercice 2023, permettre de disposer d’une vision unifiée et harmonisée de la situation des ressources humaines de la fonction publique.

Annexe III

Les trois arrêtés² fixant la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales, un par versant, intègrent des indicateurs spécifiques sur la santé et la sécurité au travail.

À titre d'exemple, l'arrêté du 7 mai 2021 liste, pour la fonction publique de l'État (FPE), 97 indicateurs ayant vocation à être restitués en matière de santé et sécurité au travail sur le total de 189 indicateurs de la base de données sociales. Ces 97 indicateurs sont répartis entre les 9 sous-catégories suivantes :

- ◆ risques professionnels (accidents du travail, maladies professionnelles et violences sur agents) ;
- ◆ dispositifs de signalement (saisines, actes de violence et victimes) ;
- ◆ recours à la protection fonctionnelle ;
- ◆ suicides et tentatives de suicide ;
- ◆ acteurs de la prévention (nombre d'assistants et de conseillers de prévention, modalités de leur formation) ;
- ◆ instances de prévention (nombre de formations spécialisées, membres, agents couverts, réunions de ces instances, activités de ces instances et notamment étude des registres santé et sécurité au travail et des documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUERP)) ;
- ◆ commissions médicales (suivi des reclassements, temps partiels thérapeutiques et inaptitudes) ;
- ◆ actions de prévention (inspection, formation, mise en place des DUERP et de programmes de prévention, suivi des situations d'usure professionnelle) ;
- ◆ médecine de prévention (organisation et activité des équipes de médecine de prévention).

Comme pour les absences, les derniers RSU publiés par les employeurs publics demeurent inégaux dans la restitution de la situation de la santé et de la sécurité au travail.

À titre d'exemple, dans la FPE, le RSU 2021 du ministère de l'intérieur donne à voir des éléments de suivi sur l'ensemble des sous-catégories alors que le RSU 2022 des ministères économiques et financiers ne présente des indicateurs que pour 6 sous-catégories (risques professionnels, dispositifs de signalement, recours à la protection fonctionnelle, suicides et tentatives de suicide, commissions médicales et médecine de prévention).

Dans la fonction publique hospitalière (FPH), l'enquête réalisée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) ne permet de suivre que le taux de fréquence des accidents avec arrêt de travail, les causes d'accident du travail les plus fréquentes et les métiers les plus touchés.

² Arrêté du 7 mai 2021 fixant pour la fonction publique de l'État (FPE) la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales ; arrêté du 10 décembre 2021 fixant pour la fonction publique territoriale (FPT) la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociale ; arrêté du 28 avril 2022 fixant pour la fonction publique hospitalière (FPH) la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales.

Annexe III

La synthèse des bilans sociaux des collectivités pour l'exercice 2019 réalisée par la direction générale des collectivités locales (DGCL) ne présente que les items suivants pour la fonction publique territoriale (FPT) :

- ◆ part des collectivités ayant mis en place un DUERP et des démarches de prévention selon la taille ;
- ◆ nombre d'agents et de collectivités ayant des agents affectés à la prévention par type de collectivité ;
- ◆ nombre d'accidents de service, de trajets et de maladies professionnels pour 100 agents en emploi permanent selon la filière ;
- ◆ nombre d'accidents de service, de trajets et de maladies professionnels pour 100 agents en emploi permanent le type de collectivités ;
- ◆ nombre d'inaptitudes, de retraites pour invalidité, de temps partiels thérapeutiques, d'aménagements d'horaire ou de postes de travail et de mises en disponibilité d'office ;
- ◆ nombre d'actes de violence ou de harcèlement subis par sexe, type d'auteur et type de collectivités.

En revanche, cette synthèse ne restitue pas les thématiques de recours à la protection fonctionnelle et de suicides et tentatives de suicide.

L'état des lieux du déploiement de ce cadre sur le champ de la santé et de la sécurité au travail est, de ce fait, similaire à celui dressé dans l'annexe II sur le suivi de l'absentéisme, à savoir que la convergence vers ce format unifié n'est pas finalisée et qu'il n'existe pas de restitutions statistiques consolidées régulières autour de la prévention et de la santé au travail.

Les analyses réalisées dans cette annexe s'appuient, en conséquence, sur un ensemble de sources diverses, parmi lesquelles le rapport annuel sur l'état de la fonction publique de la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), les rapports sociaux des administrations, les données de fonds de prévention et les réponses aux questionnaires adressés aux employeurs publics suivants :

- ◆ pour la FPE, le ministère de l'éducation nationale, le ministère de l'intérieur, le ministère des armées et les ministères économiques et financiers ;
- ◆ pour la FPT, la Région Hauts-de-France, le Département du Nord et la métropole européenne de Lille ;
- ◆ pour la FPH, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes.

2. Les employeurs publics doivent renforcer leur politique de santé et sécurité au travail pour mieux prévenir l'impact du travail sur la santé de leurs agents et réduire leurs absences

2.1. Les employeurs publics sont soumis à des obligations relatives à la prévention et à la santé au travail qui sont définies par le code général de la fonction publique et le code du travail

Les règles de prévention et sécurité au travail du code du travail viennent à s'appliquer pour la fonction publique dans les conditions prévues aux articles L. 811-1 et L. 811-2 du code général de la fonction publique (CGFP) selon les modalités suivantes :

- ◆ les règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité dans les services de la FPE et de la FPT sont celles des livres Ier à V de la quatrième partie du code du travail complétées par les décrets n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique pour la FPE ; 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 FPT ;
- ◆ les règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité dans les services de la FPH sont celles de l'ensemble de la quatrième partie du code du travail.

Ces dispositions prévoient que les employeurs sont tenus d'assurer la sécurité et de protéger la santé mentale et physique de l'ensemble des travailleurs sur leurs postes de travail par :

- ◆ l'évaluation des risques dans la structure ;
- ◆ l'information et la formation des agents ;
- ◆ la mise en place d'une organisation et de moyens de travail adaptés ;
- ◆ le déploiement d'actions de prévention des risques professionnels ;
- ◆ la mise en place d'une organisation et de moyens consacrés à la prévention et à la santé au travail.

2.1.1. Les employeurs publics sont tenus d'évaluer les risques professionnels dans leur structure et de mettre en œuvre, en regard, des mesures de prévention

Les articles L. 4121-3 et L. 4121-3-1 du code du travail prévoient l'obligation pour tout employeur de **réaliser une évaluation des risques et mettre en œuvre des mesures de prévention** en fonction de la nature des activités de la structure et des risques inhérents à ces activités et en particulier :

- ◆ les procédés de fabrication ;
- ◆ les équipements de travail ;
- ◆ les substances ou préparations chimiques ;
- ◆ l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations ;
- ◆ l'organisation du travail ;
- ◆ et la définition des postes de travail.

Annexe III

Les résultats de cette évaluation sont insérés dans le DUERP. À la suite de cette évaluation, l'employeur doit mettre en œuvre des actions de prévention selon un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRI Pact) pour les structures dont l'effectif est supérieur ou égal à cinquante agents ou salariés.

2.1.2. Les employeurs publics doivent réaliser des actions d'information et de formation à destination de leurs agents

Le code du travail dispose, par les articles L. 4141-1 à L. 4141-5, que l'employeur doit mettre en place des actions d'information et de formation sur la sécurité au travail au profit des agents et salariés suivants :

- ◆ les nouveaux embauchés ;
- ◆ les agents ou salariés qui changent de poste de travail ;
- ◆ les travailleurs temporaires ;
- ◆ les agents et salariés qui reprennent leur activité après avoir été vus par le médecin du travail.

2.1.3. Les agents doivent être en mesure de bénéficier d'organisations de travail et de moyens adaptés à leur exercice professionnel

Les livres II et III de la quatrième partie du code du travail fixent **les obligations des employeurs en matière d'organisation des lieux de travail, d'équipements et de moyens de protection des agents.** Sont listées, entre autres, la nécessité de tenir les locaux de travail dans un état de propreté et d'hygiène permettant de préserver la santé des agents et la mise à disposition d'équipements de protection individuelle.

2.1.4. Les actions de prévention des risques professionnels s'appuient sur des agents affectés à la prévention, avec une attention particulière pour certains risques et activités spécifiques

Au titre des livres IV et V de la quatrième partie du code du travail, les employeurs doivent mettre en place des actions de prévention des risques d'exposition ou des risques liés à certaines activités ou opérations :

- ◆ risques chimiques ;
- ◆ risques biologiques ;
- ◆ risques d'exposition au bruit ;
- ◆ risques d'exposition aux vibrations mécaniques ;
- ◆ risques d'exposition aux rayonnements ;
- ◆ risques en milieu hyperbare ;
- ◆ risques spécifiques à certains secteurs : nucléaire, bâtiment et génie civil notamment.

Dans la FPE et la FPT, un registre de santé et de sécurité au travail est ouvert dans chaque service. Ce registre est mis à la disposition des agents et, éventuellement, des usagers. Il a vocation à recueillir les observations et suggestions concernant la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

Annexe III

Chaque employeur nomme également des agents assurant des missions de conseil dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité pour l'assister dans la démarche d'évaluation et de prévention des risques et veiller à la bonne tenue du registre de santé et sécurité au travail :

- ◆ les assistants de prévention constituant le niveau de proximité ;
- ◆ et, le cas échéant, des conseillers de prévention constituant le niveau de coordination.

Un dispositif d'inspection interne à l'administration est chargé d'assurer le respect des règles relatives à la santé et à la sécurité au travail. Des inspecteurs hygiène et sécurité vérifient ainsi les conditions d'application des règles d'hygiène et de sécurité et, ayant librement accès aux locaux et lieux de travail et aux registres, ils proposent à l'administration les mesures qu'ils jugent nécessaires³.

En ce qui concerne la FPH, l'établissement employeur désigne, selon les dispositions du code du travail des agents compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels au sein de l'établissement.

2.1.5. Chaque employeur public doit disposer d'un service de médecine de prévention pluridisciplinaire et piloté par un médecin du travail

Dans la fonction publique, un service de médecine de prévention, pour la FPE et la FPT³, ou de prévention et de santé au travail pour la FPH est mis en place par chaque employeur afin d'éviter toute altération de la santé des agents du fait de leur travail. Coordonné par un médecin du travail, ce service s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire (infirmiers et secrétaires médicaux) qui doit disposer de locaux, matériels et équipements lui permettant d'assurer cette mission. Cette équipe peut appartenir à un service créé directement par l'administration ou mutualisé entre plusieurs employeurs publics ou à un service de santé au travail avec lequel l'administration a passé une convention.

Ce service participe aux actions suivantes :

- ◆ promotion de la santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- ◆ conseil auprès de l'administration en matière d'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ; d'évaluation des risques professionnels ; de protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ; d'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine, en vue de contribuer au maintien dans l'emploi des agents ; d'hygiène générale des locaux de service ; d'hygiène dans les restaurants administratifs et d'information sanitaire ;
- ◆ appui auprès de l'employeur pour l'évaluation et la prévention des risques professionnels ;
- ◆ surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 et de leur âge ;
- ◆ suivi et traçabilité des expositions professionnelles et veille sanitaire.

³ Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique pour la FPE et 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 FPT.

Annexe III

La loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels et la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention au travail ont fait évoluer, dans le code du travail, l'organisation du suivi de l'état de santé des salariés permettant d'adapter le type et la fréquence des visites médicales aux risques effectivement encourus et de développer la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail.

En miroir de ces réformes, les décrets relatifs à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale ont évolué pour la fonction publique⁴. La visite médicale à l'embauche a, dans la FPE et la FPT, été limitée aux seuls emplois à risque et les visites d'information et de prévention prévues au cours de la carrière peuvent depuis être déléguées par le médecin du travail à un infirmier spécialisé en santé au travail. L'objectif est de libérer du temps médical et de permettre aux médecins du travail de se concentrer sur les agents devant faire l'objet d'une surveillance médicale particulière et sur la conduite d'actions de prévention, sur le conseil aux employeurs et aux agents et le maintien dans l'emploi.

Dans la FPE et la FPT, outre la réalisation des visites médicales d'embauche, le médecin du travail établit et met ainsi à jour une fiche annexée au DUERP, communiquée à l'employeur et au comité social, renseignant les risques professionnels identifiés ainsi que les effectifs d'agents exposés à ces risques. Il signale à l'administration les risques pour la santé des agents qu'il constate en lien avec le milieu de travail. Il est obligatoirement consulté sur les projets de construction ou aménagement importants des bâtiments administratifs et de modifications apportées aux équipements et informé de chaque accident de travail et de chaque maladie professionnelle.

Le versant hospitalier de la fonction publique fait l'objet de dispositions dérogatoires prévues au code du travail parmi lesquelles :

- ◆ l'obligation de production d'un rapport annuel par le chef d'établissement, présenté à la commission médicale d'établissement et au comité social et économique ;
- ◆ la possibilité que les fonctions de médecin du travail soient assurées par un professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH).

2.2. Les missions d'évaluation et de prévention des risques professionnels sont diversement investies par les employeurs publics

2.2.1. Le déploiement et l'actualisation annuelle du DUERP et des programmes de prévention ne sont pas encore généralisés, notamment chez les « petits » employeurs publics

D'après le rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique produit par la DGAFP, alors que le DUERP a été instauré en 2001, seuls 70 % des services de la FPE en disposaient, en 2018. Les ministères interrogés dans le cadre de la mission confirment qu'**une minorité de services dans la FPE ne respecte pas l'obligation de production du DUERP.**

⁴ Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique et 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 FPT.

Annexe III

Le ministère de l'éducation nationale indique : « *Les DUERP sont rédigés pour la majorité des établissements et services, mais ne comprennent pas toujours l'évaluation des risques psychosociaux et ne sont pas systématiquement mis à jour* ». Au ministère des armées, 89 % des organismes en son sein disposent d'un DUERP, soit 784 organismes sur 877 recensés, et 62 %, soit 545 organismes, l'ont mis à jour en 2022. Pour les ministères économiques et financiers, le taux de couverture des DUERP et des programmes annuels de prévention atteint 93 % au 31 décembre 2023, les 7 % restants étant liés à un décalage calendaire des présentations des DUERP dans les instances.

Au 31 décembre 2021, les données relatives à la FPT, issues des RSU des collectivités, signalent que 16 500 collectivités ont mis en place un DUERP sur les 38 200 collectivités employant au moins un agent, soit **un taux de collectivités couvertes par un DUERP de 43 %**. Ce sont les plus grandes collectivités qui ont le plus souvent mis en place un DUERP : 70 % des collectivités de 1 000 agents et plus ont un DUERP vs. moins de 20 % des collectivités de moins de 5 agents. Les trois collectivités des Hauts-de-France sollicitées (Région Hauts-de-France, Département du Nord et métropole européenne de Lille) disposent, par exemple, de leur DUERP et d'un PAPRIACT.

En ce qui concerne la FPH, les deux CHU sollicités (AP-HP et CHU de Nantes) respectent leur obligation employeur avec la réalisation de leurs DUERP et PAPRIACT.

Au-delà de l'élaboration initiale du DUERP et des PAPRIACT, les employeurs soulignent la difficulté à les actualiser annuellement. Pour contribuer à lever cette difficulté et faciliter l'appropriation de ces démarches, certains ont développé un outillage spécifique (cf. encadré 1).

Encadré 1 : Les outils déployés pour faciliter l'évaluation des risques professionnels

Pour mener à bien l'exercice de recueil des risques professionnels, le secrétariat général des ministères économiques et financiers met à disposition des directions et acteurs de prévention ministériels un outil informatique intégrant le référentiel des risques professionnels, des mesures de prévention possibles ainsi qu'un guide méthodologique. Depuis la campagne 2024, un nouvel outil informatique Prév'Action a été déployé afin d'améliorer le suivi des mesures de prévention et élargir l'accès en consultation des données aux représentants du personnel.

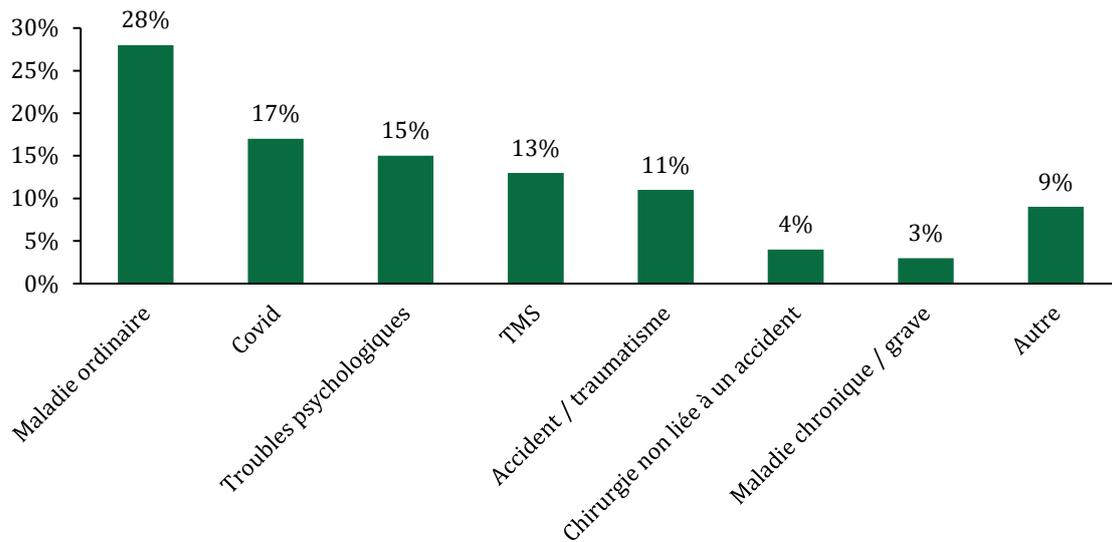
Des projets similaires sont en cours à la direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN) avec le déploiement d'un outil numérique uniforme pour l'ensemble des unités et l'AP-HP envisage d'harmoniser l'outillage des démarches d'évaluation des risques entre établissements.

2.2.2. Les employeurs interrogés par la mission mettent en œuvre des programmes de prévention autour des principaux risques professionnels, en particulier les risques psychosociaux et les troubles musculosquelettiques

L'édition 2023 du baromètre annuel sur l'absentéisme du groupe de protection sociale Malakoff humanis réalisé avec l'Ifop met en évidence la répartition des raisons des arrêts de travail dans le secteur privé (cf. graphique 1). Après la maladie ordinaire (grippe, rhume, angine, gastro-entérite, etc.) et le Covid qui sont respectivement la cause de 28 % et 17 % des arrêts en 2023, **ce sont les troubles psychologiques et les troubles musculosquelettiques (TMS) qui constituent les motifs les plus courants d'arrêts (15 % et 13 %).**

Annexe III

Graphique 1 : Répartition des causes d'arrêt de travail dans le secteur privé en 2023



Source : Édition 2023 du baromètre annuel sur l'absentéisme Malakoff humanis.

Le baromètre souligne également le plus fort poids de ces deux derniers motifs pour les arrêts de durée moyenne (4 à 30 jours) et longue (plus de 30 jours) que pour les arrêts courts (moins de 4 jours). De 19 % des arrêts courts, les risques psychologiques et les TMS vont jusqu'à engendrer près de la moitié (46 %) des arrêts longs (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Part des arrêts de travail liée aux troubles psychologiques et TMS selon la durée de l'arrêt dans le secteur privé en 2023 (en %)

Types d'arrêts	Part liée à des troubles psychologiques	Part liée à des TMS
Arrêts courts	10	9
Arrêts moyens	19	18
Arrêts longs	32	14

Source : Édition 2023 du baromètre annuel sur l'absentéisme Malakoff humanis.

La consultation « Fonction publique+ » réalisée en 2023 auprès des agents de la fonction publique (cf. 4.1) confirme la prépondérance des risques concernant la santé mentale et les TMS. 27 % des répondants considèrent l'épuisement professionnel comme devant être suivi en priorité par leur employeur. En deuxième priorité viennent les RPS (23 %) puis la santé mentale (17 %), les TMS (15 %) et la fatigue physique (12 %).

Les employeurs publics du panel ont développé des plans d'actions spécifiques autour de ces principaux facteurs de risque identifiés (cf. encadré 2 et encadré 3) à savoir les risques psychosociaux (RPS) et les TMS.

Annexe III

Encadré 2 : Les plans d'actions spécifiques construits par les employeurs du panel sur les RPS

Dans les ministères économiques et financiers, les DUERP et programmes de prévention ont développé des focus particuliers autour des risques biologiques depuis la crise sanitaire, des nouveaux modes d'organisation du travail liés au développement du télétravail et aux risques psychosociaux qui, hors crise sanitaire, constituent le principal risque identifié au sein de ces ministères.

La Région Hauts-de-France a mis en place en 2018 un plan d'action de lutte contre les risques psychosociaux au sein des services à la suite de la fusion des régions et en 2020, cette initiative a été étendue aux lycées.

Depuis 2011, la métropole européenne de Lille (MEL) s'est dotée d'un plan de prévention des RPS mis à jour tous les quatre ans. Ce plan rassemble toutes les actions qui concourent à la prévention des RPS (commission RPS, formation des managers et des représentants syndicaux, réalisation de fiches pratiques sur les RPS, cellule signalement, veille sociale, réseau de secouristes en santé mentale, protocole de gestion des situations de crise en matière de santé et sécurité, accompagnement psychologique, modalités de travail permettant une conciliation vie pro/vie privée, droit à la déconnexion...).

Encadré 3 : Les plans d'actions spécifiques construits par les employeurs du panel sur les TMS

Lancé en 2017, le plan de management de la santé au travail du Département du Nord a impliqué la mise en œuvre d'actions de prévention des TMS :

- ◆ des actions de communication visant la prise en main des outils liés au poste de travail (installation au poste de travail, réglages ergonomiques du matériel, commandes en e-service...) par le biais de vidéos et de la mise en place d'un QR code reprenant l'ensemble des conseils en ergonomie ;
- ◆ le déploiement d'équipements dits standards auprès des agents (souris verticales, écrans réglables en hauteur, plans droits, fauteuils avec plus de réglages) ;
- ◆ une campagne de formation à l'éveil musculaire afin de favoriser le réchauffement des muscles avant la prise de poste et prévenir les TMS avec 97 agents formés à cette pratique pour animer ces séances.

Au CHU de Nantes, le PAPRIACT est complété par des plans d'action spécifiques et notamment un plan de prévention institutionnel portant sur les TMS.

Déjà signalé dans le rapport Parmentier-Lecocq en 2019, la pratique d'activités physiques et sportives au travail est mise en place par certains employeurs publics. Le rapport de la mission « flash » sur le sport au travail mené par M. Karl Olive, député de la douzième circonscription des Yvelines et M^{me}. Claudia Roux, députée de la troisième circonscription d'Ille-et-Vilaine souligne les bénéfices de la pratique de ces activités qui « *permettrait de diminuer l'absentéisme de 25 %* » (cf. encadré 4).

Encadré 4 : Le programme « Poissy bien-être » mis en place par la ville de Poissy

En 2017, après consultation de la médecine du travail, la ville de Poissy a accordé à tous les agents deux heures par semaine sur le temps de travail pour pratiquer une activité physique et sportive. Alors que le nombre moyen de jours d'absence par agent s'établissait à 20,0 avant le déploiement du programme, il s'élève désormais à 16,5 jours.

2.2.3. Confrontés à la pénurie de médecins du travail, les employeurs publics de l'échantillon adaptent l'organisation et mettent en œuvre la pluridisciplinarité de leur service de médecine de prévention

La médecine du travail dans la fonction publique a fait l'objet d'un rapport inter-inspections en 2014⁵ dressant le constat d'une pénurie de médecins dans cette spécialité. Faisant le même constat⁶, le rapport Parmentier-Lecocq de 2019 a émis deux recommandations :

- ◆ développer la pluridisciplinarité des équipes de santé au travail en s'appuyant sur les infirmiers et infirmières spécialisés en santé au travail ;
- ◆ favoriser les mutualisations et les synergies entre les services, y compris en articulation avec les services du secteur privé.

Les données actualisées attestent le diagnostic des contraintes démographiques pesant sur la spécialité de la médecine du travail mais soulignent le dynamisme sur les infirmiers spécialisés en santé au travail. En effet, la démographie des médecins du travail a bien connu une baisse continue depuis 2012 : selon les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les effectifs de médecins du travail salariés (secteur privé inclus) sont passés de 5 108 en 2012 à 4 298 en 2022, soit une baisse de 16 % en 10 ans⁷. En revanche, le nombre d'infirmiers spécialisés en santé au travail a augmenté, passant de 1 778 à 2 240 entre 2018 et 2020⁸.

Dans ce contexte, les employeurs publics du panel mobilisé par la mission adaptent l'organisation des services de prévention à leurs enjeux, à leur organisation générale et à leur population d'agents.

Les structures disposant d'échelons locaux ou de services territoriaux, tels que les ministères⁹ et l'AP-HP, sont ainsi organisées avec des équipes centrales et territoriales de médecine de prévention. La Région Hauts-de-France et le Département du Nord complètent l'offre de service centrale avec l'appui de services de santé au travail interentreprises et des conventions avec le centre de gestion pour assurer le suivi des agents des lycées et collèges qu'ils gèrent.

La pluridisciplinarité est également développée mais dans des proportions diverses selon les administrations : tandis que le Département du Nord compte 3 infirmiers pour 2 médecins du travail à l'échelon central, 30 infirmiers et 98 médecins du travail exercent au sein des ministères économiques et financiers.

Au regard du nombre de ses agents, la situation de la médecine de prévention du ministère de l'éducation nationale paraît particulièrement dégradée avec 11 118 agents à suivre par médecin du travail ou infirmier, un niveau très supérieur aux autres acteurs du panel :

- ◆ 1 575 agents par médecin du travail ou infirmier à l'AP-HP ;
- ◆ 981 pour les ministères économiques et financiers ;
- ◆ 706 pour la métropole européenne de Lille (cf. tableau 3).

⁵ Rapport *La médecine de prévention dans les trois fonctions publiques*, Inspection générale de l'administration (IGA), inspection générale des affaires sociales (Igas) et inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), septembre 2014.

⁶ « *La pénurie de médecins de prévention est sans conteste le point le plus faible du dispositif de SST* ».

⁷ Réponse du Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion à une question écrite du Sénat publiée le 19 janvier 2023.

⁸ Réponse du Ministère des solidarités et de la santé à une question écrite du Sénat publiée le 25 novembre 2021.

⁹ Hors ministère des armées et DDGN qui s'appuient sur le service de santé des armées pour le suivi médical des effectifs civils et militaires pour les armées et les effectifs militaires de la DDGN.

Annexe III

Tableau 3 : Organisation de la médecine de prévention au sein des employeurs publics sollicités

Employeur	Effectifs	ETP	Organisation de la médecine de prévention	Composition des équipes de médecine de prévention
Ministère de l'éducation nationale	1 211 856	1 102 837	<ul style="list-style-type: none"> ◆ organisation en équipes pluridisciplinaires académiques ; ◆ externalisation partielle ou totale pour quatre académies des prestations de médecine de prévention ; ◆ difficultés à nouer des conventions avec des services de santé au travail interentreprises ou des services mutualisés. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ pour l'ensemble des académies : <ul style="list-style-type: none"> ● 78 médecins représentant 67 ETP ; ● 31 infirmières représentant 29 ETP ; ● des assistants de service social pour les personnels ; ◆ pour certaines académies, des psychologues du travail, des psychologues cliniciens et pour l'académie de Versailles un ergonome.
Ministère des armées	N.D.	265 394	<ul style="list-style-type: none"> ◆ mobilisation du service de santé des armées (SSA) qui est en charge de la médecine de prévention pour le personnel militaire et civil de la défense. 	N.D.
Ministères économiques et financiers	127 526	124 136	<ul style="list-style-type: none"> ◆ organisation fondée sur un service de médecine de prévention : <ul style="list-style-type: none"> ● animé par une coordination nationale à la médecine de prévention au niveau de l'échelon central du ministère ; ● et structuré en services régionaux coordonnés chacun par un médecin coordonnateur régional ; 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ pour la coordination nationale : <ul style="list-style-type: none"> ● 1 médecin coordonnateur national, ● 1 adjoint pour la coordination nationale ; ◆ pour l'ensemble des services régionaux : <ul style="list-style-type: none"> ● 98 médecins du travail (dont 7 sous convention), ● 30 infirmiers, ● 12 secrétaires médicales.
Région Hauts-de-France	9 444	9 249	<ul style="list-style-type: none"> ◆ organisation fondée sur : <ul style="list-style-type: none"> ● un service santé pour le siège assurant le suivi médical des agents du siège ; ● des services de santé au travail interentreprises et une convention avec le centre de gestion pour les agents des agents des lycées. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ pour le seul service de santé du siège : <ul style="list-style-type: none"> ● 1 responsable, ● 1 médecin du travail, ● 1 infirmière santé au travail, ● 2 psychologues du travail, ● 2 gestionnaires pour le service santé.

Annexe III

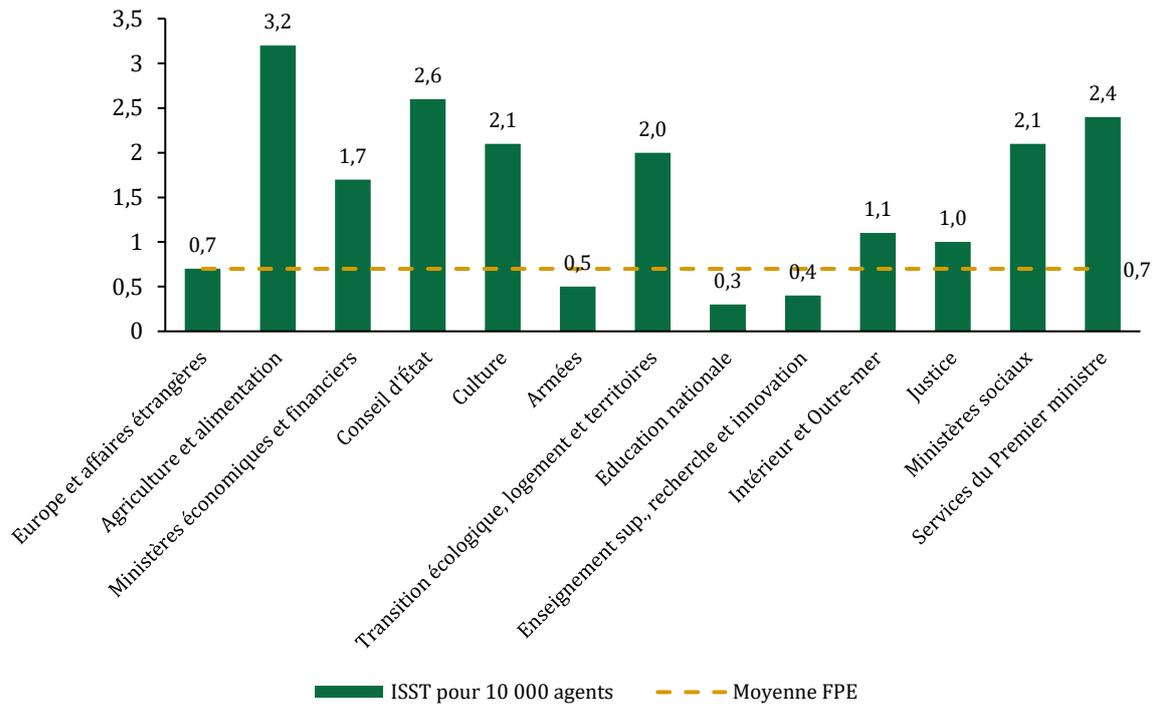
Employeur	Effectifs	ETP	Organisation de la médecine de prévention	Composition des équipes de médecine de prévention
Département du Nord	11 414	N.D.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ organisation fondée sur : <ul style="list-style-type: none"> • une maison départementale de la santé au travail créée en 2023 ; • un conventionnement avec les services de prévention du centre de gestion pour le suivi des agents des collèges. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ pour la seule maison départementale de la santé au travail : <ul style="list-style-type: none"> • 2 médecins du travail dont 1 médecin du travail coordonnateur ; • 3 infirmières ; • 3 psychologues du travail, • 2 assistantes sociales.
Métropole européenne de Lille	2 822	N.D.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ organisation fondée sur un service de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 2 médecins du travail ; ◆ 2 infirmières.
AP-HP (personnel non-médical)	69 320	68 669	<ul style="list-style-type: none"> ◆ organisation fondée sur des services de prévention et de santé au travail localisés au niveau de chaque site avec une coordination centrale 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 44 médecins du travail représentant 32 ETP

Source : Mission d'après les réponses au questionnaire adressé.

2.2.4. Les ressources humaines en matière d'inspection et de prévention sont inégalement déployées par les structures publiques

En 2018, le nombre d'inspecteurs santé et sécurité au travail (ISST) allait de 0,3 ISST au sein du Ministère de l'éducation nationale à 3,2 ISST pour 10 000 agents pour le ministère de l'agriculture et de l'alimentation pour une moyenne de 0,7 ISST pour 10 000 agents dans la FPE (cf. graphique 2).

Graphique 2 : Nombre d'ISST pour 10 000 agents par ministère au 31 décembre 2018

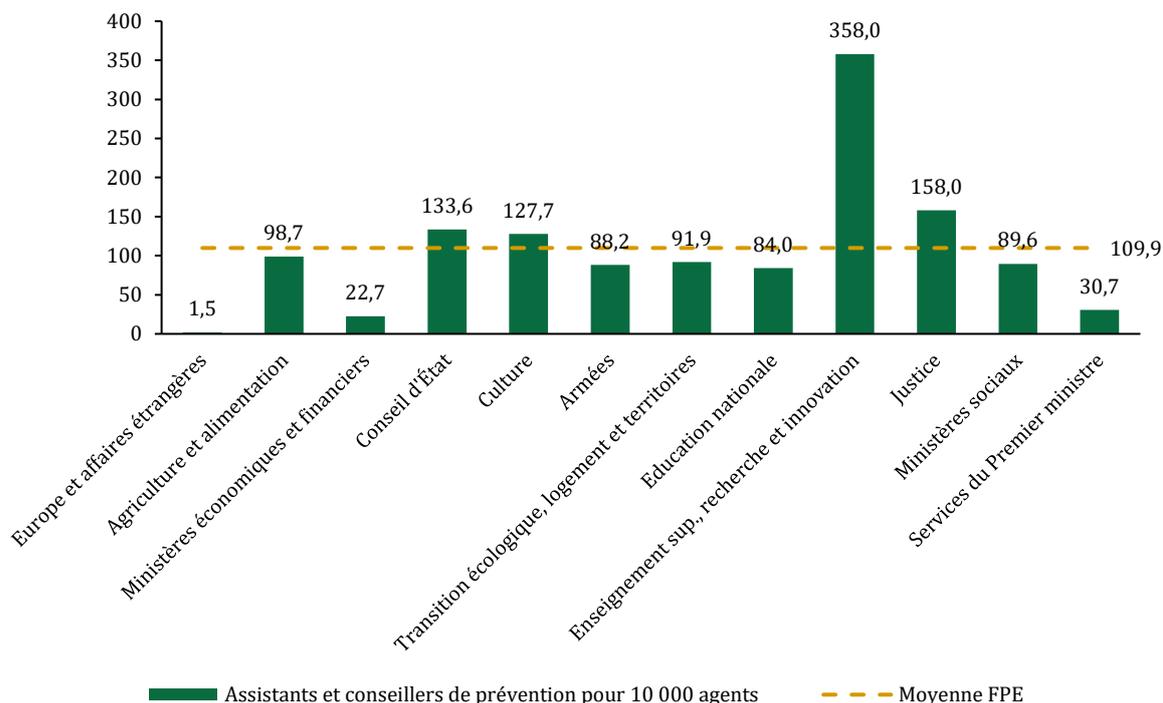


Source : Bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, la sécurité au travail et la prévention médicale dans la fonction publique de l'État en 2018 de la DGAFP.

Concernant les assistants et conseillers de prévention, l'amplitude de leur présence entre ministères était plus forte encore : de 1,5 assistant et conseiller au ministère de l'Europe et des affaires étrangères à 358,0 assistants et conseillers de prévention pour 10 000 agents au ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. En moyenne, au sein de la FPE, on comptait 109,9 assistants et conseillers de prévention pour 10 000 agents en 2018 (cf. graphique 3).

Annexe III

Graphique 3 : Nombre d'assistants et conseillers de prévention pour 10 000 agents par ministère au 31 décembre 2018



Source : Bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, la sécurité au travail et la prévention médicale dans la fonction publique de l'État en 2018 de la DGAFP.

Le niveau de ressources en acteurs de prévention mises en œuvre par les ministères est ainsi hétérogène au sein de la FPE mais l'est également dans la FPT.

D'après la synthèse des bilans sociaux 2019 des collectivités de la DGCL, au 31 décembre 2019, 10 000 collectivités disposaient d'un assistant de prévention, soit 23 % des collectivités ayant au moins un agent. Les 23 000 assistants de prévention recensés dans la FPT sont plus présents dans les collectivités de grande taille (3 % des collectivités d'un agent ont un assistant de prévention, 60 % des collectivités de 50 à 100 agents et 79 % des collectivités de plus de 1 000 agents). Seules 4 % des collectivités disposent d'un conseiller de prévention mais ces collectivités regroupent plus de la moitié des agents de la FPT.

En revanche, les administrations interrogées dans le cadre de la mission disposent bien de réseaux d'acteurs de prévention (cf. tableau 4).

Annexe III

Tableau 4 : Acteurs d'inspection et de prévention au sein des employeurs publics sollicités

Employeur	Effectifs	ETP	Acteurs d'inspection et de prévention
Ministère de l'éducation nationale	1 211 856	1 102 837	<ul style="list-style-type: none"> ◆ des réseaux d'acteurs de prévention dans les académies dont l'animation et la formation est assurée au niveau du ministère.
Ministère des armées	N.D.	265 394	<ul style="list-style-type: none"> ◆ au niveau central, un inspecteur de la médecine de prévention ; ◆ aux échelons zonaux, des conseillers experts en médecine de prévention.
Ministères économiques et financiers	127 526	124 136	<ul style="list-style-type: none"> ◆ des conseillers et assistants de prévention au sein des directions des ministères (ex. : direction générale des finances publiques et direction générale des douanes et droits indirects).
Région Hauts-de-France	9 444	9 249	<ul style="list-style-type: none"> ◆ deux réseaux d'assistants de prévention animés par 4 conseillers en prévention : <ul style="list-style-type: none"> ● 60 assistants au siège ; ● 220 assistants pour les lycées.
Département du Nord	11 414	N.D.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ au sein de la maison départementale de la santé au travail : <ul style="list-style-type: none"> ● une équipe dédiée à la prévention des risques professionnels composée de conseillers en prévention ; ● une entité dédiée au handicap et à l'adaptation des postes de travail. ◆ un réseau de près de 260 assistants de prévention, répartis dans les directions et différents sites.
Métropole européenne de Lille	2 822	N.D.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1 agent chargé de la fonction d'inspection externe en charge des visites de contrôle et d'inspection ; ◆ une équipe de 4 conseillers de prévention encadrée par un responsable prévention animant un réseau interne de 55 assistants de prévention ; ◆ 2 conseillers climat de travail sont chargés plus spécifiquement de la préservation des relations au travail.
AP-HP (personnel non-médical)	69 320	68 669	<ul style="list-style-type: none"> ◆ un réseau d'acteurs de prévention animé au niveau central et composé de <ul style="list-style-type: none"> ● conseillers en prévention des risques professionnels, ● conseillers en radioprotection, ● référents en prévention des risques chimiques.

Source : Mission d'après les réponses au questionnaire adressé.

2.3. La police nationale, avec 4,3 jours de congés pour invalidité temporaire imputable au service par agent par an, les sapeurs-pompiers, les métiers techniques de la FPT et les agents hospitaliers, avec des taux de sinistralité de plus de 7 %, sont les plus concernés par les accidents et maladies professionnelles

2.3.1. Dans la FPE, les congés pour invalidité temporaire imputable au service représentent de 0,5 jour par ETP pour les civils du ministère des armées à 4,3 jours par agent de la police nationale

Avec l'absence de données sur les maladies professionnelles des personnels militaires des armées, ce sont les personnels civils du ministère des armées qui ont mobilisé le moins de jours de congés pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) par ETP avec **0,5 jour par ETP** suivis des agents des ministères économiques et financiers avec **0,6 jour par ETP** (cf. tableau 5).

Le **ministère de l'intérieur présente un nombre de jours de CITIS par ETP plus élevé avec 3,0 jours en moyenne** avec une disparité entre directions :

- ◆ 1,4 jour par agent pour le secrétariat général et les autres services du ministère ;
- ◆ 1,6 jour par agent pour la DGGN ;
- ◆ 4,3 jours par agent pour la direction générale de la police nationale (DGPN).

Tableau 5 : Situation des CITIS dans les ministères

Administration (population)	Année	Effectifs physiques	ETP au 31/12	Nombre de jours de CITIS	Jours par agent	Jours par ETP
Ministère de l'éducation nationale	2023	1 211 868	1 102 837	801 000	0,7	0,7
Ministères des armées (militaires)	2021-2022	N.D.	205 262	31 234*	N.D.	0,2*
Ministères des armées (civils)	2021-2022	N.D.	62 652	30 271	N.D.	0,5
Ministère de l'intérieur (secrétariat général)	2021	38 884	286 134	54 438	1,4	3,0
Ministère de l'intérieur (police nationale)	2021	148 531		645 521	4,3	
Ministère de l'intérieur (gendarmerie nationale)	2021	100 874		157 701	1,6	
Ministère de l'économie et des finances	2022	127 526	124 136	80 179	0,6	0,6

Source : Mission d'après les rapports sociaux uniques des ministères.

** Hors maladie professionnelle.*

2.3.2. Si la fréquence des accidents et maladies professionnelles semble connaître une baisse ces dernières années dans la FPT et la FPH, les sapeurs-pompiers, les métiers techniques et du soin restent les plus touchés avec des taux de sinistralité allant de 7,6 % à 12,6 %

Le Fonds national de prévention (FNP), placé au sein de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) et géré par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), suit, dans le cadre de ses missions, les taux de gravité, sinistralité et de fréquence des accidents et des maladies professionnelles au sein de la FPT et de la FPH. Ces taux sont ainsi calculés :

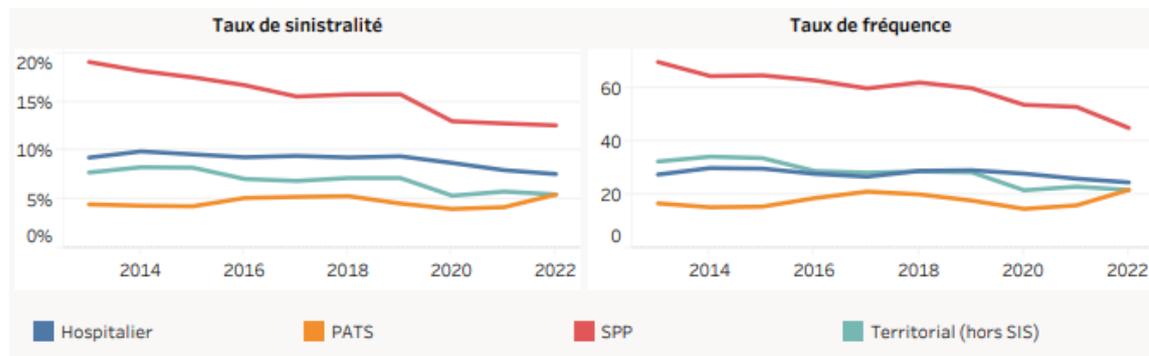
- ◆ le taux de gravité étant le nombre de jours d'arrêt multiplié par 1 000 et rapporté au nombre d'heures travaillées ;
- ◆ le taux de sinistralité calculé en rapportant le nombre d'accidents ou de maladies aux effectifs ;
- ◆ le taux de fréquence étant le nombre d'accidents ou maladies avec arrêt multiplié par 1 000 000 rapporté au nombre d'heures travaillées.

En 2022, ces statistiques ont identifié 57 945 accidents ou maladies représentant 1,9 million de jours non travaillés, pour une population couverte de 921 943 agents soit 37,0 % des actifs :

- ◆ 233 098 agents de la FPH soit 24,0 % des actifs ;
- ◆ 639 615 agents de la FPT hors services d'incendie et de secours (SDIS) soit 43,6 % des actifs ;
- ◆ 49 230 agents des SDIS soit 90,3 % des actifs.

Depuis 2013, les taux de sinistralité et de fréquence mesurés connaissent une baisse continue, à l'exception d'une remontée des taux pour les personnels administratifs, techniques et spécialisés (PATS) des SDIS entre 2020 et 2022. Les sapeurs-pompiers professionnels (SPP) constituent la population la plus à risque sur l'ensemble de la période (cf. graphique 4).

Graphique 4 : Évolution des taux de sinistralité et de fréquence dans la FPT et la FPH



Source : Fonds national de prévention, CNRACL.

En 2022, les taux de sinistralité et de fréquence des SPP demeurent environ deux fois supérieurs à ceux de la FPT. La FPH présente aussi des statistiques d'accidents ou de maladies professionnelles supérieures à la FPT en matière de sinistralité (7,6 accidents ou maladies par agent vs. 5,5), et de fréquence (24,6 accidents ou maladies par million d'heures travaillées vs. 21,8). Malgré la hausse de leurs indicateurs depuis 2020, les PATS des SDIS restent les moins touchés (cf. tableau 6).

Annexe III

Tableau 6 : Taux de sinistralité et de fréquence dans la FPT et la FPH en 2022

Versant / population	Taux de sinistralité (AT-MP par effectif)	Taux de fréquence (AT-MP par million d'heures travaillées)
SPP des SDIS	12,6	44,8
FPH	7,6	24,6
FPT hors SIS	5,5	21,8
PATS des SDIS	3,7	14,6

Source : Fonds national de prévention, CNRACL.

En matière de gravité, les études ne sont pas concordantes. Si les données du FNP de la CNRACL pointent une diminution entre 2019 et 2022 sur l'ensemble de la population couverte (cf. tableau 7), le groupe mutualiste Relyens souligne une tendance à la hausse du taux de gravité entre 2017 et 2023 à hauteur de 20 % pour les accidents et maladies professionnelles dans la FPT. **Cette hausse de la gravité surpassant l'impact de la baisse des taux de fréquence et de sinistralité, les jours d'arrêts pour accident ou maladie professionnelle connaîtraient une hausse de 4 % dans ce versant depuis 2017¹⁰.**

Tableau 7 : Évolution du taux de gravité dans la FPT et la FPH en nombre de jours d'arrêt par milliers d'heures travaillées

Versant / population	Taux de gravité 2019	Taux de gravité 2022
SPP des SDIS	2,4	1,9
FPH	1,8	1,6
FPT hors SIS	1,5	1,1
PATS des SDIS	0,8	0,8

Source : Fonds national de prévention, CNRACL.

Outre les filières incendie-secours et police, les filières de métiers suivantes connaissent des niveaux globaux de sinistralité supérieurs à la moyenne dans la FPT :

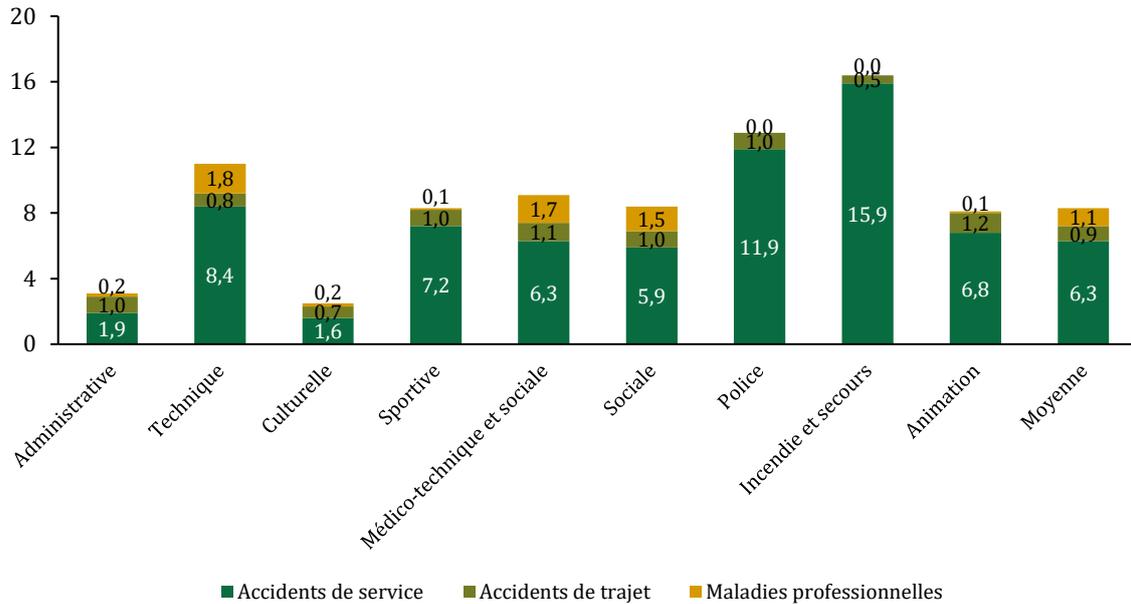
- ◆ la filière technique avec 8,4 accidents de service, 0,8 accident de trajet et 1,8 maladie professionnelle pour 100 agents ;
- ◆ la filière médico-technique et sociale avec 6,3 accidents de service, 1,1 accident de trajet et 1,7 maladie professionnelle pour 100 agents.

Les niveaux de sinistralité sont les plus bas pour les filières administratives et culturelles (cf. graphique 5).

¹⁰ Relyens, *Édition 2023 du panorama « Qualité de vie au travail et santé des agents dans les collectivités territoriales ».*

Annexe III

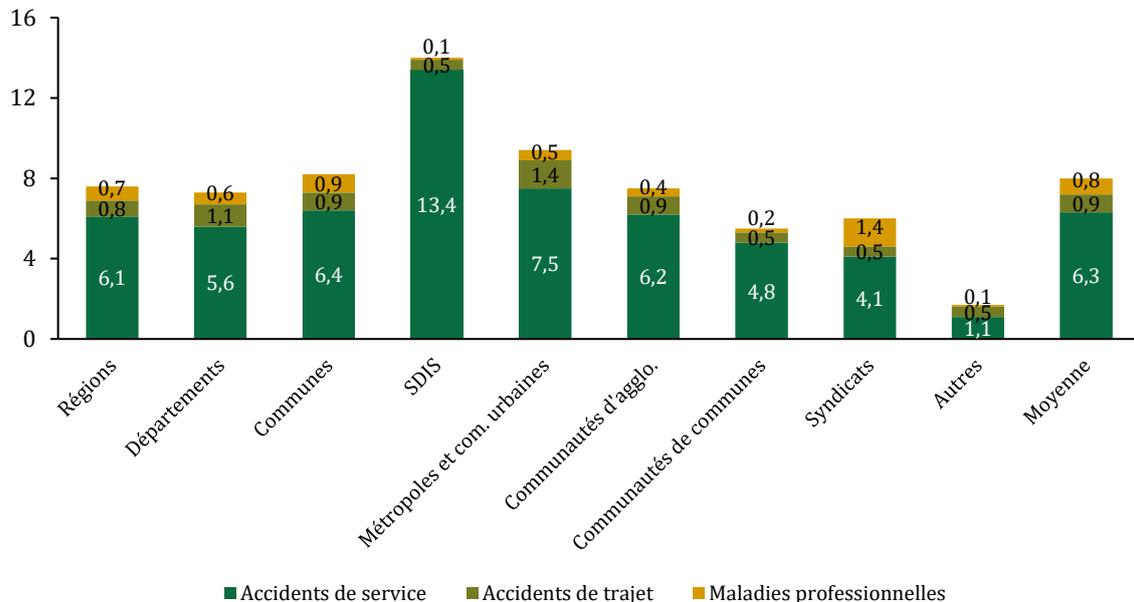
Graphique 5 : Nombre d'accidents et maladies professionnelles pour 100 agents en emploi permanent dans la FPT par filière de métiers en 2019



Source : Synthèse des bilans sociaux des collectivités en 2019 de la DGCL.

En dehors des SDIS, en considérant les types de collectivités, c'est dans les métropoles, les communautés urbaines et les communes que les accidents et maladies professionnelles sont les plus fréquents. À l'inverse, les communautés de communes présentent une sinistralité inférieure à la moyenne (cf. graphique 6).

Graphique 6 : Nombre d'accidents et maladies professionnelles pour 100 agents en emploi permanent dans la FPT par type de collectivités en 2019



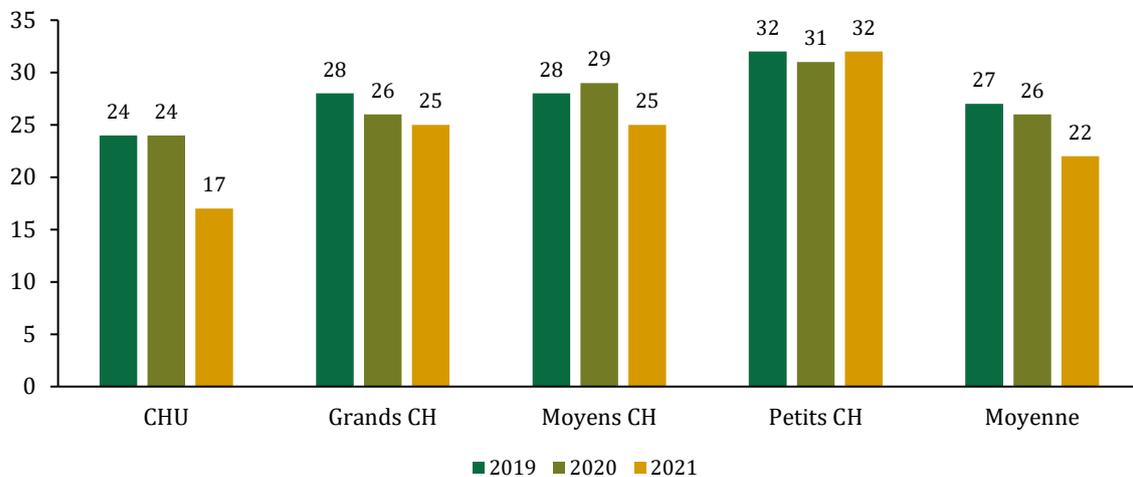
Source : Synthèse des bilans sociaux des collectivités en 2019 de la DGCL.

Annexe III

L'analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé réalisée chaque année par l'Atih expose la situation de la **fréquence des accidents avec arrêt dans la FPH** selon la même formule que la CNRACL pour la FPT et avec un résultat proche de celui présenté pour l'exercice 2022 : 25 accidents avec arrêt pour 1 000 000 d'heures travaillées d'après la CNRACL (cf. tableau 6) et 22 accidents avec arrêt pour 1 000 000 d'heures travaillées d'après l'Atih (cf. graphique 7).

Cette analyse confirme la tendance à la baisse du taux de fréquence et pointe que la fréquence des arrêts est moins importante dans les établissements de grande taille que dans les établissements de taille plus modeste : 32 accidents avec arrêt pour 1 000 000 d'heures travaillées dans les petits centres hospitaliers vs. 17 accidents avec arrêt pour 1 000 000 d'heures travaillées dans les centres hospitaliers universitaires en 2022. Dans le cadre de cette enquête, les établissements signalent que les populations d'agents les plus touchés sont les aides-soignants, les infirmiers et les agents de bionettoyage.

Graphique 7 : Taux de fréquence des accidents avec arrêts dans les établissements publics de santé entre 2019 et 2021



Source : Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé 2021 de l'Atih.

2.4. Comme cela est prévu dans la FPE, la mise en place de la PSC devrait être l'occasion de renforcer, avec l'appui des mutuelles, les actions de prévention au bénéfice des agents publics des deux autres versants

Conformément à l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021, les employeurs publics vont être tenus de financer obligatoirement une partie de la protection sociale complémentaire (PSC) en santé de leurs agents. Cette obligation de prise en charge s'appliquera au plus tard en 2026 à tous les employeurs publics.

2.4.1. La mise en œuvre de la PSC dans la FPE prévoit le déploiement d'actions de prévention par les mutuelles

Depuis le 1^{er} janvier 2022, dans la FPE, l'administration employeur rembourse, à hauteur de 15 €, une partie des cotisations à la complémentaire santé qui couvre le risque santé (frais médicaux, occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident)¹¹.

¹¹ Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au remboursement d'une partie des cotisations de PSC des agents civils et militaires de l'État.

Annexe III

À partir du 1^{er} janvier 2025, les administrations d'État devront avoir souscrit des contrats collectifs de complémentaire santé pour couvrir le risque santé (ticket modérateur, forfait journalier hospitalier, frais dentaires et frais d'optique). Les administrations employeurs prendront en charge 50 % du montant des cotisations des agents.

Dans le cadre de ces contrats, les organismes complémentaires devront mettre en œuvre à destination des bénéficiaires des actions de prévention en santé et la diversité et la qualité de ces actions constitueront des critères dans la sélection des organismes¹².

En matière de prévoyance, l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la FPE prévoit :

- ◆ une évolution des dispositions réglementaires relatives aux conditions d'accès au congé de longue maladie (CLM) et de sa rémunération ;
- ◆ un alignement des conditions d'attribution et de rechargement des droits, les niveaux et les durées maximales de rémunération des congés de maladie et de grave maladie sur ceux des congés de maladie ordinaire (CMO) et CLM des fonctionnaires ;
- ◆ la mise en place d'une nouvelle prestation de compensation de l'invalidité en remplacement du dispositif actuel de mise à la retraite pour invalidité ;
- ◆ une amélioration des garanties accordées aux ayants droit d'un fonctionnaire ou d'un contractuel décédé ;
- ◆ le renforcement des dispositifs favorisant le maintien et le retour à l'emploi notamment en ouvrant la possibilité de bénéficier d'une formation ou d'un bilan de compétences pendant un congé de maladie ou en facilitant la mobilisation des aménagements des horaires et des postes de travail à disposition des employeurs.

Les administrations employeurs proposeront, à partir du 1^{er} janvier 2025, des contrats de prévoyance collectifs auxquels les agents actifs employés et rémunérés auront la possibilité d'adhérer. L'État participera au financement des garanties interministérielles de prévoyance à hauteur de 7 € par mois par agent.

2.4.2. Le cadre de la future PSC n'intègre pas explicitement la mise en place d'actions de prévention au bénéfice des agents de la FPT

Dans la FPT, la collectivité employeur a vocation à participer au financement de la complémentaire santé par une prise en charge partielle des cotisations à une mutuelle à laquelle l'agent a individuellement souscrit ou par un contrat collectif proposé par la collectivité.

La participation de la collectivité concernera également la couverture par une mutuelle du risque santé (ticket modérateur, forfait journalier hospitalier, frais dentaires et frais d'optique) à hauteur de 15 € par mois minimum et de la prévoyance (incapacité de travail, invalidité, inaptitude ou décès) à hauteur de 7 € par mois minimum.

Le régime de prévoyance intégrera :

- ◆ des indemnités complémentaires en cas de congé de maladie, de mise en disponibilité d'office ou de maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical ;
- ◆ une rente en cas d'invalidité avant 62 ans.

¹² Décret n° 2022-633 relatif à la PSC en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État ; accord interministériel relatif à la PSC en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la FPE.

Annexe III

La contribution de la collectivité se mettra en place à partir du 1^{er} janvier 2025 concernant la prévoyance et à partir du 1^{er} janvier 2026 concernant le risque santé. **En revanche, le cadre de la future protection sociale complémentaire dans la FPT ne prévoit pas explicitement la mise en place d'actions de prévention¹³.**

2.4.3. Le cadre de la PSC n'est pas encore défini dans la FPH

À partir du 1^{er} janvier 2026, les agents de la FPH pourront bénéficier d'une prise en charge partielle de leurs cotisations à une complémentaire santé par l'établissement employeur. L'employeur pourra prendre en charge partiellement les cotisations aux mutuelles destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès.

Un accord collectif pourra aussi prévoir la souscription par l'établissement employeur d'un contrat collectif destiné à couvrir tout ou partie des risques maternité, maladie, accident, incapacité de travail, invalidité, inaptitude, décès.

À la date de la mission, aucun texte réglementaire n'a été pris et aucun accord conclu afin de préciser les contours de la PSC dans la FPH.

2.4.4. Les partenariats avec les mutuelles en matière de prévention peuvent contribuer à réduire l'absentéisme et améliorer l'état de santé des agents

Il existe peu d'analyses d'impact de la mise en œuvre des programmes de prévention, le cas échéant avec l'appui d'un organisme complémentaire. Prenant l'exemple du programme « prévention, aide et suivi et les centres de réadaptation » (PAS) de la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) pour les agents du ministère de l'éducation nationale, la Cour des comptes préconise d'instruire le renforcement des partenariats avec les mutuelles dans le cadre de la mise en œuvre de la PSC¹⁴.

Dans le cadre de ses échanges avec la mission, la mutuelle nationale territoriale (MNT) et la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) ont rapporté l'apport de leurs actions de prévention sur l'état de santé des agents et l'absentéisme (cf. encadré 5 et encadré 6).

Encadré 5' : Les résultats du programme de prévention des accidents et maladies de l'appareil locomoteur (PAMAL) de la MNT

Sur une sollicitation du syndicat mixte de transport de Tarbes, la MNT, en partenariat avec Kiné France Prévention, a déployé le programme PAMAL consistant en des actions de formation et de sensibilisation aux TMS auprès des 65 agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (ATSEM) de Tarbes et d'agents de restauration. Les résultats de ce programme sur l'absentéisme sont les suivants :

- ◆ 5,2 jours d'arrêt par agent en maladie ordinaire en 2021 pour les ATSEM ayant suivi la formation vs. 29,3 jours par agent pour les autres ;
- ◆ 13,6 jours d'arrêt par agent en maladie ordinaire en 2021 pour les agents de restauration ayant suivi la formation vs. 63,1 jours par agent pour les autres.

Ce programme aboutit également une amélioration générale du score d'antécédents de santé de l'indice de masse corporelle et une réduction des scores de TMS.

¹³ Décret n° 2022-581 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales à leur financement ; accord collectif national portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux du 11 juillet 2023.

¹⁴ Cour des comptes, *Rapport sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie*, 2021.

Encadré 6 : Les résultats des programmes proposés par la MGEN

La MGEN, qui couvre notamment 840 000 agents de la FPE, propose plusieurs actions de prévention à ses bénéficiaires :

- ◆ le service Vivoptim proposant un accompagnement santé personnalisé (coaching, rendez-vous santé) réalisé par une équipe de professionnels de santé avec un protocole spécifique pour les salariés en arrêt de plus de trois mois. Les bénéfices de ce programme ont fait l'objet d'une publication avec une baisse de la pression artérielle, du poids et du tabagisme des participants¹⁵ ;
- ◆ la mise en place d'un parcours intégré de santé de 10 journées sur 18 mois, déployé pour le personnel de l'éducation nationale en Vendée et ayant abouti à une amélioration de la satisfaction au travail (score passant de 5,6 à 6,0 sur 10), de l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (score passant de 4,6 à 5,7 sur 10) ainsi qu'à l'évitement d'arrêts d'après les déclarations de 4 participants sur 9 ;
- ◆ un accompagnement vers le retour à l'emploi pour les agents du ministère de l'éducation nationale à travers des centres de réadaptation, 70 % des agents étant en activité six mois à trois ans après l'accompagnement vs. 30 % à l'entrée du dispositif.

En conséquence, la mission préconise, sur le modèle de la FPE, de prévoir, et le cas échéant de valoriser dans les appels d'offre, l'intégration d'actions de prévention et de partenariats avec les mutuelles pour la FPT et la FPH.

¹⁵ J. Blacher et al., *Une nouvelle approche personnalisée de prévention cardiovasculaire : le programme VIVOPTIM*, Archives of Cardiovascular Disease (2020).

3. Les reclassements d'agents publics inaptes restant rares, la lutte contre la désinsertion professionnelle repose sur la volonté des employeurs d'accompagner leurs agents en arrêt et le recours croissant au temps partiel thérapeutique

L'ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique ordonnance, prise en application de l'article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, a **renouvelé les instances médicales de la fonction publique et a fait évoluer les dispositifs de lutte contre la désinsertion professionnelle.**

3.1. Les conseils médicaux se prononcent sur les réintégrations à l'issue de congés de maladie longs, les reclassements et les placements en temps partiels thérapeutiques

L'article 2 de l'ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 et ces trois décrets d'application¹⁶ ont simplifié et rationalisé l'organisation et le fonctionnement des instances médicales de la fonction publique (comités médicaux et commissions de réforme) en instituant une **instance médicale unique, le conseil médical.**

Cette instance médicale a désormais **compétence en matière de congés pour raisons de santé, de congé pour invalidité temporaire imputable au service, de réintégration et de reclassement des agents.** Plus particulièrement, le conseil médical intervient dans le cadre de dispositifs de lutte contre la désinsertion professionnelle : **il se prononce sur les reclassements, les réintégrations à l'issue de congés maladie et, en cas de contestation de l'avis médical rendu par le médecin agréé, l'attribution des temps partiels thérapeutiques** (cf. encadré 7).

Encadré 7 : Le rôle et le fonctionnement du conseil médical dans la fonction publique

Dans la fonction publique d'État, un conseil médical ministériel est institué auprès de chaque administration centrale. Un conseil médical départemental est également institué auprès du préfet dans chaque département. Dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, c'est le conseil médical départemental, placé auprès du préfet de chaque département, qui est compétent.

Les membres du conseil médical peuvent se réunir en formation restreinte ou en formation plénière selon la situation sur laquelle ils sont consultés :

- ◆ en formation restreinte, le conseil médical est composé de trois médecins titulaires et d'un ou plusieurs médecins suppléants, désignés parmi les médecins agréés ;
- ◆ en formation plénière, le conseil médical est composé des médecins siégeant en formation restreinte et de représentants de l'administration et du personnel.

Le conseil médical se réunit en formation restreinte lorsqu'il examine les projets de décision suivants :

- ◆ première mise en congé de longue maladie (CLM) ou de longue durée (CLD) ou de grave maladie ;
- ◆ renouvellement d'un CLM ou d'un CLD après épuisement de la période d'un an ou de 3 ans rémunérée à plein traitement ;
- ◆ réintégration à la fin des droits à congés de maladie ;
- ◆ réintégration à la fin d'une période de CLM ou de CLD si l'agent exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières ou lorsqu'il a été placé d'office en CLM ou en CLD ;

¹⁶ Décret n° 2022-353 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la FPE ; décret n° 2022-350 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la FPT ; décret n° 2022-351 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la FPH.

Annexe III

- ◆ mise en disponibilité d'office pour raison de santé, renouvellement de la mise en disponibilité et réintégration à la fin de la disponibilité ;
- ◆ reclassement dans un emploi d'un autre corps ou cadre d'emplois à la suite d'une altération de votre état de santé.

Le conseil médical se réunit aussi en formation restreinte lorsqu'il est saisi pour avis en cas de contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé lors des situations suivantes :

- ◆ procédure d'admission à un emploi public dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières ;
- ◆ mise en congé de maladie (CMO, CLM, CLD, Citis), renouvellement d'un congé de maladie, réintégration à la fin d'un congé de maladie, attribution d'un temps partiel pour raison thérapeutique ;
- ◆ examen médical de contrôle demandé par l'administration pendant un congé de maladie ou Citis
- ◆ mise en retraite pour infirmité ou maladie incurable ;
- ◆ demande d'attribution de la majoration pour tierce personne ;
- ◆ demande d'une pension d'orphelin (par un enfant invalide).

Le conseil médical se réunit en formation plénière pour se prononcer sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie lorsqu'un fait commis par le fonctionnaire ou une circonstance étrangère au service ne permet pas à l'administration d'établir elle-même le lien entre le service et la maladie et l'accident.

Le conseil médical se réunit également en formation plénière dans les situations suivantes :

- ◆ détermination du taux d'incapacité permanente à la suite d'une maladie professionnelle ;
- ◆ attribution de l'allocation temporaire d'invalidité en cas d'invalidité résultant d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10 % ou d'une maladie professionnelle ;
- ◆ mise à la retraite pour invalidité ;
- ◆ attribution d'une rente à un fonctionnaire stagiaire licencié pour inaptitude physique.

Source : www.service-public.fr, « Quel est le rôle du conseil médical dans la fonction publique ? ».

Le fonctionnement des conseils médicaux fait l'objet d'une analyse en annexe V.

3.2. L'efficacité du dispositif de temps partiel thérapeutique gagnerait à être évaluée compte tenu de son essor et de l'assouplissement de ses modalités d'octroi

3.2.1. Les conditions d'octroi des temps partiels thérapeutiques ont été assouplies depuis 2020

Les articles L. 823-1 à L. 823-6 du CGFP prévoit qu'un fonctionnaire en activité peut être autorisé, par son employeur et sur présentation d'un certificat médical, à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique (TPT) lorsque l'exercice des fonctions à temps partiel permet :

- ◆ soit le maintien ou le retour à l'emploi du fonctionnaire et que cet exercice est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé ;
- ◆ soit au fonctionnaire de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Annexe III

L'article 9 de l'ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 et ses décrets d'application¹⁷ ont, en effet, élargi la portée ce dispositif au maintien et au retour à l'emploi et ouvert la possibilité de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique en l'absence d'arrêt maladie préalable.

Le TPT ne peut pas être inférieur au mi-temps. L'autorisation de travail à temps partiel pour raison thérapeutique est accordée et renouvelée, sur présentation d'un certificat médical et sauf avis défavorable du conseil médical, par période d'un à trois mois, dans la limite d'un an. Le TPT peut être exercé de manière continue ou discontinue.

Le conseil médical n'est saisi pour avis sur l'attribution d'un temps partiel thérapeutique qu'en cas de désaccord entre l'employeur et le fonctionnaire.

L'article 9 de l'ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 a également ouvert, d'une part, la possibilité de reconstituer les droits de l'agent après un délai minimal d'un an et, d'autre part, la portabilité du droit ouvert à travailler à temps partiel pour raison thérapeutique en cas de mobilité intra et inter-versants de la fonction publique.

Le fonctionnaire bénéficiaire de ce dispositif perçoit sa rémunération en totalité (traitement indiciaire et indemnités) dans la FPE et la FPH. Dans la FPT, le traitement indiciaire est également maintenu en totalité mais le maintien ou non des primes et indemnités se fait selon la délibération de la collectivité.

En matière de TPT, si les agents contractuels relèvent du code de la sécurité sociale et des décrets propres à leur statut et à leurs versants¹⁸, ils bénéficient de dispositions et droits similaires aux fonctionnaires. Le temps partiel thérapeutique n'est toutefois accordé par l'administration employeur qu'après avis de l'assurance maladie et l'agent ne bénéficie que d'une fraction de sa rémunération (cf. tableau 8) complétée par des indemnités journalières de la Sécurité sociale (IJSS).

Tableau 8 : Fraction de la rémunération à temps partiel thérapeutique en fonction de la quotité de travail pour les agents contractuels

Quotité de travail	Fraction de la rémunération
50 %	50 %
60 %	60 %
70 %	70 %
80 %	6/7 ^{èmes}
90 %	32/35 ^{èmes}

Source : Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la FPE ; décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la FPT ; décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la FPH.

¹⁷ Décret n° 2021-997 du 28 juillet 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la FPE ; décret n° 2021-996 du 28 juillet 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique hospitalière ; décret n° 2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la FPT.

¹⁸ Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la FPE ; décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la FPT ; décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la FPH.

3.2.2. Les placements en temps partiels thérapeutiques se sont développés depuis 2020, ce qui appelle une évaluation de ce dispositif au vu de son coût

Les employeurs publics interrogés font état d'un développement du recours au TPT, sous l'effet des réformes et des assouplissements ces dernières années, mais sans disposer systématiquement de statistiques consolidées. Dans leur réponse au questionnaire adressé par la mission, le ministère de l'éducation nationale indique que « le nombre de temps partiel pour raison thérapeutique a fortement augmenté dans les académies » et le ministère de l'intérieur « Le nombre d'agents bénéficiant d'un TPT est en hausse constante. [...] La grande majorité des nombreux TPT sont d'ailleurs désormais accordés sans arrêt maladie préalable ».

Le recours au TPT a augmenté :

- ◆ entre 2021 et 2023, de 84 % au ministère des armées et de 29 % à l'AP-HP entre 2021 et 2023 ;
- ◆ entre 2021 et 2022, de 50 % aux ministères économiques et financiers et de 44 % à la ville de Paris (cf. tableau 9).

Tableau 9 : Nombre de bénéficiaires d'un temps partiel thérapeutique

Employeur	2019	2020	2021	2022	2023
Ministères des armées*	605	335	571	865	1 051
Ministères économiques et financiers**	N.D.	N.D.	1 093	1 637	N.D.
Ville de Paris	1 110	1 193	1 316	1 891	N.D.
AP-HP	N.D.	1 918	2 064	2 393	2 665

Source : Mission d'après les données transmises par le ministère des armées et le ministère des finances et l'AP-HP et le RSU de la ville de Paris.

* Données portant sur la moitié de la population civile du ministère.

** Hors DGCCRF en 2021 et hors Insee en 2022.

Le taux de recours au TPT s'établit ainsi à :

- ◆ 1,3 % des effectifs en 2022 aux ministères économiques et financiers ;
- ◆ 3,4 % des effectifs civils en 2023 au ministère des armées ;
- ◆ 3,6 % des effectifs en 2022 à la ville de Paris ;
- ◆ 3,8 % des effectifs en 2023 à l'AP-HP.

La mission a simulé le coût du TPT dans la fonction publique en prenant l'hypothèse de taux de recours au TPT de 1,8 % dans la FPE et de 3,7 % dans la FPT et la FPH¹⁹ soit 152 000 agents en TPT dans la fonction publique. **La rémunération des journées non travaillées par les agents publics en TPT s'élèverait, en ordre de grandeur, à 500 M€ avec une amplitude de 181 M€ à 1 809 M€ selon les quotités et durées moyennes simulées** (cf. tableau 10).

Tableau 10 : Simulation du coût des journées non travaillées par les agents publics en TPT selon les quotité et durée moyennes

Quotité travaillée moyenne (en %)	Durée moyenne (en mois)	Coût (en M€)
50	3	904
50	6	1 809
70	3	543
70	6	1 086
90	3	181
90	6	362

Source : Mission

¹⁹ Moyennes pondérées par les effectifs des employeurs du tableau 9 pour la FPE d'une part et les deux autres versants d'autre part.

Annexe III

Si l'ensemble des employeurs rencontrés par la mission s'accordent pour souligner la **plus-value du TPT comme alternative à un congé pour raison de santé et comme dispositif de lutte contre la désinsertion professionnelle**, il ressort que **certaines modalités de recours au dispositif peuvent entraîner des situations d'aubaine pour certains agents ou, à l'inverse, des situations plus défavorables pour d'autres**.

La DGAFP a ainsi identifié des pratiques d'optimisation du recours au TPT, permettant aux agents de pérenniser une activité à temps partiel sans perdre leur plein traitement : c'est ce que permet une alternance entre une période de congé de longue maladie rémunérée à plein traitement et un TPT à 50 % sur un an, pendant lequel les droits à congé de longue maladie se reconstituent.

En revanche, un agent victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle moins d'un an après avoir épuisé ses droits à un TPT pour une autre pathologie ne peut pas bénéficier, au titre de cet accident ou de cette maladie, d'un TPT. Dans la FPE, un agent dont les fonctions comportent l'exercice de responsabilités ne pouvant par nature être partagées peut voir son autorisation d'exercer à TPT conditionnée par les « *nécessités de la continuité et du fonctionnement du service* »²⁰ et subordonnée à une affectation temporaire sur d'autres fonctions. L'appréciation de ces nécessités de continuité et du fonctionnement du service peut conduire des agents à renoncer au bénéfice du dispositif du TPT pour conserver leurs fonctions.

Dans ces conditions, la mission préconise, trois ans après avoir été assoupli, la réalisation d'une évaluation de l'efficacité du TPT.

3.3. L'accompagnement des agents pendant les arrêts longs et à leur reprise de poste en vigueur dans le secteur privé et la FPH pourrait être transposé dans la FPE et la FPT

Le livre VI de la quatrième partie du code du travail applicable au secteur privé mais aussi à la FPH (cf. 2.1) explicite les modalités de suivi médical des salariés et agents et selon ce cadre, il existe **trois types de visites destinées à prévenir la désinsertion professionnelle** :

- ◆ l'examen médical de reprise du travail ;
- ◆ la visite de pré-reprise ;
- ◆ la visite médicale de mi-carrière.

La réalisation d'un examen médical de reprise est obligatoire après un congé de maternité, une absence pour cause de maladie professionnelle ou après une absence pour raison de santé d'au moins 30 jours. Un examen en amont de la reprise, dit de pré-reprise, peut également être organisé dans les mêmes conditions qu'une visite d'information et de prévention²¹.

Mise en œuvre par la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, une visite de mi-carrière, l'année pendant laquelle l'âge du salarié atteint 45 ans dans le cas général, doit être effectuée pour établir un état des lieux de l'adaptation du poste de travail avec la santé du salarié, évaluer les risques de désinsertion professionnelle et sensibiliser le salarié aux enjeux du vieillissement au travail et à la prévention des risques professionnels²².

²⁰ Article 23-2 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

²¹ Articles R. 4624-31 à R. 4624-33 du code du travail.

²² Article L. 624-2-2 du code du travail.

Annexe III

Ces visites ne sont pas opposables aux versants État et territorial, leurs agents ne relevant pas de ce livre du code du travail et ces visites ne faisant pas l'objet de dispositions similaires dans les textes régissant ces deux versants. Les ministères économiques et financiers, tout comme le ministère des armées, ont toutefois mis en place ces visites (cf. encadré 8).

Encadré 8 : L'accompagnement des agents à la reprise du travail des agents mis en place au sein des ministères économiques et financiers et du ministère des armées

Le ministère des finances a systématisé les visites de pré-reprise en cas de congés de grave maladie (CGM), de longue maladie (CLM) et de longue durée (CLD) et des visites de reprise sont organisées pour :

- ◆ les agentes en situation de reprise après un congé de maternité
- ◆ les agents en situation de reprise après un CLM, CLD ou CGM ;
- ◆ les agents en situation de reprise après un congé de maladie ordinaire (CMO) de plus de 30 jours ou des CMO de courte durée répétitifs ;
- ◆ les agents en situation de reprise après un congé invalidité temporaire imputable au service (CITIS) de plus de 30 jours suite à un accident de travail ;
- ◆ les agents en situation de reprise après un CITIS suite à une maladie professionnelle.

En complément de ces visites, le ministère des armées prépare le déploiement des visites de mi-carrière.

Par ailleurs, la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail a instauré, depuis le 1^{er} avril 2022 et pour les salariés du secteur privé arrêtés pour une durée de plus de 30 jours, un **rendez-vous de liaison** entre le salarié, l'employeur et éventuellement le service de prévention et de santé au travail. Cet entretien a pour objectif d'anticiper les conditions de reprise du travail et d'informer le salarié de ces droits à bénéficier d'une visite de pré-reprise et de mesures d'aménagement du poste de travail. Organisé à l'initiative de l'employeur, il appartient au salarié d'accepter d'y participer ou non. **Cette disposition n'a pas été transposée pour les agents publics, bien que des initiatives en ce sens aient cours au sein de la fonction publique** (cf. encadré 9).

Encadré 9 : L'accompagnement des agents en arrêt mis en place par la MNT avec le centre de gestion de la fonction publique territoriale du Rhône et de la Métropole de Lyon (CDG 69)

La MNT a engagé, depuis 2017, avec le CDG 69 des actions d'accompagnement vers la reprise du travail d'agents. 85 collectivités avec près de 8 000 agents ont intégré ce partenariat.

L'accompagnement des agents en arrêt de travail a été réalisé avec les différents acteurs du CDG 69 : médecins de prévention, médecins contrôleur, agents de la direction des ressources humaines, assistantes sociales, psychologues et ergothérapeutes.

Les actions menées par la MNT comprennent également :

- ◆ une réunion mensuelle téléphonique entre les médecins de la MNT, les médecins de prévention référents et le médecin contrôleur qui visite des agents en arrêt de travail ;
- ◆ des appels réguliers des médecins conseils de la MNT avec les médecins du travail, les directions des ressources humaines, les assistantes sociales ;
- ◆ deux à trois réunions en présentiel au CDG par an.

Dans le cadre de cet accompagnement, plus de 40 % des agents ayant bénéficié d'un suivi ont repris leur travail durablement à l'issue du dispositif.

3.4. Le reclassement des agents publics demeure un dispositif de maintien dans l'emploi peu mobilisé, faute de visibilité sur les emplois disponibles pouvant correspondre à la situation des agents entre autres

3.4.1. Les agents publics inaptes à l'exercice de leurs fonctions peuvent bénéficier d'un reclassement, à défaut d'un aménagement de leur poste

Les articles L. 826-1 à L. 826-11 du CGFP donnent le cadre applicable aux fonctionnaires de la fonction publique en matière de reclassement. Ainsi, un fonctionnaire reconnu temporairement ou définitivement inapte à exercer ses fonctions doit bénéficier d'une adaptation de son poste de travail.

Si son poste de travail ne peut être adapté, la démarche de reclassement peut être engagée :

- ◆ l'employeur peut, après avis du conseil médical, l'affecter sur des fonctions correspondant à son grade compatibles avec son état de santé ;
- ◆ si l'état de santé du fonctionnaire ne lui permet plus d'exercer des fonctions correspondant à son grade, un reclassement dans un autre corps de l'État ou un cadre d'emplois territorial ou un corps hospitalier compatible avec son état de santé est mis en œuvre après avis du conseil médical.

L'article 10 de l'ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 a instauré la possibilité, pour les fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour raisons de santé, de bénéficier d'un reclassement entre versants de la fonction publique avec maintien d'une priorité dans leur administration d'origine. Cet article a également permis d'engager la procédure de reclassement d'un agent sans demande expresse de sa part mais après un entretien avec l'agent.

Dans le cadre d'un reclassement, un agent peut se voir proposer, par son employeur, une période de préparation au reclassement (PPR), après avis du conseil médical, avec maintien de sa rémunération pour une durée maximale d'une année. Cette PPR peut comprendre des périodes de formation et de mise en situation sur un ou plusieurs postes et peut être réalisée dans toute administration ou établissement public.

Dans l'attente d'un reclassement, un fonctionnaire est placé en disponibilité d'office quand ses droits à congés de maladie sont épuisés. En l'absence de solution de reclassement, le cas échéant à l'issue d'une PPR, le fonctionnaire définitivement inapte peut être mis en retraite d'office. En situation de disponibilité d'office dans l'attente de l'avis du conseil médical, l'agent continue à percevoir un demi-traitement jusqu'à la date de la décision en vue :

- ◆ d'une reprise de service ;
- ◆ d'un reclassement ;
- ◆ d'une mise en disponibilité non rémunérée ;
- ◆ ou d'une admission à la retraite déclenchant la liquidation d'une pension de retraite anticipée pour invalidité.

Les agents contractuels sur emploi permanent reconnus définitivement inaptes à l'exercice de leurs fonctions peuvent demander à être reclassés sur un emploi adapté à leur état de santé. Un licenciement pour inaptitude physique ne peut être prononcé qu'en l'absence de solution possible de reclassement²³.

²³ Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la FPE ; décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la FPT ; décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la FPH.

3.4.2. Le reclassement des agents inaptes semble rester une procédure marginale par rapport aux mises en disponibilité ou en retraite d'office

Pour évaluer le parcours des agents déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions, la mission n'a pu disposer, de la part des employeurs sollicités, de statistiques pluriannuelles de suivi récentes que pour le ministère des armées et l'AP-HP. Ces données mettent en évidence **des effectifs réduits entrant dans une démarche de reclassement et un recours plus important à la mise en disponibilité ou en retraite d'office pour raison de santé** (cf. tableau 11 et tableau 12).

Au ministère des armées, pour la population suivie par le conseil médical ministériel soit la moitié des effectifs civils ministériels, on dénombre entre 3 et 11 demandes de reclassement par an sur les années 2019-2023 à mettre en regard des mises en disponibilités d'office (entre 4 et 21 par an) et des mises en retraite d'office (4 à 14 par an). L'AP-HP, privilégiant les aménagements de postes et le repositionnement sans changement de grade, la pratique du reclassement statutaire demeure marginale avec 6 PPR en 2022 et 10 PPR en 2023. Le nombre de mises en disponibilité d'office et de placements en retraite d'office, respectivement de 88 et 153 par an en moyenne, est là aussi plus important.

Tableau 11 : Situation des agents civils inaptes à l'exercice de leurs fonctions du ministère des armées

Nombre d'agents selon leur situation	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre d'agents considérés définitivement inaptes à leur emploi au cours de l'année	16	22	16	19	13
Nombre d'agents s'étant vu proposer une période de préparation au reclassement au cours de l'année	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Nombre d'agents ayant effectivement suivi une période de préparation au reclassement au cours de l'année	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Nombre d'agents reclassés au cours de l'année suite à une période de préparation au reclassement	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Nombre d'agents ayant demandé à être reclassés au cours de l'année suite à une inaptitude	11	3	0	5	5
Nombre d'agents effectivement reclassés au cours de l'année suite à une inaptitude	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Nombre d'agents placés en retraite pour invalidité au cours de l'année	8	9	14	4	8
Nombre de mises en disponibilité d'office pour raisons de santé	5	10	4	10	21
Nombre de licenciements pour inaptitude physique au cours de l'année	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Source : Ministère des armées.

* Données portant sur la moitié de la population civile du ministère.

Tableau 12 : Situation des agents inaptes à l'exercice de leurs fonctions de l'AP-HP

Nombre d'agents selon leur situation	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre d'agents considérés définitivement inaptes à leur emploi au cours de l'année	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Nombre d'agents s'étant vu proposer une période de préparation au reclassement au cours de l'année	0	0	0	6	10
Nombre d'agents ayant effectivement suivi une période de préparation au reclassement au cours de l'année	N.D.	N.D.	N.D.	6	10
Nombre d'agents reclassés au cours de l'année suite à une période de préparation au reclassement	0	0	0	0	0

Annexe III

Nombre d'agents selon leur situation	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre d'agents ayant demandé à être reclassés au cours de l'année suite à une inaptitude	3	0	0	0	0
Nombre d'agents effectivement reclassés au cours de l'année suite à une inaptitude	3	0	0	0	0
Nombre d'agents placés en retraite pour invalidité au cours de l'année	182	98	119	129	236
Nombre de mises en disponibilité d'office pour raisons de santé	103	71	98	96	71
Nombre de licenciements pour inaptitude physique au cours de l'année	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Source : AP-HP.

Les collectivités interrogées indiquent mettre en place les PPR. Pour mettre en place une immersion avant repositionnement, le Département du Nord a procédé à la mise en œuvre de 69 PPR depuis 2019, le cas échéant en préemptant des postes vacants. En revanche, les rapports sociaux uniques des collectivités confirment la **dynamique décroissante des demandes de reclassement et des reclassements sur la période 2013-2021 tandis que les évolutions des aménagements de poste, les mises en disponibilité ou retraite d'office sont plus stables** (cf. tableau 13).

Tableau 13 : Situation des agents inaptes à l'exercice de leurs fonctions dans la FPT

	2013	2015	2017	2019	2021
Nombre d'agents ayant demandé à être reclassés au cours de l'année suite à une inaptitude	5 194	5 801	4 991	3 964	1 964
Nombre d'agents effectivement reclassés au cours de l'année suite à une inaptitude	2 934	3 452	3 083	2 473	1 233
Nombre d'agents placés en retraite pour invalidité au cours de l'année	3 272	3 510	3 852	4 449	3 229
Nombre de mises en disponibilité d'office pour raisons de santé	4 154	5 104	4 697	4 131	3 977
Accord d'aménagement d'horaire ou d'aménagement de poste de travail	14 728	15 215	18 366	16 007	12 291

Source : Synthèse des rapports sociaux uniques 2021 publiée par la DGCL.

Le CHU de Nantes propose la période de préparation au reclassement aux agents déclarés définitivement inaptes aux emplois de leur grade. En 2023, le CHU a procédé à 10 reclassements statutaires pour raison de santé. Au 17 avril 2024, 23 agents étaient bénéficiaires de ce dispositif.

In fine, la DGAFP témoigne d'une « appropriation limitée » de la PPR et des modalités de reclassement. La PPR soulève, en effet, des difficultés pratiques pour certains employeurs, notamment quant à l'obligation ou non de présence de l'agent en PPR en dehors des périodes d'immersion et de formation, pouvant générer des tensions nuisant au déroulement de cette période. Les reclassements demeurent aussi confrontés à de multiples freins tels que les refus des propositions de postes par les agents du fait des changements de milieux professionnels ou encore la faible visibilité des emplois disponibles dans les autres administrations publiques.

Dans le cadre de ses travaux, la mission a identifié deux outils pouvant contribuer à lever les freins à la mobilité des agents et à leur reclassement : les comités locaux de l'emploi public et l'application Mobilités développée par un centre de gestion (cf. encadré 10 et encadré 11).

Encadré 10 : Les comités locaux de l'emploi public

En 2022, une évolution de la gouvernance des politiques de ressources humaines à l'échelle régionale a été engagée pour en favoriser la coordination avec les plates-formes régionales d'appui interministériel à la gestion des ressources humaines (PFRH).

Dans le cadre d'une expérimentation, des comités locaux de l'emploi public (CLEP), associant des représentants des employeurs des trois versants de la fonction publique, ont été mis en œuvre dans les régions Île-de-France, Hauts-de-France, Normandie, Corse, Grand Est et Bretagne avec pour missions :

- ◆ l'identification des filières ou des bassins d'emplois qui concentrent les besoins les plus urgents ;
- ◆ l'analyse des facteurs responsables du déficit d'attractivité (coût du logement, déficit de notoriété du territoire, absence de débouchés identifiés...) ;
- ◆ l'identification et la communication des parcours possibles de mobilité entre versants de la fonction publique.

Les CLEP se déploient désormais progressivement à l'échelle départementale (Oise et Nord en 2023 par exemple) et dans d'autres régions (Occitanie et Provence-Alpes-Côte-d'Azur en 2022 et 2023).

Encadré 11 : L'application Mobilités développée par le centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Haute-Garonne (CDG 31)

Le CDG 31 a reçu, en 2019, le prix Santé et Mieux-Être au Travail de la MNT pour son application Mobilités. Développée en partenariat avec d'autres structures publiques territoriales, cette application web permet de repérer les aires d'évolution de carrière ou de mobilité professionnelle, envisageables à partir d'un métier donné, en identifiant les parcours de formation et en repérant les éventuels facteurs d'usure professionnelle sur chacun des métiers potentiellement accessibles. Elle est utilisable dès le recrutement et tout au long de la carrière par les agents, leurs supérieurs hiérarchiques, les médecins de prévention, les conseillers ou assistants de prévention, les responsables des ressources humaines, les directeurs généraux des services et les élus.

4. L'évolution des modes de management et des organisations de travail doit pouvoir contribuer à l'amélioration de la qualité de vie au travail et à la maîtrise des absences des agents publics

4.1. Dans le cadre de la consultation « Fonction publique+ » lancée en 2023, les agents ont exprimé des attentes en matière d'évolution des méthodes de management et d'organisation du travail dans la fonction publique

En 2023, le ministère de la transformation et de la fonction publiques a lancé le programme « Fonction publique+ », programme d'amélioration continue des conditions de travail dans la fonction publique s'articulant autour de six engagements :

- ◆ faire évoluer les pratiques managériales afin de bâtir une relation de confiance, de responsabilité et redonner du sens aux missions des agents ;
- ◆ garantir aux agents un cadre de travail respectueux de leur santé et de leur équilibre, favorisant les coopérations et l'efficacité individuelle et collective ;
- ◆ doter les agents d'outils et d'espaces de travail adaptés aux nouveaux usages collaboratifs et numériques, et au télétravail ;
- ◆ simplifier le quotidien des agents en matière de ressources humaines et leur proposer un accompagnement tout au long de leur parcours ;
- ◆ poursuivre l'engagement pour l'égalité professionnelle, la reconnaissance de la diversité des profils et la réussite des grandes transitions, notamment écologique ;
- ◆ accompagner les agents publics sur la question du logement.

Une consultation a été lancée auprès des agents publics pour recueillir leurs avis et contributions autour de ces engagements. 110 253 répondants ont participé à l'enquête parmi les 5,7 millions d'agents publics. Plus de 380 000 contributions qualitatives sont venues compléter les réponses au questionnaire adressé.

Cette enquête a été l'occasion de dresser un état des lieux des attentes des agents en matière de management, d'organisation du travail et de conditions de vie au travail dans la fonction publique.

59 %²⁴ des encadrants déclarent avoir bénéficié d'une formation au management. C'est le cas de 39 % des encadrants contractuels vs. 62 % pour les titulaires. L'**enjeu managérial** ressort d'ailleurs également de l'observatoire interne des ministères : parmi les scores les plus bas de cet observatoire, figurent les réponses aux deux questions « mon manager s'investit-il dans le développement de mes compétences ? » et « mon manager me dit régulièrement ce qu'il pense de la qualité et de l'efficacité de mon travail » avec respectivement 57 % et 61 % de réponses positives de la part des agents de la FPE interrogés en 2022.

²⁴ 61 % dans la FPE, 59 % dans la FPH et 56 % dans la FPT.

Les agents publics ont également exprimé des attentes d'**aménagement du temps de travail et d'organisation du travail**. 19 %²⁵ des agents déclarent que l'organisation de leur temps de travail a bénéficié d'un aménagement alors que 72 % seraient intéressés par une réorganisation du temps de travail. Les attentes des agents sur le télétravail concernent plus les moyens mis à disposition pour télétravailler que ses usages ou sa pratique, les outils bureautiques, la prise en charge des coûts induits pour les agents par le télétravail et les outils numériques étant les trois thématiques prioritaires d'amélioration d'après les agents interrogés. Enfin, les attentes des agents sur les espaces de travail se concentrent sur le développement d'espaces collectifs ainsi que d'espaces de repos.

4.2. Les managers ont un rôle à jouer pour améliorer l'organisation du travail et réduire l'absentéisme dans la fonction publique

4.2.1. Un meilleur outillage et une meilleure formation des encadrants de la fonction publique contribueraient à mieux suivre et prévenir l'absentéisme

Un management actif a été signalé à de nombreuses reprises, lors des entretiens menés par la mission, comme la clé de voûte de la maîtrise de l'absentéisme.

La capacité à mesurer les absences et l'outillage des encadrants en matière de suivi des niveaux d'absentéisme de leurs équipes constituent des conditions nécessaires à la maîtrise de la dynamique d'absentéisme dans la fonction publique. Si certains acteurs publics, notamment les établissements de santé sollicités par la mission (ex. : AP-HP) indiquent disposer de tableaux de bord de suivi de l'absentéisme et communiquer régulièrement aux encadrants les résultats et indicateurs d'absentéisme de leurs services, cette pratique n'est pas systématisée chez les employeurs publics. Cette pratique gagnerait ainsi à être développée dans la fonction publique sur les modèles développés, par exemple par la Région Hauts-de-France, la SNCF et Orange S.A (cf. encadré 12).

Encadré 12 : Les pratiques et outils managériaux de suivi de l'absentéisme dans la Région Hauts-de-France, chez Orange S.A. et à la SNCF

Fin 2023, la Région Hauts-de-France s'est engagée dans une démarche de réduction de l'absentéisme. Pour cela, un diagnostic de l'absence pour raisons médicales a été réalisé par un prestataire pour objectiver et préciser les données et ajuster les dispositifs de prévention ou curatifs. À l'issue de ce diagnostic réalisé au premier trimestre 2024, la région s'est dotée d'un outil de pilotage de l'absence et de nouvelles grilles d'analyse de l'absentéisme pour identifier la prévalence de :

- ◆ l'absentéisme dit « diffus », signal d'éventuelles problématiques collectives (management, organisation du travail notamment) ;
- ◆ l'absentéisme dit « perlé » pouvant préfigurer des ruptures de parcours professionnels et de désinsertion professionnelle ;
- ◆ l'absentéisme dit « long » appelant des dispositifs de prévention de l'usure professionnelle et des mesures d'accompagnement au maintien ou au retour à l'emploi.

Chez Orange S.A., les absences sont mesurées à une fréquence trimestrielle voire mensuelle si besoin, par tranche d'âge, métier, secteur et région. Les chiffres sont communiqués aux encadrants avec des repères permettant de situer le niveau d'absentéisme de leurs équipes.

La SNCF dispose d'un outil commun à toutes les entités (Rhumba) qui permet d'éditer mensuellement, les données suivantes : le nombre de jours d'absence par salarié ; le nombre de salariés absents pendant la période ; le type d'absence courte durée, moyenne durée, longue durée et l'évolution des différents indicateurs par rapport l'année précédente. Sur le fondement de ces tableaux de bord, certaines entités de la SNCF ont développé des plans d'actions spécifiques pour lutter contre l'absentéisme.

²⁵ 30 % dans la FPT, 14 % dans la FPE et 20 % dans la FPH.

Annexe III

Par ailleurs, il est mis à la disposition des encadrants de la fonction publique des ressources et guides pour les accompagner dans leurs pratiques managériales tels que :

- ◆ la « boussole du manager », ensemble de fiches proposé par la DGAFP, qui porte sur la management par les valeurs, le management intergénérationnel, la gestion des conflits ou la valorisation des savoir-être professionnels et qui vient compléter le guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique publié en 2017 ;
- ◆ un guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique publié en juillet 2014 par la DGAFP ;
- ◆ un guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique de 2017 qui propose une fiche relative à l'accompagnement d'un collaborateur suite à une absence de longue durée.

Les CDG de la Haute-Garonne et d'Ille-et-Vilaine ont développé des guides spécifiques pour accompagner les managers dans la gestion de l'absentéisme dans les collectivités²⁶.

France Travail a mis en place, depuis 2017, un ensemble d'actions de formation et de guides, qui pourraient être transposées pour alimenter les dispositifs d'accompagnement et de formation des encadrants de la fonction publique (cf. encadré 13).

Encadré 13 : Les actions mises en œuvre par France Travail au bénéfice de ses encadrants pour suivre et prévenir l'absentéisme

France Travail a mis en œuvre les actions suivantes au bénéfice de ses encadrants pour suivre et prévenir l'absentéisme :

- ◆ mise en place d'une formation « les fondamentaux de la prévention de l'absentéisme » à destination des services RH ;
- ◆ mise en place d'une formation/action pour les services RH régionaux ;
- ◆ organisation d'un Lab pour identifier des pistes d'actions de réduction de l'absentéisme ;
- ◆ mise à disposition d'un e-learning « prévenir l'absentéisme au travail » à destination des managers et des équipes des services RH mais accessible à tous les agents ;
- ◆ mise en place d'une formation « prévenir et gérer l'absentéisme au quotidien » pour les managers et les équipes des services RH ;
- ◆ diffusion d'outils d'accompagnement des établissements (notes opérationnelles, fiches mémo, foires aux questions) ;
- ◆ diffusion de guides pratiques à destination des managers sur l'accompagnement à la réintégration d'un agent après son absence et sur la prévention et la gestion des absences fréquentes.

4.2.2. L'implication managériale dans la gestion de l'absentéisme pourrait être davantage valorisée

Aux termes des articles L. 713-1 et L. 714-1 du code général de la fonction publique, la rémunération des agents titulaires, comme des agents contractuels de droit public, peut tenir compte de leurs résultats professionnels et de leur manière de servir à travers le régime indemnitaire.

²⁶ https://www.cdg31.fr/sites/default/files/file/file/d_dossier_thematique_fiphfp.pdf et https://www.cdg35.fr/beacdf17e90166e1ba64332030865eexy/iedit/11/89702_243479_Plaquette_Reduire_labsenteisme_2019.pdf

Annexe III

Dans la FPE, les primes versées aux agents sont fixées dans le cadre du régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel (Rifseep)²⁷ avec :

- ◆ une indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE) ;
- ◆ et un complément indemnitaire annuel (CIA) tenant compte de l'engagement professionnel et de la manière de servir.

Dans la FPT, le régime indemnitaire, qui est facultatif, est fixé par une délibération de la collectivité sur le modèle du Rifseep dans la limite des plafonds déterminés pour les agents de la FPE, selon le principe de parité²⁸.

La circulaire du 5 décembre 2014 relative à la mise en œuvre du régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel énonce une liste de critères d'appréciation contribuant à fixer le CIA d'un agent : *« la valeur professionnelle de l'agent, son investissement personnel dans l'exercice de ses fonctions, son sens du service public, sa capacité à travailler en équipe, sa contribution au collectif de travail, [...] la connaissance de son domaine d'intervention, sa capacité à s'adapter aux exigences du poste, à coopérer avec des partenaires internes ou externes comme son implication dans les projets du service, sa participation active à la réalisation des missions rattachées à son environnement professionnel »*. **La prise en compte explicite, dans la part indemnitaire des encadrants de la fonction publique, de la manière de gérer les absences au sein des services permettrait de valoriser l'implication managériale dans la gestion et la prévention de l'absentéisme et constituerait un incitatif à en renforcer le pilotage.**

Dans la FPH, les primes et indemnités applicables sont prévues par des décrets ou arrêtés ministériels qui en fixent les conditions d'attribution. Il existe, dans ce versant, plus d'une centaine de primes et indemnités fruits d'une sédimentation progressive au fil des années, L'accord du Ségur de la santé relatif à la FPH en date du 13 juillet 2020 a posé le principe d'une rénovation du régime indemnitaire de ce versant²⁹. **Dans le cadre de la refonte de ce régime, la mission préconise de valoriser également l'engagement des managers dans la gestion et la prévention de l'absentéisme.**

²⁷ Décret n° 2014-513 du 20 mai 2014 portant création d'un régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel dans la FPE.

²⁸ Décret n° 91-875 du 6 septembre 1991 pris pour l'application du premier alinéa de l'article 88 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la FPT.

²⁹ Accord du Ségur de la santé relatif à la FPH en date du 13 juillet 2020 : *« les régimes indemnitaires de la FPH se caractérisent par leur enchevêtrement (plus d'une centaine de primes) et leur complexité du faire de champs d'application hétérogènes. En outre, nombre d'entre eux sont anciens et ne sont plus adaptés »*.

4.3. L'organisation du travail a connu de nombreuses évolutions dans la fonction publique avec l'essor du télétravail et des initiatives d'employeurs publics

4.3.1. La crise sanitaire n'a pas facilité l'identification de l'impact du télétravail sur l'absentéisme

À la faveur de l'accord relatif à la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique du 13 juillet 2021, **la pratique du télétravail s'est développée dans la fonction publique**, comme le confirme la Cour des comptes³⁰. Selon les résultats de la consultation « Fonction publique+ », seul un répondant sur quatre a signalé ne pas être en situation de pouvoir télétravailler.

En 2016, 1,6 % des agents de la fonction publique étaient concernés par le télétravail³¹. D'après le rapport annuel sur l'état de la fonction publique s'appuyant sur l'enquête Emploi de l'Insee, 15 % des agents de la fonction publique ont télétravaillé au moins un jour dans la semaine de référence en 2022, un chiffre en baisse de 5 points par rapport à 2021 et inférieur à la part de télétravailleurs dans le secteur privé (cf. tableau 14). Cette évolution est cependant à mettre en regard de l'incitation des pouvoirs publics à recourir au télétravail en 2021 en lien avec la crise sanitaire.

Du fait de métiers plus compatibles avec le travail, c'est dans la FPE que l'usage du télétravail est le plus courant (23 % des agents vs. 13 % dans la FPT et 3 % dans la FPH).

Tableau 14 : Part des agents ayant télétravaillé au moins un jour durant la semaine de référence (%)

Employeur	2021	2022
FPE	32	23
FPT	16	13
FPH	4	3
Ensemble fonction publique	20	15
Secteur privé	22	21

Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023 de la DGAFP d'après l'enquête emploi de l'Insee.

Une étude³² de 2019 menée par l'institut de sondage BVA pour le prestataire de services de bien-être au travail Workplace Options auprès de 301 directions des ressources humaines et 1 505 salariés a pointé **un impact positif du télétravail sur la dynamique d'absentéisme**. En effet, le taux d'absentéisme des salariés pratiquant le télétravail occasionnel s'élevait à 1,2 %, 2,0 % pour les employés ayant des options de télétravail vs. 4,3 % pour les salariés qui ne bénéficiaient pas du télétravail.

³⁰ Cour des comptes, *Le télétravail dans la fonction publique après la crise sanitaire*, novembre 2022.

³¹ DGAFP, *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique*, édition 2021.

³² <https://www.workplaceoptions.com/fr/news/une-etude-francaise-revele-une-augmentation-de-39-du-taux-dabsenteisme-des-employes/>

Au cours des années 2020-2022, la concomitance de la crise sanitaire et de l'essor du télétravail a rendu plus complexe la mesure de l'impact structurel du télétravail sur l'absentéisme. L'enquête « les salariés et l'absentéisme au travail » menée par l'Ifop auprès de 3 130 salariés français en 2022 a mis en évidence un impact défavorable avec 35 % des personnes télétravaillant absentes au moins un jour en 2021 vs. 32 % pour l'ensemble des salariés. La part d'agents absents au moins un jour croissait même avec la fréquence du recours au télétravail : de 27 % auprès de ceux en télétravail moins de deux jours par semaine à 36 % parmi ceux qui le pratiquent deux à trois jours et jusqu'à 47 % chez ceux qui y ont recours quatre à cinq jours. Sur cette période, les télétravailleurs présentaient des symptômes de stress lié au travail (53 % d'entre eux) plus fréquemment que les travailleurs exerçant qu'en présentiel (48 %).

Au sortir de la crise sanitaire, une nouvelle étude de l'Ifop et du cabinet Diot-Siaci³³ auprès de 3 000 salariés, publiée en 2024, revient sur l'influence du télétravail dans la réduction de l'absentéisme constatée en 2023. **Cette enquête accrédite la thèse de la capacité du télétravail à améliorer la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle ainsi que l'adéquation entre l'état de santé et les conditions de travail.** Le télétravail pouvant constituer une alternative à des situations personnelles ou de santé auraient pu conduire à s'absenter faute de pouvoir exercer à distance, 63 % des télétravailleurs déclarent que la possibilité de travailler à distance leur a permis d'éviter un arrêt maladie et 41 % ont même déjà travaillé depuis chez eux alors qu'ils étaient malades.

4.3.2. L'évaluation de l'expérimentation de la semaine en quatre jours devrait comporter un volet relatif aux effets de cette nouvelle modalité d'organisation du temps de travail sur l'absentéisme des agents

Lors de sa déclaration de politique générale, le 30 janvier 2024 le Premier ministre a annoncé l'expérimentation d'une nouvelle modalité d'organisation du travail avec « *la semaine en quatre jours, sans réduction du temps de travail* » dans les ministères, « *administrations centrales et déconcentrées* ».

Alors que la note du 22 mars 2024 lançant l'expérimentation de la semaine en quatre jours dans la fonction publique indique que « *pour appréhender et en évaluer l'ensemble des impacts, une grille de critères est en cours d'élaboration avec des experts* », **la mission recommande d'intégrer une évaluation de l'impact de cette nouvelle modalité sur l'absentéisme des agents.**

4.3.3. Le temps de travail fait l'objet de travaux et d'initiatives de la part d'acteurs de la sphère publique afin d'en améliorer l'organisation

Les entretiens menés par la mission ont été l'occasion d'identifier des bonnes pratiques et des points d'amélioration en matière d'organisation du travail.

³³ <https://www.diot-siaci.com/absenteisme-et-turnover-en-baisse-comment-2023-redefinit-les-tendances-post-covid/>

Annexe III

Dans le cadre d'un diagnostic réalisé en 2023 sur l'organisation du travail à l'hôpital, l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a pointé une couverture des hôpitaux par des outils de gestion des temps et activités à hauteur de 39 % et une mise en place partielle des cycles de travail à l'hôpital avec 59 % des établissements ayant mis en œuvre des cycles de travail. Partant de ces constats, l'ANAP a développé un outil d'autodiagnostic de la maturité des systèmes d'information RH (SIRH) des établissements complété par un guide sur l'organisation du temps de travail disponible en ligne pour accompagner les établissements de santé (cf. encadré 14).

Encadré 14 : Les ressources élaborées par l'ANAP mises à la disposition des établissements de santé en matière d'organisation du temps de travail

Disponible en ligne³⁴, l'autodiagnostic SIRH proposé par l'ANAP permet aux établissements d'identifier leurs axes d'amélioration sur les différents champs fonctionnels de la gestion des ressources humaines : gestion du recrutement et de la mobilité, gestion administrative du personnel, gestion des temps et activités, réalisation de la paye, gestion des compétences, gestion de la formation, pilotage de la masse salariale, pilotage de la fonction ressources humaines, promotion de la qualité de vie au travail, gestion des SIRH. L'ANAP propose également un kit pratique sur l'organisation du travail³⁵ accompagnant les établissements dans l'évaluation des besoins RH en fonction de l'activité, le choix des modèles horaires, la construction des maquettes organisationnelles des services de soins, la construction des cycles de travail et la gestion des moyens de remplacement et des heures supplémentaires.

Toujours dans le champ hospitalier, une série d'enquêtes menées dans les services de soins ayant révélé que 37 % des soignants considéraient que leurs avis et idées n'étaient pas suffisamment pris en compte dans les choix stratégiques et organisationnels des services, l'AP-HP déploie des « espaces de dialogue sur le travail » depuis 2023, à la suite d'expérimentations menées à partir de 2020 (cf. encadré 15).

Encadré 15 : Les espaces de dialogue sur le travail à l'AP-HP

Prévu par le plan de l'AP-HP « 30 leviers pour agir ensemble », les espaces de dialogue sur le travail, constituent des temps d'échange réguliers en équipe pour discuter du fonctionnement des services et identifier des solutions pour améliorer l'organisation du travail, la qualité des soins, les conditions d'exercice des professionnels. Ces espaces se généralisent progressivement depuis le début de l'année 2024 avec la formation de binômes à l'animation de ces espaces dans les services.

³⁴ <https://anap.fr/s/article/ressourcesshumaines-publication-2534>

³⁵ <https://anap.fr/s/article/organisation-du-temps-de-travail-soyez-efficace-et-attractif>

5. Les fonds existants en faveur de la santé au travail ne peuvent apporter que des réponses limitées aux enjeux que rencontre la fonction publique

5.1. L'effort financier consacré sur leur budget par les employeurs publics en faveur de la prévention de l'absentéisme n'est pas documenté

Sollicitées spécifiquement sur cette question, ni la DGAFP pour la FPE, ni la DGCL pour la FPT ni la direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour la FHP ne disposent d'éléments permettant d'évaluer les dépenses réalisées en propre par les administrations et les établissements publics en faveur de la santé et de la sécurité au travail. **Compte tenu de la faiblesse des données disponibles quant au budget consacré par les employeurs de la fonction publique en matière de prévention de l'absentéisme, la mission a limité l'analyse des moyens financiers déployés aux quatre principaux fonds nationaux, interministériels ou régionaux** contribuant à la prévention des risques professionnels et de l'absentéisme dans la fonction publique :

- ◆ le fonds interministériel pour l'amélioration des conditions de travail (FIACT) en place pour la FPE ;
- ◆ le fonds national de prévention (FNP) de la CNRACL destiné à la FPT et la FPH ;
- ◆ le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) ;
- ◆ le fonds d'intervention régional (FIR) placé auprès des agences régionales de santé (ARS) dont peuvent bénéficier les établissements de santé.

5.2. Le FIACT constitue un outil structuré pour faire levier sur la qualité de vie au travail dans la FPE mais n'est que symboliquement doté à hauteur de 1 M€ et peu mobilisé

Créé en 2018, le FIACT cofinance des projets portés par des employeurs de la FPE pour soutenir l'accompagnement des collectifs de travail, la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions et de l'organisation du travail des agents de ce versant. **Doté à hauteur de 1 M€ en 2024** dans le programme 148 « fonction publique » pour l'ensemble de la FPE, il est mis en œuvre par la DGAFP à travers un appel à projets national annuel.

La mise en œuvre de ce fonds est encadrée, organisée par une circulaire annuelle. La circulaire relative à l'appel à projets du FIACT au titre de l'année 2024 en date du 21 juillet 2023 précise que le fonds vise à produire un effet de levier et à contribuer à la mise en visibilité des actions et expérimentations engagées par les employeurs. Elle rappelle les critères d'inéligibilité des projets et des dépenses couvertes. Sont ainsi inéligibles entre autres :

- ◆ les projets qui répondent à une obligation légale de l'employeur ;
- ◆ les projets achevés ;
- ◆ les projets bénéficiant à un nombre trop restreint d'agents ;
- ◆ les projets portés par des services ne disposant pas de DUERP ;
- ◆ les dépenses de personnel, de restauration, de transport d'hébergement et d'investissement d'ordre général ;
- ◆ ou encore les dépenses pérennes.

Annexe III

Le FIACT a enregistré, depuis 2018, 957 candidatures et financé 332 projets, au bénéfice de tous les ministères et tout type d'administration d'État sur l'ensemble du territoire national (cf. tableau 15). Le ministère de l'intérieur et ses services déconcentrés constituent les premiers bénéficiaires tandis que certains périmètres ministériels tels que le ministère des armées, le ministère de la culture et le ministère de l'agriculture sont moins représentés. Les services déconcentrés représentent près de 90 % des projets lauréats.

Le nombre de candidatures a diminué de 42 % depuis la création du fonds. Avec un niveau de sélectivité demeurant entre 29 % et 40 %, le nombre de lauréats a connu une évolution similaire avec une baisse de 46 %. Sur un budget d'environ 1 M€, le fonds n'a exécuté que 0,67 M€ en 2023 et 0,62 M€ en 2024.

Tableau 15 : Évolution des résultats du FIACT depuis sa création

Année	Nombre de candidatures	Nombre de lauréats	Part des candidats retenus (en %)	Enveloppe allouée par projet (en €)	Enveloppe totale exécutée (en M€)
2018	202	70	35	N.D.	N.D.
2019	167	64	38	13 973	0,89
2020	135	54	40	17 600	0,95
2021	117	32	27	14 878	0,48
2022	123	37	30	22 626	0,84
2023	95	37	39	18 015	0,67
2024	118	38	32	16 350	0,62

Source : Mission d'après les données fournies par la DGAFP et du site www.fonction-publique.gouv.fr/.

5.3. Peu connu dans la FPT et la FPH, le FNP assure le financement d'actions de prévention pour 9 M€ par le biais d'appels à projet thématiques

Le FNP a été créé par l'article 31 de la loi 2001-624 du 17 juillet 2001 et est désormais codifié à l'article L. 814-2 du code général de la fonction publique. Il s'adresse aux collectivités territoriales, établissements publics de santé et agents.

Quatre missions lui sont confiées :

- ◆ l'établissement, au plan national, des statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles constatées dans ces collectivités et établissements ;
- ◆ l'élaboration des recommandations d'actions en matière de prévention ;
- ◆ la définition d'un programme d'actions dans le cadre de la politique fixée par les autorités compétentes de l'État, après avis et propositions du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale et du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière ;
- ◆ **le financement des mesures de prévention au profit des collectivités et établissements** afin d'identifier et de mettre en œuvre des pistes d'amélioration des conditions matérielles et organisationnelles de travail.

Les engagements financiers du FNP, à hauteur de **9 M€ en 2023**, se répartissent entre trois grands types d'actions :

- ◆ lancement et financement d'appels à projets sur des thématiques identifiées comme prioritaires par le conseil d'administration de la CNRACL pour 6,7 M€ en 2023 ;
- ◆ financement d'actions de prévention pour 1,0 M€ en 2023 ;
- ◆ financement de projets en partenariat pour 0,9 M€ en 2023, notamment avec l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

Annexe III

Les appels à projets portent soit sur des métiers qui constituent des cadres d'emplois particulièrement exposés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, soit sur la prévention d'un risque spécifique. À titre d'exemple, deux appels à projets portant sur la prévention des risques professionnels des policiers municipaux d'une part et la désinsertion professionnelle d'autre part ont été lancés en février 2023.

En 2023, au titre des démarches thématiques de prévention, les fonds ont principalement été alloués à la prévention des risques psychosociaux ainsi qu'au travail sur écran.

Ce fonds a fait l'objet d'un diagnostic dans le cadre de la mission menée par la fédération nationale des centres de gestion de la fonction publique territoriale (FNCDG), l'inspection générale de l'administration (IGA) et de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) en 2023 sur la préfiguration du fonds en faveur de l'usure professionnelle, du maintien dans l'emploi et de l'accompagnement des transitions professionnelles dans la FPT³⁶. **Si le rapport de cette mission pointe son expertise en matière de prévention des risques professionnels et d'usure professionnelle et sa capacité à faire émerger des bonnes pratiques et recommandations utiles, elle souligne sa « très faible notoriété auprès des collectivités territoriales » ainsi que son absence d'ancrage territorial et de personnalité juridique.**

5.4. Ayant pour vocation d'accompagner l'emploi des personnes en situation de handicap dans la fonction publique, le FIPHFP ne cible pas spécifiquement la prévention de l'absentéisme

Mis en place par le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 pris en application de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, le FIPHFP a le statut d'établissement public administratif dont la gestion est assurée à la CDC et qui a pour une double mission :

- ◆ favoriser l'accès, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés ;
- ◆ conseiller les employeurs publics pour la mise en œuvre de leurs actions en faveur des agents handicapés.

En 2022, les dépenses d'intervention de ce fonds se sont élevées à 95 M€ :

- ◆ 53 M€ de dépenses directes (aides directes, conventions avec les employeurs, programme accessibilité) soit 56 % ;
- ◆ 41 M€ de dépenses intermédiées dans le cadre de partenariats ou de pactes avec l'Agefiph et Pôle emploi en particulier, soit 44 %.

Les aides directes, représentant 16,0 M€ en 2022, se répartissent entre les trois versants de la fonction publique (12,5 M€ pour la FPT, 2,5 M€ pour la FPH et 1,0 M€ pour la FPE) mais **ne concernent que minoritairement ou indirectement la prévention de l'absentéisme**, le premier poste de dépenses pour les aides étant, par exemple, le versement de l'indemnité d'apprentissage (cf. tableau 16).

³⁶ FNCDG-IGA-Igas, *Rapport de préfiguration du fonds en faveur de la prévention de l'usure professionnelle, du maintien dans l'emploi et de l'accompagnement des transitions professionnelles dans la fonction publique territoriale*, octobre 2023.

Annexe III

Tableau 16 : Répartition des aides directes du FIPHFP par nature et versant en 2022 (en M€)

	FPE	FPT	FPH	Total
Recruter un agent en situation de handicap, notamment via l'apprentissage	0,2	4,4	0,2	4,9
Aménager le poste de travail d'une personne en situation de handicap	0,3	2,2	0,7	3,2
Accompagnement des agents en situation de handicap via des aides humaines	0,1	1,5	0,2	1,8
Favoriser l'accès aux aides destinées à améliorer les conditions de vie	0,2	1,7	0,8	2,7
Former les personnes en situation de handicap	0,1	2,0	0,2	2,2
Améliorer les conditions de transport	0,1	0,6	0,3	0,9
Autres	0,0	0,1	0,0	0,2
Total	1,0	12,5	2,5	16,0

Source : Rapport d'activité 2022 du FIPHFP.

La mission de préfiguration du fonds d'usure professionnelle FPT d'octobre 2023 fait d'ailleurs le constat de compétences demeurant à développer dans le champ de la prévention, malgré une forte notoriété du FIPHFP auprès des collectivités.

5.5. Le FIR géré par les ARS soutient l'amélioration des conditions de travail dans la FPH mais seulement dans neuf régions hexagonales en 2023

L'amélioration des conditions de travail des agents des établissements publics de santé, des établissements participant au service public hospitalier et dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière peut être soutenue dans le cadre des missions du FIR. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012, le FIR est une enveloppe confiée aux ARS, s'élevant à 5,0 Md€ en 2022, dont les missions sont articulées autour de cinq axes :

- ◆ la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- ◆ l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire ;
- ◆ la permanence des soins et la répartition des professionnels de santé et des structures de santé sur le territoire ;
- ◆ l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- ◆ le développement de la démocratie sanitaire.

En 2022, le FIR a participé au financement la mise en œuvre de contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux à hauteur de 6,1 M€. Les CLACT, passés entre la direction d'un établissement et les représentants du personnel, reposent sur une phase de diagnostic soumis à débat avec le Comité social et économique (CSE) pour établir un plan d'actions de prévention des risques professionnels et des objectifs pouvant porter sur la diminution des arrêts de travail et des maladies professionnelles, de l'absentéisme ou des remplacements de courte durée. Les thématiques principales portées par ces CLACT traitent de la prévention des TMS et des RPS ou encore de la gestion des risques de violences et incivilités.

Si ce dispositif existe depuis de nombreuses années, il demeure inégalement utilisé par les ARS qui peuvent mobiliser les fonds FIR pour d'autres projets que ceux contribuant à l'amélioration des conditions de travail des agents (cf. tableau 17).

Tableau 17 : Nombre d'établissements engagés dans un CLACT en 2022-2023 par région

Région	Nombre d'établissements engagés dans un projet CLACT en 2022	Nombre d'établissements engagés dans un projet CLACT en 2023
Auvergne-Rhône-Alpes	18	13
Bourgogne-Franche-Comté	1	2
Bretagne	0	0
Centre-Val de Loire	0	0
Corse	6	3
Grand-Est	59	78
Hauts-de-France	5	19
Île-de-France	0	0
Normandie	0	24
Nouvelle Aquitaine	1	0
Occitanie	62	50
Pays de la Loire	23	12
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9	13
Total	183	214

Source : DGOS.

5.6. La mise en place des fonds de prévention de l'usure professionnelle FPH et FPT constitue une réponse face aux enjeux de prévention et aux limites des fonds existants.

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 14 avril 2023 qui a porté réforme des retraites a prévu de « reculer l'âge de départ en tenant compte des situations d'usure professionnelle et de la pénibilité effective des métiers » d'après le titre premier de sa deuxième partie. Dans ce cadre, deux fonds de prévention de l'usure professionnelle, l'un dans le secteur privé et l'autre dans le champ des établissements de santé et médico-sociaux publics, financés par l'assurance maladie, ont été institués.

À la date de la mission, les travaux sont en cours pour mettre en place le fonds de prévention de l'usure professionnelle et de l'aménagement des fins de carrière (FPUP) dans les établissements de santé et médico-sociaux publics afin de prendre en compte la situation particulière des professionnels de ces établissements qui connaissent une forte sinistralité en raison de la pénibilité des métiers qui y sont exercés. Doté 100 M€ chaque année à compter de 2024 ; le fonds a vocation à instaurer une culture de prévention par la création d'une équipe de prévention pluridisciplinaire au niveau de chaque groupement hospitalier de territoire et à accompagner les fins de carrière des agents de la FPH les plus exposés à des risques d'usure professionnelle.

Le positionnement de ce nouveau fonds doit également s'articuler avec un autre fonds : le fonds de prévention de l'usure professionnelle, du maintien dans l'emploi et de l'accompagnement des transitions professionnelles à destination de la FPT préfiguré en 2023³⁷. La mission propose d'ouvrir ce fonds à la prévention primaire, secondaire et tertiaire, aux actions portant sur les conditions de travail, l'accompagnement des transitions professionnelles et la formation et ce, au bénéfice de tous les agents territoriaux publics en identifiant des métiers prioritaires.

³⁷ FNCDG-IGA-Igas, *Rapport de préfiguration du fonds en faveur de la prévention de l'usure professionnelle, du maintien dans l'emploi et de l'accompagnement des transitions professionnelles dans la fonction publique territoriale*, octobre 2023.

Annexe III

Dans l'attente de la mise en place de ces deux fonds à destination de la FPT et de la FPH, les actions des fonds actuels demeurent limitées pour prévenir l'absentéisme du fait, soit de leur faible dotation, d'une faible visibilité et attractivité pour les bénéficiaires potentiels ou de champs d'intervention ne ciblant pas spécifiquement ces enjeux de prévention et d'absentéisme.

ANNEXE IV

Les coûts et enjeux financiers liés aux absences dans la fonction publique

SOMMAIRE

1. LES JOURS D'ABSENCE POUR RAISON DE SANTÉ DANS LA FONCTION PUBLIQUE ONT REPRÉSENTÉ 350 000 ETP ET ONT ÉTÉ RÉMUNÉRÉS À HAUTEUR 15 MD€ EN 2022	1
1.1. L'absentéisme génère des coûts pour les employeurs publics liés à la rémunération des jours non travaillés et au recours à des remplacements	1
1.2. Le coût de l'absentéisme pour raison de santé mesuré par la rémunération des jours non travaillés des agents publics par les employeurs publics est évalué à environ 15,1 Md€ ce qui représente 350k ETP	1
1.3. Les absences d'agents publics génèrent des dépenses liées au recours à des heures supplémentaires ou à des remplacements	9
2. LES CIBLES DE RÉDUCTION DE L'ABSENTÉISME POUR RAISON DE SANTÉ PEUVENT ÊTRE DÉTERMINÉES EN FONCTION DU NIVEAU HISTORIQUE D'AVANT CRISE SANITAIRE ET DES SPÉCIFICITÉS DE LA FONCTION PUBLIQUE	11
2.1. L'absentéisme pour raison de santé dans la fonction publique est resté stable sur la période 2014-2019 à un niveau moyen similaire au secteur privé et avec des disparités importantes entre les différents versants	11
2.2. Un retour de l'absentéisme dans la fonction publique au niveau précédant la crise sanitaire générerait des économies d'efficacité de l'ordre de 137 k ETP qui représentent 5,8 Md€ de jours rémunérés mais dont une partie a déjà été réalisée en sortie de crise.....	12
2.3. Une convergence du niveau d'absentéisme contrôlé de la fonction publique vers le niveau du secteur privé générerait des économies d'efficacité uniquement dans la fonction publique territoriale de l'ordre de 16 k ETP qui représentent 0,7 Md€ de jours rémunérés.....	13
3. LA MODULATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ABSENCES DE COURTE DURÉE POUR RAISON DE SANTÉ VISE À LES LIMITER ET À RÉALISER DES ÉCONOMIES BUDGÉTAIRES	15
3.1. La théorie économique prédit une réduction des absences lorsque l'indemnisation de ces absences diminue	15
3.2. Le jour de carence a rempli son objectif de réduction des arrêts de courte durée et a représenté des économies budgétaires de 134 M€ en 2023 pour le budget de l'État mais ses effets sur le volume global des arrêts sont incertains	16
3.3. La diminution du taux de remplacement de la rémunération des agents publics en arrêts de courte durée est un levier possible pour réduire le volume des absences et dégager des économies budgétaires	25
4. LES JOURS D'ASA DANS LA FONCTION PUBLIQUE REPRÉSENTENT 23 K ETP ET POURRAIENT ÊTRE RATIONNALISÉS AFIN DE RÉALISER DES GAINS D'EFFICIENCE DE L'ORDRE DE 1 400 ETP CORRESPONDANT À UN COÛT EMPLOYEUR DE 67 M€. 35	35
4.1. Les absences pour autorisation spéciale d'absence représenteraient 5 millions de jours par an soit 23 k ETP dans la fonction publique.....	35
4.2. Une rationalisation des ASA, telles que les ASA pour fêtes religieuses et gardes d'enfant, produirait un gain d'efficacité équivalent à 1 400 ETP	36

1. Les jours d'absence pour raison de santé dans la fonction publique ont représenté 350 000 ETP et ont été rémunérés à hauteur 15 Md€ en 2022

1.1. L'absentéisme génère des coûts pour les employeurs publics liés à la rémunération des jours non travaillés et au recours à des remplacements

Le coût de l'absentéisme recouvre plusieurs aspects, en particulier :

- ◆ le coût des jours non travaillés qui correspond au montant global des rémunérations versées aux agents publics par leur employeur public pendant la durée de leur absence ;
- ◆ le coût lié au remplacement ou aux heures supplémentaires pour pallier l'absentéisme.

Le montant global des rémunérations versées aux agents publics pendant la durée de leur absence ne constitue pas un coût supplémentaire lié à la maladie, dès lors que l'agent en activité aurait perçu sa rémunération. En revanche, les remplacements et les heures supplémentaires génèrent une dépense budgétaire supplémentaire.

La réduction des absences devrait permettre de réaliser des économies de plusieurs ordres :

- ◆ des gains d'efficience par la réduction du nombre de jours non travaillés mais payés par l'employeur au profit de jours travaillés et payés par l'employeur, sans générer d'économies budgétaires ;
- ◆ des économies budgétaires indirectes par la réduction du recours aux remplacements, intérimis et heures supplémentaires.

La réduction des absences permettrait d'augmenter les jours travaillés et ainsi, lorsqu'elle est analysée au niveau agrégé, d'estimer des gains en matière d'équivalents temps plein (ETP). Toutefois, les absences sont réparties au sein d'unités administratives et leur réduction ne permettrait pas de gagner systématiquement un ou plusieurs ETP par unité.

La réalisation d'économies budgétaires directes reposerait sur la mise en œuvre de mesures liées aux modalités de prise en charge de la rémunération de l'agent public en arrêt maladie.

1.2. Le coût de l'absentéisme pour raison de santé mesuré par la rémunération des jours non travaillés des agents publics par les employeurs publics est évalué à environ 15,1 Md€ ce qui représente 350k ETP

1.2.1. Le coût de l'absentéisme est rarement valorisé par les employeurs publics

La majorité des employeurs publics rencontrés ou sollicités par la mission ne suivent pas le coût des jours non travaillés et rémunérés. L'activité des directions des ressources humaines et des directions métiers se concentre sur la gestion administrative et opérationnelle des absences.

Les employeurs publics devraient être mieux sensibilisés et davantage responsabilisés sur le coût des jours rémunérés et non travaillés et sur les gains d'efficience apportés par une réduction des absences pour raison de santé (cf. 1.1).

Annexe IV

Les employeurs publics devraient se doter d'une méthode de calcul des coûts directs de l'absentéisme mesurés en euros et en ETP et intégrer ces informations dans les tableaux de bord de gestion des DRH.

En l'absence d'un tel suivi par les employeurs publics, la mission a estimé le nombre de jours d'absences par versant de la fonction publique, leur correspondance en ETP et en rémunérations versées à partir de plusieurs sources :

- ◆ le rapport de la Cour des comptes « La rémunération des agents publics en arrêt maladie » daté de juin 2021 (cf. 1.2.2) ;
- ◆ les rapports sociaux uniques des employeurs de la fonction publique (cf. 1.2.3) ;
- ◆ l'enquête Emploi de l'Insee enrichie de données du système d'information sur les agents des services publics (cf. 1.2.4).

1.2.2. En 2021, la Cour des comptes estimait à partir des bilans sociaux des employeurs de la fonction publique que le montant des rémunérations versés les jours d'absence pour raison de santé dans la fonction publique s'élevait à 11 Md€

Dans son rapport « La rémunération des agents publics en arrêt maladie » de juin 2021, la Cour des comptes a estimé, à partir des derniers bilans sociaux des employeurs publics dont elle disposait, que le nombre de jours d'absence pour raison de santé sur une année s'élevait en 2017 à 21 millions dans la fonction publique de l'État (FPE), 43 millions dans la fonction publique territoriale (FPT) et 24 millions dans la fonction publique hospitalière (FPH), soit 108 millions de jour au total.

Le total des journées d'absence pour raisons de santé en 2017 représentait l'équivalent de 242 k ETP pour les trois versants de la fonction publique (cf. tableau 1) – 59k ETP dans la FPE, 65 k ETP dans la FPT et 118 k ETP dans la FPH – soit 5 % du total des ETP de la fonction publique.

Tableau 1 : Estimation du nombre de jours d'absence pour raison de santé par versant et correspondance en ETP (2017)

Versant	Nombre de jours calendaires d'absence pour raison de santé (en millions)	Équivalent ETP (en milliers)
FPE	21	59
FPT	43	65
FPH	43	118
Total	108	242

Source : Cour des comptes.

Concernant plus spécifiquement les arrêts maladies de courte durée, le nombre de jours de congés maladie ordinaire et de son équivalent pour les contractuels s'élevait à 13 M sur une année pour la FPE, 23 M pour la FPT et 15 M pour la FPH, soit 35 k dans la FPE, 64 k dans la FPT et 40 k ETP dans la FPH (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Estimation du nombre de jours d'absence pour congé maladie ordinaire par versant et correspondance en ETP (2017)

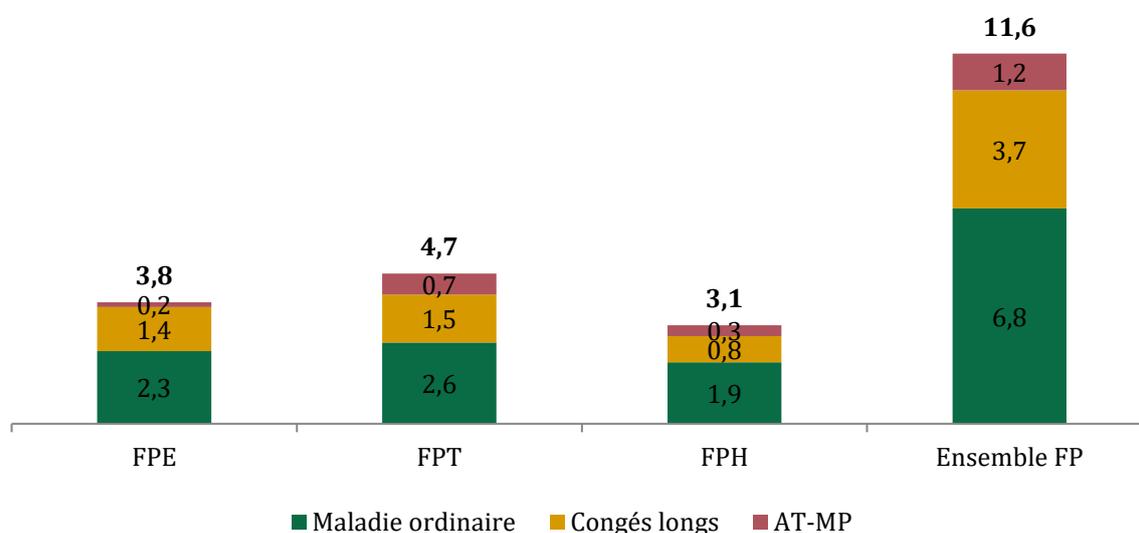
Versant	Nombre de jours calendaires d'absence pour congé maladie ordinaire (en millions)	Équivalent ETP (en milliers)
FPE	13	35
FPT	23	64
FPH	15	40
Total	51	139

Source : Cour des comptes.

La Cour des comptes a également proposé une évaluation de l'impact financier des journées perdues en raison des absences pour maladie défini comme le montant total des rémunérations brutes chargées versées les jours d'absence pour raison de santé. Elle estime ce montant avant prélèvement du jour de carence à 3,8 Md€ dans la FPE, 4,7 Md€ dans la FPT et 3,1 Md€ dans la FPH, soit un total pour les trois versants de la fonction publique qui s'élèverait à 11,6 Md€ (cf. graphique 1).

Concernant le congé de maladie ordinaire et son équivalent pour les contractuels, la Cour des comptes estime que la rémunération des jours d'absence s'est élevée à 2,3 Md€ dans la FPE, 2,6 Md€ dans la FPT et 1,9 Md€ dans la FPH.

Graphique 1 : Estimation de la rémunération des jours d'absence pour raison de santé des agents publics, à partir des bilans sociaux, par versant de la fonction publique et par type de congés maladie (2017, en Md€)



Source : Cour des comptes.

Afin d'estimer le coût net pour les employeurs publics lié à la rémunération des jours d'absences pour raison de santé des agents publics, il est nécessaire de retrancher :

- ◆ la retenue de salaire au titre du jour de carence (cf. 3.2.1) estimée au total à 0,3 Md€ pour les trois versants (cf. 3.2.2) ;
- ◆ les indemnités journalières de la sécurité sociale (IJSS) versées aux contractuels qui s'élèvent à environ 0,2 Md€¹.

Cette méthode présente notamment les limites suivantes qui ont tendance à surestimer l'impact financier :

- ◆ elle repose sur une moyenne des rémunérations brutes par versant ou par employeur ;
- ◆ elle repose sur des durées moyennes d'absences par agent et ne prend donc pas en compte le passage en demi-traitement des agents publics en congé de maladie ordinaire à compter de 90 jours.

¹ Selon la Cour des comptes, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) lui avait fourni les montants globaux d'IJSS versés en 2017, 2018 et 2019 par catégorie juridique d'employeur. La CNAM a indiqué à la mission ne pas être en mesure de rééditer et actualiser cet exercice dans des délais compatibles avec nos travaux.

Selon l'estimation de la Cour des comptes réalisée en 2021, le coût net pour les employeurs publics lié à la rémunération des jours d'absences pour raison de santé des agents publics s'élevait à 11,1 Md€ en 2017.

1.2.3. Des données plus récentes permettent d'estimer que le montant des rémunérations versés les jours d'absence pour raison de santé dans la fonction publique s'élève à environ 14 Md€

La mission a actualisé la méthode d'évaluation du coût lié à la rémunération des jours d'absences pour raison de santé des agents publics s'appuyant sur des données administratives.

Pour la FPE, la mission a interrogé les quatre principaux ministères employeurs (le ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, le ministère de l'intérieur, le ministère des armées et le ministère de l'économie et des finances) afin d'obtenir le nombre de jours de congés maladie ordinaire, de congés longs et d'accidents du travail et maladie professionnelle en 2023. La mission a extrapolé ces données qui recouvrent plus de 1,6 million d'agents publics sur l'ensemble de la fonction publique d'État.

Pour la FPT, la direction générale des collectivités locales (DGCL) et le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) ont publié en avril 2024 la synthèse nationale des rapports sociaux uniques des collectivités territoriales au 31 décembre 2021 qui comporte des données relatives au nombre de jours de congés maladie ordinaire, de congés longs et d'accidents du travail et maladie professionnelle en 2021.

Pour la FPH, la mission s'est appuyée sur l'analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé publiée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation dont la dernière version disponible comporte des données relatives au nombre de jours de congés maladie ordinaire, de congés longs et d'accidents du travail et maladie professionnelle en 2021.

Le nombre de jours total d'absence par agent public par versant s'est élevé à 13,8 jours en 2023 dans la FPE, à 23,5 jours en 2021 dans la FPT et à 23,2 jours dans la FPH (cf. tableau 3). Cela représente 300 k ETP à l'échelle de la fonction publique.

Tableau 3 : Nombre de jours d'absence par agent public par versant (jours calendaires)

Versant	Maladie ordinaire	Congés longs	AT-MP	Total
FPE (2023)	8,2	5,0	0,7	13,8
FPT (2021)	13,1	6,5	3,9	23,5
FPH (2021)	15,2	5,4	2,6	23,2

Source : Mission, d'après les réponses du ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, du ministère de l'intérieur, du ministère des armées et du ministère de l'économie et des finances, la synthèse nationale des bilans sociaux des collectivités territoriales au 31 décembre 2021 et l'analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé de 2021 publiée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

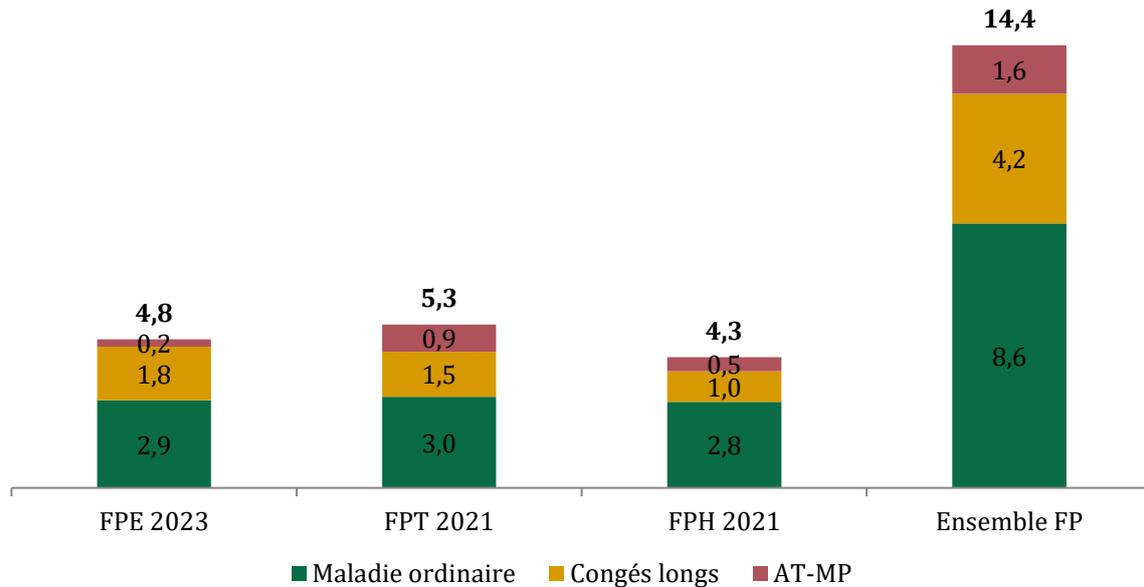
Concernant les rémunérations, la mission a utilisé les données présentées par la direction générale de l'administration et de la fonction publique dans son rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2023 pour la FPE et la FPT. Les rémunérations qui y figurent sont les salaires bruts des fonctionnaires par versant et sont obtenues à partir du système d'information sur les agents des services publics (Siasp). Pour la FPH, la mission a utilisé les données de rémunération indiquées dans l'analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé publiée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation afin de distinguer les rémunérations des personnels médicaux de celles des personnels non médicaux. La mission a ensuite calculé et appliqué un taux de cotisation employeur moyen par versant. Il s'élève à 19 %² dans la FPE et 36 % dans la FPT et la FPH.

² Hors cotisation vieillesse afin d'exclure du périmètre les versements au compte d'affectation spéciale « Pensions ».

Annexe IV

La mission obtient un coût lié à la rémunération des jours d'absences pour raison de santé des agents publics qui s'élève à 4,8 Md€ dans la FPE (hors compte d'affectation spécial « Pensions »), 5,3 Md€ dans la FPT et 4,3 Md€ dans la FPH, soit un total pour les trois versants de la fonction publique qui s'élève à 14,4 Md€.

Graphique 2 : Estimation de la rémunération des jours d'absence pour raison de santé des agents publics, à partir des bilans sociaux, par versant de la fonction publique et par type de congés maladie (2023 pour la FPE et 2021 pour la FPT et FPH, en Md€)



Source : Mission, d'après le ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, le ministère de l'intérieur, le ministère des armées et le ministère de l'économie et des finances, le rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2023 de la direction générale de l'administration et de la fonction publique, la synthèse nationale des bilans sociaux des collectivités territoriales au 31 décembre 2021 et l'analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé de 2021 publiée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Afin d'estimer le coût net pour les employeurs publics lié à la rémunération des jours d'absences pour raison de santé des agents publics, il est également nécessaire de retrancher :

- ♦ la retenue de salaire au titre du jour de carence (cf. 3.2.1) estimée au total à 0,3 Md€ pour les trois versants (cf. 3.2.2) ;
- ♦ les IJSS versées aux contractuels qui avaient été estimées sur la base de données de la CNAM à environ 0,2 Md€ par la Cour des comptes (cf. 1.2.2).

Cette méthode présente notamment les limites suivantes qui ont tendance à surestimer l'impact financier :

- ♦ elle repose sur une moyenne des rémunérations brutes par versant ou par employeur ;
- ♦ elle repose sur des durées moyennes d'absences par agent et ne prend donc pas en compte le passage en demi-traitement des agents publics en congé de maladie ordinaire à compter de 90 jours.

1.2.4. La mission estime à partir de l'enquête Emploi de l'Insee que les jours d'absence pour raison de santé dans la fonction publique ont été rémunérés à hauteur de 15,1 Md€ en 2022 et représentent 353 000 ETP

1.2.4.1. En mobilisant les données de l'enquête Emploi à l'échelle de chaque versant, la mission estime que les jours d'absence pour raison de santé dans la fonction publique ont représenté 353 000 ETP

Afin de valoriser le coût des jours non travaillés des agents publics en raison des absences pour raison de santé et rémunérés par l'employeur, la mission a appliqué une autre méthode reposant sur l'enquête Emploi de l'Insee.

Elle consiste, par versant, à multiplier le nombre de jours moyens d'absence pour raison de santé par ETP³ par le salaire journalier moyen par ETP et par le nombre d'ETP.

Le nombre de jours moyens d'absence pour raison de santé par versant provient du rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2023 de la direction générale de l'administration et de la fonction publique et est obtenu à partir de l'enquête Emploi de l'Insee.

En 2022, les agents de la FPE, hors enseignants, ont été absents en moyenne 10,2 jours ouvrés par ETP, les enseignants ont été absents 11,6 jours par ETP, les agents de la FPT 17,1 jours par ETP et ceux de la FPH 18,1 jours par ETP (cf. 2.1).

Compte tenu des effectifs des différents versants de la fonction publique, il y a eu en 2022 environ 25 M de jours ouvrés d'absence dans la FPE, 31 M dans la FPT et 21 M dans la FPH, soit 78 M de jours au total dans l'ensemble de la fonction publique (cf. tableau 4).

En ETP, cela représente 116 k ETP dans la FPE dont 45 k ETP chez les enseignants, 143 k ETP dans la FPT et 93 k ETP dans la FPH, au total 353 k ETP dans l'ensemble de la fonction publique soit près de 7 % des effectifs de la fonction publique.

Tableau 4 : Évaluation de la rémunération des jours d'absences pour raison de santé des agents publics, à partir de l'enquête Emploi (2022)

Versant de la fonction publique	Nombre moyen de jours ouvrés d'absence pour raison de santé par ETP en 2022	Nombre de jours ouvrés d'absences pour raison de santé en 2022 (en millions)	Équivalent en ETP (en milliers)	Effectif en ETP au 31/12/2021 (en milliers)
FPE hors enseignants	10,2	16	71	1 534
Enseignants	11,6	10	45	859
FPT	17,1	31	143	1 837
FPH	18,1	21	93	1 136
Total	14,5	78	353	5 365

Source : Mission à partir du rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2023 de la direction générale de l'administration et de la fonction publique.

³ Dans le rapport annuel sur l'état de la fonction publique de la direction générale de l'administration et de la fonction publique, les jours d'absence sont mis en cohérence avec la quotité de travail et sont donc à rapporter aux ETP.

Annexe IV

En appliquant cette même méthode dans son rapport de 2021, la Cour des comptes obtenait un montant de 12,4 Md€ pour l'année 2018, dont 5,0 Md€ pour la FPE, 4,2 Md€ pour la FPT et 3,2 Md€ pour la FPH.

Afin d'estimer le coût net pour les employeurs publics lié à la rémunération des jours d'absences pour raison de santé des agents publics, il est nécessaire de retrancher environ 0,5 Md€ :

- ◆ la retenue de salaire au titre du jour de carence (cf. 3.2.1) estimée au total à 0,3 Md€ pour les trois versants (cf. 3.2.2) ;
- ◆ les IJSS versées aux contractuels qui avaient été estimées sur la base de données de la CNAM à environ 0,2 Md€ par la Cour des comptes (cf. 1.2.2).

1.2.4.2. En mobilisant les données de l'enquête Emploi à l'échelle de chaque individu interrogé pour affiner le calcul, la mission estime que les jours d'absence pour raison de santé dans la fonction publique ont été rémunérés à hauteur de 15,1 Md€ en 2022

La mission a affiné ce calcul en procédant à l'appariement de l'enquête Emploi de l'Insee avec le système d'information sur les agents des services publics (Siasp).

La méthode consiste à calculer le coût des absences de chaque agent public interrogé par l'enquête Emploi ($cout_annuel_i$) et à l'extrapoler sur l'ensemble de la fonction publique (w_i représente le poids d'enquête associé à l'individu i) :

$$cout_annuel_total = \sum_i cout_annuel_i \times w_i / \sum_j w_j,$$

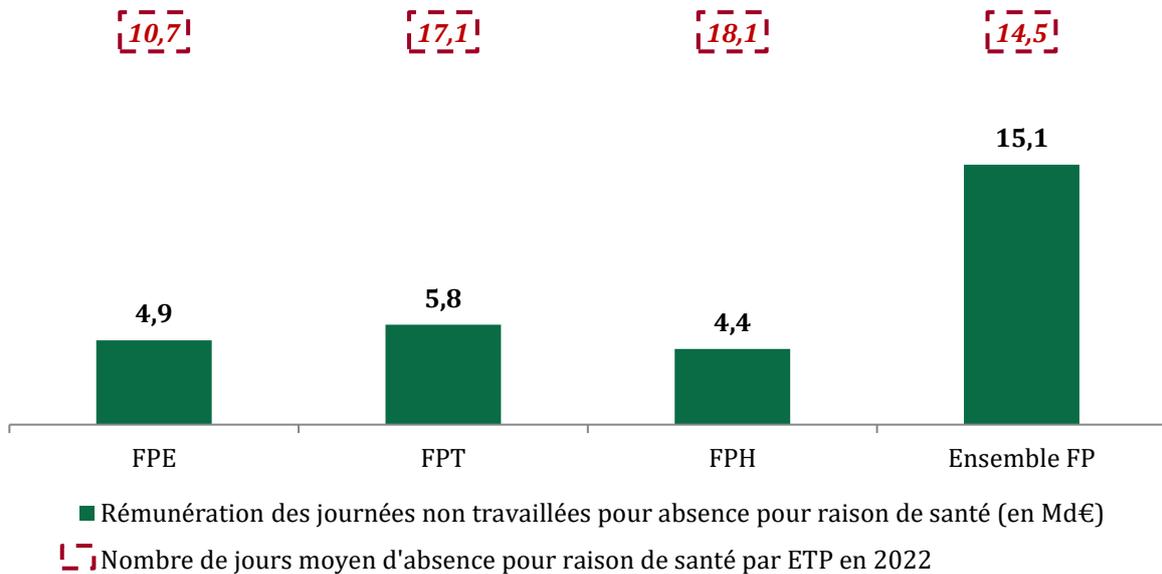
Afin d'estimer la rémunération des individus absents, la mission a utilisé le dernier millésime de la base Siasp (2021) pour calculer le salaire brut moyen et les primes annuelles pour les individus appartenant à un croisement d'une même tranche d'âge, d'une même profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS, au troisième niveau de la nomenclature⁵) et d'un même statut (titulaire ou contractuel). La mission a ainsi obtenu une base de 1 746 primes et salaires moyens et a attribué une rémunération à chaque agent absent recensé par l'enquête emploi de 2022, selon son âge, sa PCS et son statut.

La mission obtient un coût des jours non travaillés des agents publics en raison des absences pour raison de santé et rémunérés par l'employeur de 15,1 Md€ en 2022, dont 4,9 Md€ dans la fonction publique de l'État (hors compte d'affectation spécial « Pensions »), 5,8 Md€ dans la fonction publique territoriale et 4,4 Md€ dans la fonction publique hospitalière (cf. graphique 4).

⁵ Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles : <https://www.insee.fr/fr/information/2406153>

Annexe IV

Graphique 4 : Évaluation de la rémunération des jours d'absences pour raison de santé des agents publics, à partir de l'enquête Emploi (méthode appliquée à l'échelle de chaque individu interrogé par l'enquête Emploi, 2022)



Source : Mission à partir de l'enquête Emploi et du système d'information sur les agents des services publics.

1.3. Les absences d'agents publics génèrent des dépenses liées au recours à des heures supplémentaires ou à des remplacements

L'absentéisme pour raison de santé peut engendrer des coûts supplémentaires pour l'employeur public tels que le recours à des remplacements, intérimaires et heures supplémentaires afin de garantir la continuité du service public.

Cependant, les dépenses engagées pour répondre aux absences pour raison de santé ne sont que rarement isolables car les motifs précis des heures supplémentaires et des remplacements ne sont généralement pas identifiés. Le montant global des dépenses de remplacement des agents absents pour arrêt maladie n'est donc pas connu. Ce constat avait été effectué en 2021 par la Cour des comptes et la mission a pu confirmer qu'il restait d'actualité.

Les données publiques disponibles permettent d'estimer le niveau des remplacements auxquels ont recours certains employeurs publics pour faire face à l'absentéisme.

Dans l'éducation nationale un volant de personnel titulaire est recruté pour assurer les missions de remplacements des enseignants. En 2023, ce volant de personnel remplaçant pour tous motifs représentait 5,5 % des effectifs (cf. tableau 5). Par ailleurs, des agents contractuels peuvent également être recrutés pour pallier les absences d'enseignants.

Tableau 5 : Les effectifs de remplacement dans l'éducation nationale

Périmètre	Remplacement (en ETPT)	Effectif total (en ETPT)	Remplacement (en % du total)
Public 1 ^{er} degré	29 837	341 540	8,7 %
Public 2 nd degré	17 083	447 436	3,8 %
Privé 1 ^{er} et 2 nd degré	3 882	131 359	3,0 %
Total	50 802	920 335	5,5 %

Source : Rapport annuel de performances, Annexe au projet de loi relative aux résultats de la gestion et portant approbation des comptes de l'année 2023, Budget général, Mission interministérielle enseignement scolaire.

Annexe IV

Dans la fonction publique territoriale dont les effectifs totaux s'élèvent à environ 2 millions d'agents publics, la synthèse nationale des rapports sociaux uniques 2019 des collectivités territoriales indique que 217 000 contractuels occupent un emploi permanent en contrat à durée déterminée dont 31 %, soit près de 72 000 (soit 4 % du total des effectifs de la FPT), affectés sur un poste en remplacement temporaire d'un agent titulaire au moment de leur recrutement.

Dans la fonction publique hospitalière, le recours à l'intérim permet de répondre aux vacances de postes et à l'absentéisme. L'analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé de 2021 publiée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation fait état de 353 M€ de dépenses d'intérim sur une masse salariale chargée de 35 Md€ pour les établissements dans le périmètre de cette analyse⁶. Sur les 353 M€ de dépenses d'intérim, 181 M€ concernent le personnel médical, très peu absent (4,7 jours de CMO en 2021 par agent) et sont donc principalement liées à des intérim pour répondre à des vacances de postes. Le solde, 172 M€, concerne le personnel non médical, davantage absent (16,4 jours de CMO en 2021 par agent) et sont donc liées à la fois à des intérim pour répondre à des vacances de postes et à des intérim pour répondre à des absences. La masse salariale chargée totale des établissements de santé s'établissait à 56,4 Md€ en 2021⁷. Ainsi, en extrapolant les dépenses d'intérim sur la masse salariale totale, elles s'élèveraient à environ 570 M€ (soit 1 % du total de la masse salariale chargée des établissements de santé).

⁶ 274 établissements analysés sur 1 337 établissements enquêtés.

⁷ Rapport d'évaluation des politiques de sécurité 2023, annexe 1 maladie, page 56.

2. Les cibles de réduction de l'absentéisme pour raison de santé peuvent être déterminées en fonction du niveau historique d'avant crise sanitaire et des spécificités de la fonction publique

2.1. L'absentéisme pour raison de santé dans la fonction publique est resté stable sur la période 2014-2019 à un niveau moyen similaire au secteur privé et avec des disparités importantes entre les différents versants

L'absentéisme pour raison de santé dans la fonction et le secteur privé, mesuré par le nombre moyen de jours d'absence par agent public ou salarié (cf. graphique 5), est resté stable sur la période 2014-2019, à des niveaux différenciés entre employeurs :

- ◆ autour de 10 jours dans les fonctions publiques hospitalière et territoriale ;
- ◆ entre 6 et 7 jours pour la fonction publique d'État hors enseignants ;
- ◆ entre 4 et 6 jours pour les enseignants ;
- ◆ autour de 8 jours par an dans le secteur privé, à un niveau comparable à la moyenne du secteur public tous versants confondus.

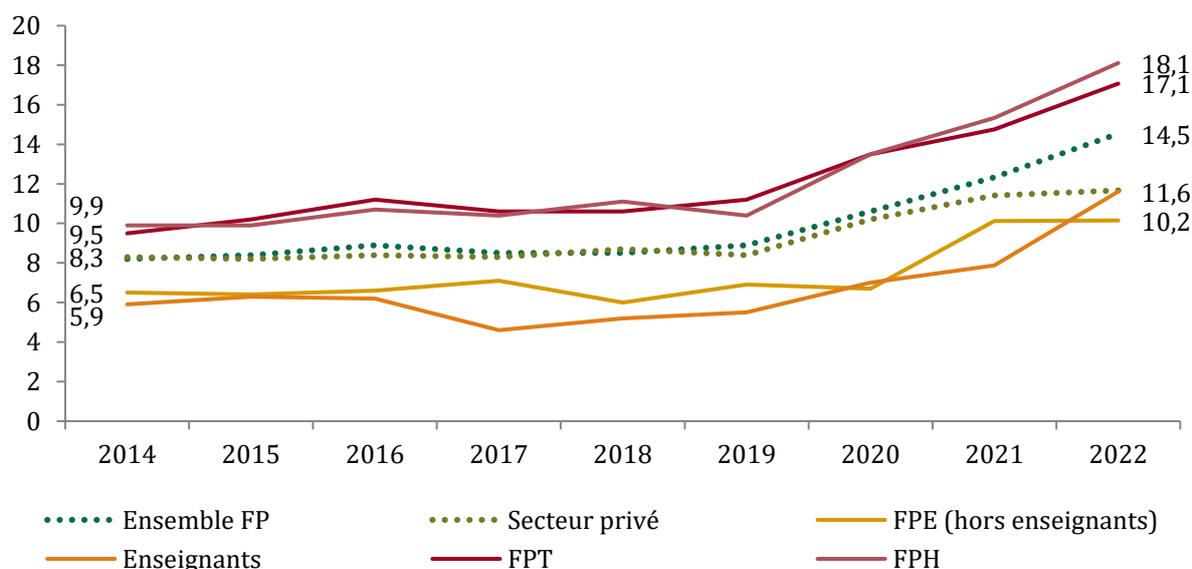
À partir de 2020, l'absentéisme a augmenté pour chaque versant de la fonction publique et pour le secteur privé et a atteint des niveaux historiquement hauts en 2022.

L'année 2022 marque un décrochage entre les secteurs public et privé avec en moyenne 14,5 jours d'absence dans l'année par agent public contre 11,7 jours par salarié du secteur privé. Les données pour 2023 n'étaient pas encore disponibles à la date de la mission.

Compte tenu de ces évolutions, deux cibles peuvent être déterminées pour réduire l'absentéisme dans la fonction publique :

- ◆ retrouver son niveau historique d'avant 2020 (cf. 2.2) ;
- ◆ converger vers le niveau d'absentéisme du secteur privé (cf. 2.3).

Graphique 5 : Évolution du nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé par personne selon l'employeur, 2014-2022



Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2023 de la direction générale de l'administration et de la fonction publique d'après l'enquête emploi de l'Insee.

2.2. Un retour de l'absentéisme dans la fonction publique au niveau précédant la crise sanitaire génèrerait des économies d'efficience de l'ordre de 137 k ETP qui représentent 5,8 Md€ de jours rémunérés mais dont une partie a déjà été réalisée en sortie de crise

En 2022, le coût des jours non travaillés des agents publics en raison des absences pour raison de santé et rémunérés par l'employeur est évalué à 15,1 Md€ en 2022, dont 4,9 Md€ dans la fonction publique de l'État (hors compte d'affectation spécial « Pensions »), 5,8 Md€ dans la fonction publique territoriale et 4,4 Md€ dans la fonction publique hospitalière (cf. [7]).

Un retour de l'absentéisme à des niveaux d'avant crise, c'est-à-dire à 6,4 jours par agent dans la FPE, 11,2 dans la FPT et 10,4 dans la FPH, pourrait constituer un objectif quantitatif de réduction de l'absentéisme.

Avec de tels niveaux, le coût des jours non travaillés des agents publics en raison des absences pour raison de santé et rémunérés par l'employeur se serait élevé à 9,3 Mds€ en 2022, toutes choses égales par ailleurs (les rémunérations et volumes des effectifs par versant sont maintenus à leur niveau de 2022).

Cela signifie que le potentiel théorique d'efficience s'élèverait, pour l'année 2022, à 5,8 Md€ pour l'ensemble de la fonction publique ce qui représente 137 k ETP dont 47 k ETP dans la FPE, 49 k ETP dans la FPT et 40 k ETP dans la FPH (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Évaluation des économies d'efficience générées par un retour de l'absentéisme pour raison de santé dans la fonction publique au niveau de 2019 par rapport à 2022

Versant	Absentéisme 2022		Absentéisme au niveau 2019		Potentiel théorique d'efficience	
	Jours par agent	Rémunération (en Md€)	Jours par agent	Rémunération (en Md€)	Rémunération (en Md€)	Équivalent ETP (en milliers)
FPE	10,7	4,9	6,4	2,9	2,0	47
FPT	17,1	5,8	11,2	3,8	2,0	49
FPH	18,1	4,4	10,4	2,5	1,9	40
Total	14,5	15,1	8,9	9,3	5,8	137

Source : Mission.

En considérant, dans la fonction publique, un impact similaire de la crise sanitaire sur la dynamique des absences pour raison de santé que dans le secteur privé, la mission fait l'hypothèse que deux-tiers de la progression enregistrée entre 2019 et 2022 serait directement liée à l'épidémie de Covid (cf. annexe II). Le potentiel d'efficience peut ainsi être décomposé entre :

- ◆ un potentiel généré par un surcroît d'absences en lien direct avec l'épidémie de Covid à hauteur de 3,9 Md€ soit 91 k ETP;
- ◆ et un potentiel non directement lié à la crise sanitaire à hauteur de 1,9 Md€ soit 46 k ETP pour l'ensemble de la fonction publique (cf. tableau 7).

Tableau 7 : Décomposition du potentiel d'efficacité selon ses parts liée ou non au Covid

Versant	Potentiel théorique d'efficacité		Dont potentiel d'efficacité lié au Covid		Dont potentiel d'efficacité non-lié au Covid	
	Rémunération (en Md€)	Équivalent ETP (en milliers)	Rémunération (en Md€)	Équivalent ETP (en milliers)	Rémunération (en Md€)	Équivalent ETP (en milliers)
FPE	2,0	47	1,3	31	0,7	16
FPT	2,0	49	1,3	33	0,7	16
FPH	1,9	40	1,2	27	0,6	13
Total	5,8	137	3,9	91	1,9	46

Source : Mission.

En 2023, l'absentéisme a amorcé une décrue d'après les données transmises à la mission par les employeurs du panel, signifiant que ce potentiel d'efficacité a déjà été résorbé en partie à l'échelle de la fonction publique (cf. annexe II) :

- ◆ hors ministères économiques et financiers, les employeurs de la FPE sont parvenus, en 2023, à réduire de 29 % la hausse constatée au cours de la crise ;
- ◆ en ce qui concerne la FPH, les CHU ont réduit de 75 % (- 1,2 point) l'impact de la hausse enregistrée des absences sur les populations d'infirmiers et d'aides-soignants les trois années précédentes (+ 1,6 point) en 2023 ;
- ◆ dans la FPT, les évolutions paraissent moins univoques en 2023 selon les employeurs sollicités.

Le potentiel réel d'efficacité associé à un retour au niveau d'absentéisme *ante* crise ne s'élèverait plus qu'à :

- ◆ 1,4 Md€ soit 33 k ETP pour la FPE, une fois prise en compte la résorption de 29 % ;
- ◆ 0,5 Md€ soit 10 k ETP pour la FPH, une fois prise en compte la résorption de 75 %.

2.3. Une convergence du niveau d'absentéisme contrôlé de la fonction publique vers le niveau du secteur privé génèrerait des économies d'efficacité uniquement dans la fonction publique territoriale de l'ordre de 16 k ETP qui représentent 0,7 Md€ de jours rémunérés

Une autre approche des enjeux d'efficacité liés à l'absentéisme dans la fonction publique peut consister à **évaluer l'écart des niveaux d'absence des agents publics avec les salariés du secteur privé, en neutralisant autant que possible les effets des structures respectives d'emplois et d'agents.**

Quatre grands types de facteurs sont, en effet, reconnus comme ayant un impact sur le niveau d'absentéisme :

- ◆ les caractéristiques des emplois occupés et des employeurs tels que les niveaux d'exposition aux risques et la stabilité des emplois ;
- ◆ les caractéristiques des agents tels que l'âge, le sexe, la structure familiale du foyer et leur état de santé ;
- ◆ les mécanismes socio-organisationnels et notamment les relations entre employeur et agent ;
- ◆ des facteurs plus exogènes comme les épidémies saisonnières ou la facilité d'accès à l'offre de soins.

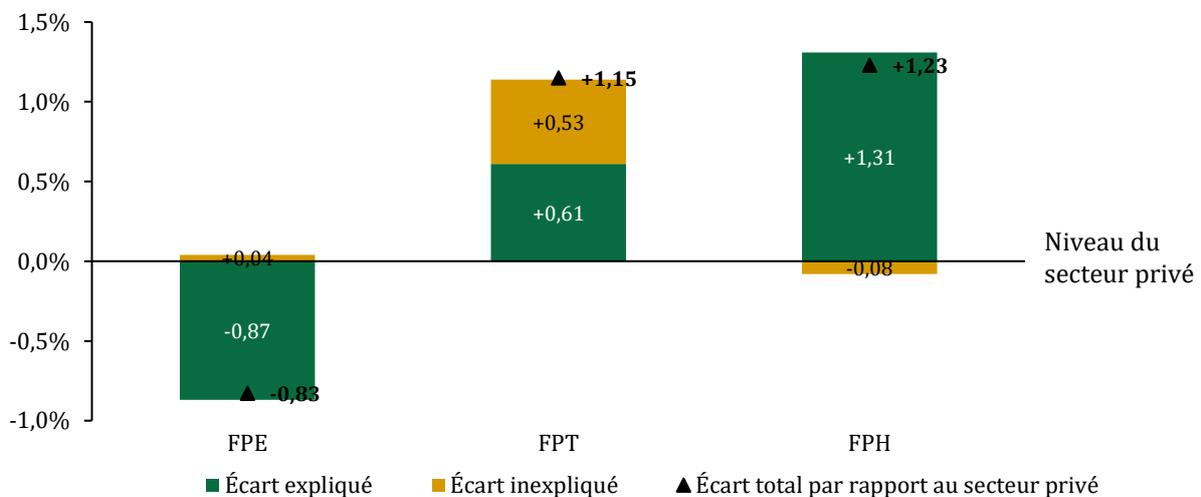
Annexe IV

Pour estimer l'écart entre les niveaux d'absence des deux secteurs, la mission s'est appuyée sur l'enquête Emploi de l'Insee et a été en mesure de contrôler :

- ◆ le statut de l'agent ou son type de contrat ;
- ◆ la catégorie socio-professionnelle et, pour la FPH, la sous-catégorie métiers du soin ;
- ◆ le niveau de diplôme ;
- ◆ l'âge, le sexe et la structure familiale (cf. annexe II).

Les caractéristiques des agents et des emplois expliquent 95 % des écarts de taux d'absence avec le secteur privé pour la FPE et la FPH et 53 % pour la FPT (cf. graphique 6 et annexe II).

Graphique 6 : Décomposition de l'écart total entre les taux d'absence pour raison de santé observés dans les différents versants de la fonction publique relativement au secteur privé (en p.p.)



Source : Pôle Science des données de l'IGF d'après l'enquête emploi de l'Insee.

La mission a chiffré le coût de l'écart inexpliqué de prévalence des absences pour raison de santé entre fonction publique et secteur privé. Le coût employeur de 15,1 Md€ des journées d'absence pour raison de santé en 2022 (A) a été recalculé, une fois le niveau d'absence de chaque versant de la fonction publique contrôlé des caractéristiques de ses emplois et de ses agents par rapport au secteur privé (B). Ce coût recalculé (B) a été ensuite comparé au coût employeur de l'absentéisme s'il était positionné au même niveau que le secteur privé (C) pour obtenir le coût de l'écart inexpliqué (D) soit le coût employeur de l'écart entre la fonction publique et le secteur privé, toute variable contrôlée égale par ailleurs (cf. tableau 8).

Le coût de l'écart d'absentéisme pour raison de santé entre fonction publique et secteur privé, une fois contrôlé des effets structure, est de l'ordre de 16 kETP soit un impact financier de journées rémunérées non travaillées de 0,7 Md€

Tableau 8 : Chiffrage du coût de l'écart inexpliqué de prévalence des absences pour raison de santé entre la fonction publique et le secteur privé

Versant	Coût de l'absentéisme en 2022 (A)	Coût théorique par versant après contrôle (B)	Coût théorique de l'absentéisme au niveau du secteur privé (C)	Coût de l'écart inexpliqué (D)=(B)-(C)
FPE	4,9	5,3	5,3	0,0
FPT	5,8	4,9	4,1	0,8
FPH	4,4	3,0	3,1	-0,1
Total	15,1	13,2	12,5	0,7

Source : Mission.

3. La modulation de la prise en charge des absences de courte durée pour raison de santé vise à les limiter et à réaliser des économies budgétaires

3.1. La théorie économique prédit une réduction des absences lorsque l'indemnisation de ces absences diminue

La littérature économique relie le niveau d'indemnisation à celui des absences au travail. Les principaux modèles économiques prédisent une réduction des absences lorsque l'indemnisation de ces absences diminue (cf. encadré 1). Les incitations monétaires font ainsi partie des mesures pour limiter les absences.

Encadré 1 : Les liens théoriques entre niveau d'indemnisation et absences au travail

« **La modélisation théorique standard suppose que la propension à l'absentéisme dépend directement du coût d'opportunité des absences et du risque de sanctions.** Ainsi, dans le modèle d'absentéisme d'Allen (1981) qui repose sur une représentation standard de l'offre de travail arbitrant entre travail et loisir, les agents sont incités à s'absenter lorsque leur temps de travail contractuel dépasse le temps de travail désiré. **L'absentéisme sera d'autant plus faible que les pénalités associées seront élevées, que ce soit en termes de pertes de revenus ou de sanctions** (moindres promotions salariales par exemple). Si l'on suppose que l'effet de substitution (c'est-à-dire qu'une augmentation du salaire accroît l'offre de travail en augmentant le coût d'opportunité du loisir ou des absences) domine l'effet revenu (soit l'hypothèse qu'une augmentation du salaire réduit l'offre de travail car il n'y a pas de perte de revenu pour un temps de travail diminué), un salaire plus élevé sera associé à un moindre absentéisme. Toutefois, si l'indemnisation est égale au salaire, l'effet de substitution disparaît (le coût d'opportunité du loisir devient nul) : dans ce cas, l'absentéisme devrait être croissant avec le niveau de salaire du fait de l'effet revenu (Dione, Dustie, 2007).

Le modèle de Shapiro et Stiglitz (1984) se place quant à lui dans un cadre de principal-agent où en situation d'asymétrie d'information les employeurs proposent un salaire d'efficience pour réduire leurs coûts de contrôle et accroître l'effort et l'assiduité de leurs salariés (Barmby et al., 1994). Afin de mieux distinguer les absences volontaires et involontaires, Ose (2005) enrichit ce modèle par l'introduction explicite des conditions de travail, ce qui conduit à prédire un absentéisme plus élevé lorsque les conditions de travail sont insuffisamment compensées par le salaire.

Les principaux modèles théoriques prédisent donc une réduction du taux d'absence lorsque l'indemnisation baisse relativement au salaire, ce qui peut justifier l'introduction d'incitations monétaires pour réduire l'absentéisme. La réduction de l'indemnisation risque toutefois de favoriser le présentéisme, lui-même source de coûts indirects pour l'entreprise. La prise en compte des coûts associés au présentéisme permet d'ailleurs d'expliquer que les entreprises couvrent souvent les absences de leurs salariés au-delà de leurs obligations légales et conduit à préconiser un niveau d'indemnités strictement inférieur au salaire mais aussi strictement positif (Chatterji, Tilley, 2002). »

Source : Mme Catherine Pollak, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé » (janvier 2015).

Il est nécessaire d'ajuster les règles d'indemnisation durant un arrêt maladie de manière à trouver un équilibre entre le soutien aux agents publics en cas de maladie légitime et la prévention des abus et de l'absentéisme non justifié. Cependant, il est essentiel de veiller à ce que ces règles n'affectent pas négativement la santé et le bien-être des employés, ni ne compromettent l'accès à des soins de santé appropriés en cas de maladie réelle. Un équilibre délicat doit être maintenu pour garantir à la fois la productivité et le bien-être et la santé des agents publics. Aussi, les enjeux d'attractivité de la fonction publique doivent être pris en compte.

Le jour de carence, rétabli en France en 2018 dans la fonction publique, constitue une incitation monétaire en ce qu'il prive de rémunération le premier jour d'absence d'un agent public et vise à limiter les absences de courte durée (cf. 3.2).

La modulation du taux de remplacement telle qu'appliquée en France, le passage à demi-traitement après 90 jours de congé maladie ordinaire, constitue également une incitation monétaire pour limiter les absences de plus longue durée. Cette modalité de modulation est dépourvue d'effet potentiel sur les arrêts courts sauf à la marge quand le passage à demi-traitement résulte d'arrêts discontinus. En Italie, la modulation porte sur les dix premiers jours d'un arrêt maladie dans l'objectif de limiter les absences de courte durée (cf. 3.3).

3.2. Le jour de carence a rempli son objectif de réduction des arrêts de courte durée et a représenté des économies budgétaires de 134 M€ en 2023 pour le budget de l'État mais ses effets sur le volume global des arrêts sont incertains

3.2.1. Le jour de carence dans la fonction publique a été rétabli au 1^{er} janvier 2018 pour lutter contre les absences pour raison de santé de courte durée

Instauré au 1^{er} janvier 2012⁸ puis abrogé au 1^{er} janvier 2014⁹, le jour de carence a été rétabli au 1^{er} janvier 2018¹⁰. Il s'applique à l'ensemble des agents publics titulaires et contractuels civils et aux militaires.

Cette mesure consiste à ne pas verser de rémunération ou d'indemnité journalière le premier jour de l'arrêt maladie. L'objectif est de lutter contre les absences pour raison de santé de courte durée dans les administrations publiques.

Le délai de carence n'est pas applicable :

- ◆ lorsque la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues aux articles L. 27 et L. 35 du code des pensions civiles et militaires de retraite :
 - pour les fonctionnaires, il s'agit des situations dans lesquelles l'arrêt de travail présenté par l'agent public correspond à des blessures ou à une maladie contractées ou aggravées soit en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public, soit en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes ;
 - pour les militaires, il s'agit des situations dans lesquelles l'arrêt de travail présenté par l'agent public provient de blessures de guerre, d'un attentat ou d'une lutte dans l'exercice des fonctions, d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou du fait d'avoir exposé ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes ;
- ◆ au deuxième congé de maladie, lorsque la reprise du travail entre deux congés de maladie accordés au titre de la même cause n'a pas excédé 48 heures ;
- ◆ au congé pour invalidité temporaire imputable au service, au congé du blessé des militaires, aux congés pour accident de service ou accident du travail et maladie professionnelle, au congé de longue maladie, au congé de longue durée, au congé de longue durée pour maladie des militaires, et au congé de grave maladie ;
- ◆ aux congés de maladie accordés postérieurement à un premier congé de maladie au titre d'une même affection de longue durée (ALD), au sens de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, pour une période de trois ans à compter de ce premier congé de maladie.

⁸ Cf. article 105 de loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

⁹ Cf. article 126 de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014.

¹⁰ Cf. article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

Annexe IV

La retenue s'applique aussi bien sur la rémunération principale que sur les primes et indemnités liées à l'exercice des fonctions. Pour éviter les comportements de substitution, aux termes de la circulaire du 15 février 2018 relative au non versement de la rémunération au titre du premier jour de congé de maladie des agents publics civils et militaires, « *le premier jour de congé de maladie ne peut en aucun cas être compensé par un jour d'ASA, un jour de congé ou un jour de RTT* ».

Les agents contractuels, pour leur part, sont soumis à deux régimes de jour de carence. Concernant les indemnités journalières, le dispositif du régime général s'applique : ils ne touchent donc des IJSS qu'à partir du quatrième jour d'arrêt maladie. Concernant le complément de rémunération versé par l'employeur public, le jour de carence de la fonction publique s'applique : ils ne touchent le complément de rémunération qu'à partir du deuxième jour.

3.2.2. L'évaluation budgétaire préalable au projet de loi de finances pour 2018 estimait une économie de 108 M€ par an pour le budget de l'État du fait de la réinstauration du jour de carence et de 270 M€ pour l'ensemble de la fonction publique

L'article 115 de la loi de finances pour 2018 a réinstauré un jour de carence dans la fonction publique. L'évaluation préalable de cet article estimait alors l'économie liée à la réinstauration d'un jour de carence à 108 M€ pour le budget de l'État, 100 M€ pour le budget des collectivités territoriales, 50 M€ pour le budget de la sécurité sociale et 13 M€ pour le budget des opérateurs. Le total des économies évaluées s'élevait ainsi à 270 M€ par an (cf. tableau 9).

Tableau 9 : Évaluation des économies budgétaires pour les administrations publiques de la réinstauration du jour de carence dans la fonction publique en 2018

Employeur	2018	2019	2020	2021	2022	Économie pérenne
État	108	108	108	108	108	108
Collectivités territoriales	100	100	100	100	100	100
Sécurité sociale	50	50	50	50	50	50
Opérateurs de droits public	13	13	13	13	13	13
Total	270	270	270	270	270	270

Source : Projet de loi de finances pour 2018, évaluations préalables des articles du projet de loi.

L'évaluation des économies pour les employeurs publics correspond au montant des retenues sur salaires attendues, charges sociales comprises. Elles ont été estimées à partir des statistiques sur l'absentéisme en 2012, pour chaque versant de la fonction publique, issues de l'enquête-emploi de l'Insee.

3.2.3. Les jours de carence ont conduit l'État à retenir 134 M€ en 2023 sur la paie des agents publics de l'État et de ses opérateurs en arrêt maladie

La direction du budget a chiffré les retenues sur la rémunération des agents public de l'État et de ses opérateurs au titre du jour de carence à partir de la base paye de la direction générale des finances publiques. Ces retenues se sont élevées au total à 94 M€ en 2021, 113 M€ en 2022 et 134 M€ en 2023 (cf. tableau 10) hors compte d'affectation spéciale (CAS) « Pensions » et à 136 M€ en 2021, 163 M€ en 2022 et 194 M€ avec le CAS « Pensions ».

Annexe IV

Tableau 10 : Retenues sur la rémunération des agents publics de l'État et de ses opérateurs au titre du jour de carence, 2021-2023, par ministère-employeur (en M€)

Employeur	2021	2022	2023
Éducation nationale, jeunesse et sports	62,4	77,0	89,0
Intérieur	6,4	7,1	11,1
Justice	6,3	7,9	9,7
Économie, finances et relance	6,3	7,1	8,3
Armées	2,8	3,0	3,4
Transition écologique	2,2	1,5	1,7
Agriculture et alimentation	1,2	1,4	1,5
Direction générale de l'aviation civile	0,3	0,5	0,5
Services du Premier ministre	0,3	0,4	0,5
Culture	0,3	0,4	0,5
Travail, emploi et insertion	0,3	0,4	0,5
Europe et affaires étrangères	0,3	0,4	0,4
Solidarités et santé	0,2	0,2	0,3
Enseignement supérieur, recherche et innovation	0,1	0,2	0,2
Transformation et fonction publiques	0,0	0,0	0,0
Sports et jeux olympiques et paralympiques	0,0	0,0	0,0
Total ministères	89,5	107,4	127,7
Total opérateurs	4,5	5,6	6,7
Total	94,1	113,0	134,3

Source : Direction du budget.

3.2.4. Les deux-tiers des salariés du privé sont couverts pour les trois jours de carence par leur prévoyance d'entreprise tandis que cette couverture est exclue des garanties de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique d'État

Dans la fonction publique, l'agent en congé maladie ordinaire ne reçoit pas de rémunération le premier jour de son arrêt.

Certaines mutuelles proposent des garanties qui prennent en charge le jour de carence et qui permettent à l'agent public en congé maladie ordinaire d'être indemnisé le premier jour de son arrêt maladie.

L'ordonnance du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire (PSC) dans la fonction publique prévoit une participation obligatoire de 50 % des employeurs publics à la complémentaire santé de tous les agents publics à partir de 2024 pour l'État, au plus tard en 2026 pour les collectivités locales et les établissements hospitaliers.

L'ordonnance prévoit, en outre, à la suite d'une négociation collective avec accord majoritaire, la possibilité de mettre en place des contrats collectifs à adhésion obligatoire.

Pour la branche prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès), l'employeur public peut participer à son financement sauf lorsqu'un accord collectif majoritaire prévoit la participation obligatoire de l'employeur au financement des garanties destinées à couvrir tout ou partie des risques en matière de prévoyance.

Concernant la fonction publique d'État, les organisations syndicales représentatives dans la fonction publique de l'État et l'État employeur sont parvenus, le 26 février 2022, à un accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État.

Cet accord définit un socle interministériel de garanties destinées à couvrir les frais de santé, en complément et en supplément des remboursements effectués par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Ces garanties seront proposées, à compter du 1^{er} janvier 2025, dans le cadre de contrats collectifs auxquels les agents devront obligatoirement adhérer. L'État participera, de manière forfaitaire, au financement de ces contrats.

L'accord du 26 février 2022 a été complété par l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance dans la fonction publique de l'État signé entre le ministre de la transformation et de la fonction publiques et six organisations syndicales.

L'article 19 de l'accord interministériel du 20 octobre 2023 stipule que les agents publics de l'État pourront adhérer à des garanties additionnelles proposées par l'organisme complémentaire sélectionné mais que **la couverture du jour de carence applicable aux congés pour raisons de santé des agents fonctionnaires et contractuels sera exclue des garanties.**

Concernant la fonction publique territoriale, un accord collectif national portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux a été signé le 11 juillet 2023 entre les employeurs territoriaux et les organisations syndicales. Il n'exclut pas des garanties prévoyance la couverture du jour de carence applicable aux congés pour raisons de santé des agents fonctionnaires et contractuels.

Concernant la fonction publique hospitalière, aucun accord collectif n'avait été conclu à la date de la mission.

En cas d'arrêt maladie, les salariés du secteur privé perçoivent des indemnités journalières versées par la sécurité sociale au terme d'un délai de carence de trois jours. Néanmoins, deux-tiers d'entre eux sont protégés contre la perte de revenu induite par le délai de carence par le biais de la prévoyance d'entreprise¹¹.

3.2.5. Les évaluations académiques de l'effet du jour de carence dans la fonction publique concluent à une réduction des absences de courte durée mais ne sont pas univoques quant à son impact sur la durée globale des absences

Plusieurs évaluations académiques de l'effet du jour de carence en France ont été réalisées. Elles mettent en avant une réduction des arrêts pour raison de santé de courte durée mais ne sont pas univoques quant à l'impact du jour de carence sur la durée globale des absences.

Une étude de l'Insee de 2017 qui s'appuie sur l'enquête Emploi de l'Insee et porte sur la fonction publique de l'État constate qu'avec le jour de carence, la prévalence d'arrêts courts a diminué, la prévalence d'arrêts longs a augmenté, sans modifier la prévalence totale des absences pour raison de santé (cf. 3.2.5.1).

Une étude de l'Insee et de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'éducation nationale publiée en 2023 et réalisée à partir de données administratives montre que le jour de carence s'accompagne, chez les enseignants, d'une baisse de 23 % des épisodes de congés maladie ordinaire, et de 6 % de leur durée annuelle cumulée (cf. 3.2.5.2).

¹¹ Selon la dernière « Enquête protection sociale complémentaire d'entreprise » de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), réalisée en 2017 et publiée en novembre 2019.

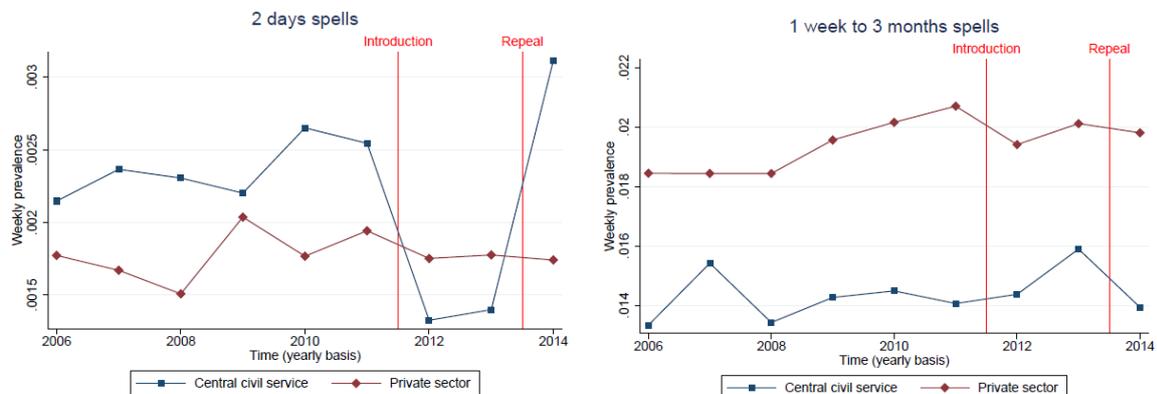
3.2.5.1. Une étude de 2017 sur l'ensemble de la fonction publique de l'État montre que suite à l'instauration du jour de carence en janvier 2012, la prévalence d'arrêts courts pour raison de santé a diminué alors que la prévalence d'arrêts longs a augmenté, sans modifier la prévalence totale des absences

Une étude de l'Insee datée de novembre 2017¹² évalue l'effet du jour de carence sur les absences des agents de la fonction publique de l'État à partir de données statistiques issues de l'enquête Emploi sur la période 2010-2014.

Cette étude montre que le jour de carence ne modifie pas la prévalence totale des absences pour raison de santé. Le jour de carence affecte en revanche la distribution par durée de ces arrêts. La prévalence d'arrêts courts diminue, alors que la prévalence d'arrêts longs augmente (cf. graphique 7).

La diminution des absences de courte durée est plus élevée parmi les femmes, les employés jeunes, et ceux travaillant seulement quelques jours par semaine.

Graphique 7 : Évolution de la prévalence des absences pour raison de santé de deux jours et d'une semaine à trois mois, comparaison entre la fonction publique de l'État et le secteur privé



Source: French Labour Force Survey 2006-2014.

Source: French Labour Force Survey 2006-2014.

Source : MM. Alexandre Cazenave-Lacroutz et Alexandre Godzinski, « Les effets d'un jour de carence pour arrêt maladie sur les absences pour raison de santé dans la fonction publique de l'État française » (2017).

3.2.5.2. Une étude de 2023 basée sur des données administratives montre que le jour de carence s'accompagne d'une baisse de 23 % des épisodes de congés pour maladie ordinaire des enseignants et de 6 % de leur durée annuelle cumulée

Une étude de l'Insee et de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse datée de mars 2023¹³ évalue l'effet du jour de carence sur les absences du personnel du secteur public de l'éducation nationale, soit environ 16 % des agents de la fonction publique et 37 % de la fonction publique d'État, à partir de données administratives sur la période 2006-2019.

¹² MM. Alexandre Cazenave-Lacroutz et Alexandre Godzinski, « Les effets d'un jour de carence pour arrêt maladie sur les absences pour raison de santé dans la fonction publique de l'État française » (2017).

¹³ M^{me} Mélina Hillion et M. Édouard Maugendre, « L'effet du « jour de carence » sur les absences pour maladie ordinaire, la santé perçue et le recours aux soins à court- terme » (2023).

Cette étude montre que le jour de carence s'accompagne en moyenne d'une baisse de 23 % des épisodes de congés maladie ordinaire, et de 6 % de leur durée annuelle cumulée. L'effet décroît avec la durée de l'épisode d'absence, les congés maladie ordinaire les plus courts étant les plus affectés : - 44 % pour les épisodes d'un jour exactement, - 27 % pour les épisodes de 2-3 jours.

Elle montre également que les femmes, les personnels les moins qualifiés et ceux exerçant en éducation prioritaire sont plus fréquemment absents, même en présence d'un jour de carence, et donc les plus pénalisés financièrement.

Cette étude examine aussi l'effet de cette réforme sur la santé perçue et le recours aux soins de l'ensemble des agents de la fonction publique, à partir de l'enquête Emploi, de l'enquête Conditions de travail de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques et de données de santé de l'Assurance maladie. L'étude montre que **le jour de carence n'a pas eu d'effet notable sur la perception de l'état de santé général, les visites médicales, les délivrances de médicaments et les hospitalisations.** Les données disponibles ne permettent pas d'examiner la productivité des journées de travail générées par le jour de carence, ni de conclure en matière de productivité individuelle et de performance des administrations.

3.2.5.3. Une étude de 2015 indique que les salariés du secteur privé couverts durant le délai de carence n'ont pas de probabilité plus élevée d'avoir un arrêt dans l'année, mais ont des durées totales d'arrêt maladie significativement plus courtes

Une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) datée de janvier 2015¹⁴ évalue l'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé. Cette étude évalue l'effet incitatif du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé. Elle mobilise les données de l'« Enquête protection sociale complémentaire d'entreprise » de l'Irdes de 2009.

Les résultats de cette étude indiquent que les salariés couverts durant le délai de carence n'ont pas de probabilité plus élevée d'avoir un arrêt dans l'année, mais ont des durées totales d'arrêt maladie significativement plus courtes.

A contrario, l'étude montre un accroissement de la durée totale des arrêts des salariés non couverts. L'auteur de l'étude avance deux hypothèses pour expliquer ce phénomène :

- ◆ l'hypothèse d'un effet de présentéisme du fait d'une incitation pour les salariés malades non couverts à ne pas s'absenter dans un premier temps mais conduisant *in fine* les arrêts maladie à être plus longs suite à une dégradation de leur état de santé ;
- ◆ l'hypothèse d'un effet comportemental visant à « rentabiliser » un arrêt dans la mesure où les salariés non couverts peuvent avoir une préférence pour des arrêts longs partiellement indemnisés à des arrêts courts non indemnisés.

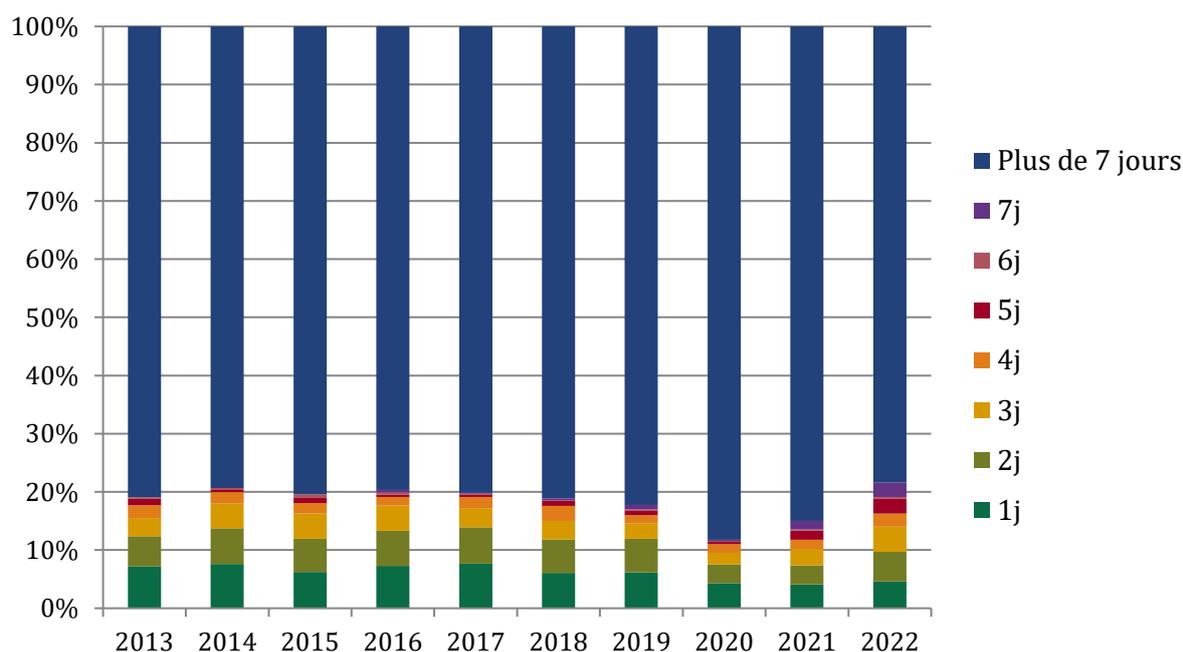
L'auteur de cette étude indique qu'elle se limite aux salariés du secteur privé et ne peut être généralisée à la fonction publique.

¹⁴ M^{me} Catherine Pollak, « L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé » (2015).

3.2.6. La régression logistique réalisée par la mission met en évidence un effet significatif du jour de carence dans la réduction des arrêts de moins de trois jours et de moins de quatre jours

À partir des données de l'enquête Emploi de l'Insee, un repli des absences de moins de quatre jours est observé à compter de 2018 au sein de la fonction publique, année de la réinstauration du jour de carence dans la fonction publique, et jusqu'en 2020 avec un minimum atteint sur la période 2013-2021 autour de 11 %. Leur augmentation en 2021 et 2022 jusqu'à environ 15 % ne rattrape cependant pas le niveau de 2017 (environ 19 %).

Graphique 8 : Évolution de la distribution des différentes durées d'absence pour raison de santé au sein de la fonction publique



Source : Mission d'après l'enquête Emploi de l'Insee.

La mission a étudié à l'aide d'un modèle de régression logistique avec effets fixes temporels (cf. encadré 2), l'impact du jour de carence dans la fonction publique sur la prévalence des arrêts maladie.

La présence et l'absence successives de périodes avec ou sans mise en place de jour de carence pour les agents de la fonction publique permettent de produire une analyse en double différence.

En outre, il est possible de neutraliser en partie de potentiels effets conjoncturels, tels que la pandémie de Covid-19, par l'inclusion d'effets fixes trimestriels, et de contrôler divers effets structurels par l'inclusion dans le modèle de variables socio-économiques à l'échelle individuelle.

Encadré 2 : Modèle de régression logistique avec effets fixes temporels

La régression logistique permet de modéliser la probabilité qu'un certain événement se produise (ici, la probabilité d'absence pour maladie d'un individu au cours de la semaine de référence de l'enquête emploi). Cette probabilité est fonction d'un ensemble de variables explicatives socio-économiques, aussi appelées prédicteurs. Contrairement à la régression linéaire, qui traite des résultats continus, la régression logistique est appropriée pour les résultats binaires (on s'intéressera ici notamment à l'absence pour maladie ou non des individus enquêtés).

L'ajout d'effets fixes temporels dans cette régression vise à contrôler les variations spécifiques à chaque trimestre de l'enquête emploi. En d'autres termes, cette approche permet de neutraliser en partie des impacts conjoncturels susceptibles d'influencer l'ensemble des individus interrogés, comme la pandémie de Covid-19 par exemple. Cela est particulièrement utile pour isoler l'effet des variables explicatives sur le résultat binaire, indépendamment des tendances ou des chocs spécifiques à certaines périodes. En appliquant des effets fixes temporels, on s'assure que les comparaisons entre différentes périodes sont justes et non biaisées par des variations temporelles non observées.

Les coefficients de régression obtenus dans ce modèle indiquent la direction et l'intensité de l'association entre chaque variable explicative et la probabilité de l'événement modélisé. Cependant, ces coefficients ne fournissent pas directement une interprétation intuitive de l'effet de chaque variable sur la probabilité dudit événement. On peut en revanche calculer l'effet marginal d'une variable explicative qui est la variation de la probabilité de l'événement associée à une petite variation de cette variable, en maintenant les autres variables constantes. Il s'agit d'une mesure locale de l'impact de la variable explicative. On définit par suite l'effet marginal moyen comme la moyenne des effets marginaux individuels calculés pour chaque individu de l'échantillon. En d'autres termes, il représente l'effet moyen d'une variation d'une unité de la variable explicative sur la probabilité de l'événement, en tenant compte de toutes les observations.

La présence d'un jour de carence dans la fonction publique est significativement associée à une diminution de 0,071 point de pourcentage (p.p.) et 0,076 p.p. de la prévalence des arrêts inférieurs à trois et quatre jours respectivement (cf. tableau 11). À titre d'exemple, hors période d'application du jour de carence, les arrêts maladie de moins de trois jours ont une prévalence de 0,67 %. Toutes choses égales par ailleurs, **l'introduction du jour de carence a donc eu pour effet une réduction d'environ 11 % de la prévalence des arrêts maladie de moins de trois jours et d'environ 10 % de la prévalence des arrêts maladie de moins de quatre jours.**

En revanche, aucun effet significatif du jour de carence n'est identifié sur les arrêts inférieurs à deux jours et sur les arrêts supérieurs à trois, quatre, cinq, six ou sept jours.

Une étude plus détaillée par versant de la fonction publique n'a pas permis de démontrer un effet différencié significatif du jour de carence entre la FPE, la FPT et la FPH.

Tableau 11 : Résultats du modèle de régression logistique sur la prévalence des arrêts maladie, différenciés selon leur durée

Variables	Effet marginal moyen sur la prévalence des absences (p.p.)	
	≤ 3 jours	≤ 4 jours
Jour de carence x appartenance à la FP (référence : hors période d'application du jour de carence ou salarié du privé)	- 0,071 (**)	- 0,076 (**)

*Source : Enquête emploi en continu, Insee. Champ : actifs en emploi salarié ou agents de la fonction publique, hors contrats aidés, apprentis, stagiaires et intérimaires. Calculs : IGF, pôle science des données. Les seuils de significativité aux niveaux 1 %, 5 % et 10 % sont respectivement indiqués par les symboles (***), (**) et (*).*

3.2.7. L'instauration de deux ou trois jours de carence permettrait de générer respectivement 72 M€ ou 120 M€ d'économies budgétaires mais conduirait à un régime en moyenne plus défavorable que le secteur privé

L'instauration de deux ou trois jours de carence est un levier possible dans l'objectif de réduire le volume des absences, par incitation financière, et de dégager des économies budgétaires, par prélèvement sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie.

Le 7 décembre 2023, le Sénat a adopté un amendement de la commission des finances¹⁵ au projet de loi de finances 2024 pour porter le délai de carence des fonctionnaires d'État à trois jours. Cet amendement n'a pas été retenu par le Gouvernement qui a eu recours à l'article 49 alinéa 3 de la Constitution pour le projet de loi de finances 2024.

3.2.7.1. Les économies budgétaires consécutives à l'instauration de deux ou trois jours de carence sont estimées à respectivement 67 M€ et 112 M€ pour l'État mais ne prennent pas en compte les effets comportementaux sur le volume global d'absences

Les dernières estimations d'économies budgétaires réalisées par la direction du budget pour l'instauration de jours de carence supplémentaires s'élevaient à 67 M€ pour le budget de l'État (FPE et opérateurs) et 174 M€ toute fonction publique avec le passage à deux jours de carence et à 112 M€ pour le budget de l'État et 289 M€ toute fonction publique avec le passage à trois jours de carence (cf. tableau 12), hors CAS « Pensions ».

Ces économies estimées représentent le montant total annuel des prélèvements sur salaire des agents publics au titre de deux ou trois jours de carence. **Ces estimations ne prennent pas en compte d'éventuels effets comportementaux sur le volume de l'absentéisme induits par l'augmentation des jours de carence.**

Tableau 12 : Estimations des économies budgétaires par le passage de la durée de carence à 2 et 3 jours, réalisées par le direction du budget à partir de données 2022 (en M€)

Budget	1 jour (situation actuelle)	Passage à 2 jours	Passage à 3 jours
FPE (Etat+PAF)	113	67	112
dont Opérateurs de l'Etat en PAF	6	5	8
Estimations FPT	94	74	122
Estimations FPH	42	33	54
Total	249	174	289

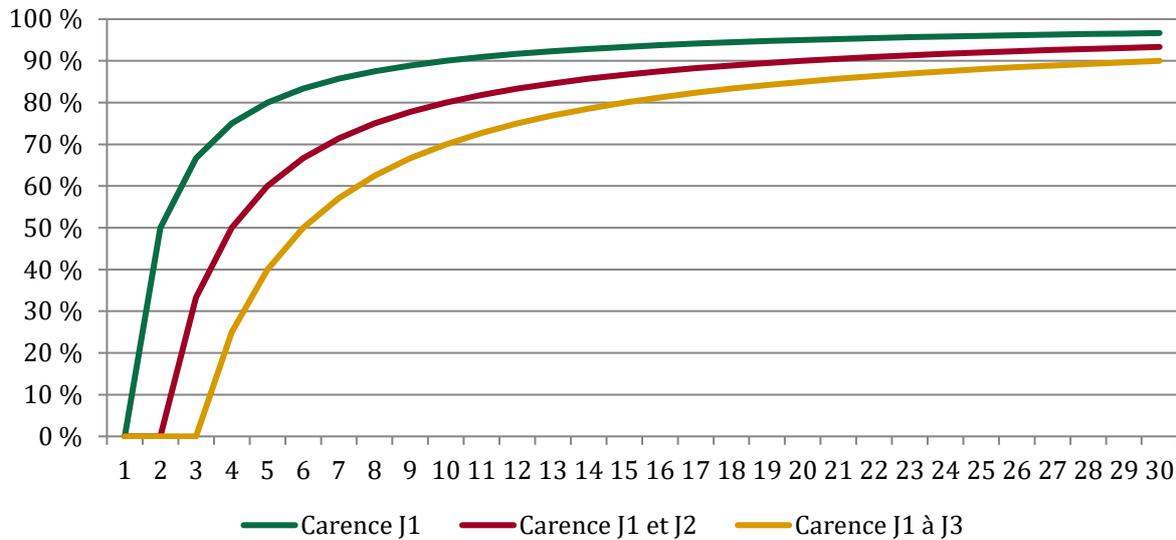
Source : Direction du budget.

3.2.7.2. Le taux de remplacement effectif pour l'agent public en arrêt maladie serait nettement dégradé par l'instauration d'un ou deux jours de carence supplémentaires et le régime serait en moyenne plus défavorable que le secteur privé

Le passage d'un jour de carence à deux ou à trois jours de carence dégraderait le taux de remplacement effectif pour l'agent public en arrêt maladie (cf. graphique 9). En effet, pour un arrêt maladie de cinq jours, le taux de remplacement de la rémunération de l'agent sur la durée de l'arrêt s'élèverait à 60 % avec deux jours de carence et à 40 % avec trois jours de carence contre 80 % avec un seul jour de carence. Pour un arrêt maladie de dix jours, les taux de remplacement s'élèveraient à respectivement 80 %, 70 % et 90 %.

¹⁵ https://www.senat.fr/amendements/2023-2024/127/Amdt_II-2.html

Graphique 9 : Taux de remplacement moyen en fonction de la durée de l'arrêt, en % du salaire, selon le nombre de jours de carence



Source : Mission.

Par ailleurs, l'instauration de deux ou trois jours de carence dans la fonction publique rendrait le régime de la fonction publique plus défavorable que le secteur privé. En effet, dans le secteur privé, les IJSS sont versées avec trois jours de carence mais deux-tiers des salariés sont protégés contre la perte de revenu induite par le délai de carence par le biais de la prévoyance d'entreprise (cf. 3.2.4). Les salariés du privé sont donc, en moyenne, soumis à un jour de carence.

De plus, les évaluations académiques de l'effet du jour de carence permettent de conclure à une réduction des absences de courte durée mais ne sont pas univoques quant à son impact sur la durée globale des absences. Par conséquent, les effets comportementaux des agents publics soumis à deux ou trois jours de carence et notamment les conséquences sur la fréquence et la durée des arrêts ne sont pas évidents et ne sont pas pris en compte dans les évaluations budgétaires réalisées (cf. 3.2.7.1).

L'instauration de deux ou trois jours de carence plutôt qu'un seul jour pourrait être de nature à renforcer l'effet d'augmentation des arrêts de longue durée observé dans une étude académique (cf. 3.2.5.1), contraire à l'objectif de lutte contre l'absentéisme d'une telle mesure.

3.3. La diminution du taux de remplacement de la rémunération des agents publics en arrêts de courte durée est un levier possible pour réduire le volume des absences et dégager des économies budgétaires

3.3.1. La diminution du taux de remplacement de la rémunération des fonctionnaires en arrêts de courte durée a été mise en place en Italie en 2008 permettant, selon une étude académique portant sur un échantillon réduit, de diviser par deux l'absentéisme

Les arrêts maladie des agents publics – couverts par le congé maladie ordinaire pour les fonctionnaires et le congé de maladie d'un agent contractuel pour les contractuels – font l'objet d'un jour de carence non rémunéré puis sont rémunérés par l'employeur, à plein traitement pendant trois mois (cf. tableau 13).

Annexe IV

Dans le secteur privé, aux termes du Code du travail, tout salarié en arrêt de travail bénéficie, après trois jours de carence, d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière de la sécurité sociale permettant d'atteindre 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait perçue s'il avait continué à travailler. Toutefois, le maintien du salaire par l'employeur est possible notamment en application d'un accord collectif de branche ou d'entreprise. Cela concerne près de 70 % des salariés du secteur privé¹⁶.

Tableau 13 : Part de la rémunération prise en charge lors d'un arrêt maladie de courte durée

Statut	1 ^{er} jour		2 ^e et 3 ^e jours		À compter du 4 ^e jour	
	Part	Payeur	Part	Payeur	Part	Payeur
Fonctionnaire	0 %	Aucun	100 %	Employeur	100 %	Employeur
Contractuel de la fonction publique	0 %	Aucun	100 %	Employeur	100 %	Assurance-maladie (50 %) et employeur (50 %)
Salarié du secteur privé avec complémentaire	100 %	Complémentaire	100 %	Complémentaire	100 %	Assurance-maladie (50 %), employeur (40 %) et complémentaire (10 %)
Salarié du secteur privé sans complémentaire	0 %	Aucun	0 %	Aucun	90 %	Assurance-maladie (50 %) et employeur (40 %)

Source : Code de la fonction publique, code de la sécurité sociale et code du travail.

En Italie, une réforme datant de 2008 a réduit le taux de remplacement de la rémunération des fonctionnaires en arrêt maladie à environ 80-90 % durant les 10 premiers jours de chaque absence contre un maintien de l'intégralité de la rémunération auparavant¹⁷. Les jours suivants sont rémunérés à hauteur de la totalité du salaire. Cette réforme comprenait également un volet de renforcement des contrôles des arrêts maladie des agents publics.

Une étude¹⁸ datant de 2014 et qui porte sur un échantillon de 889 agents publics d'une administration italienne a constaté une nette diminution du taux d'absentéisme suite à cette réforme de 2008. En effet, le taux d'absentéisme y est passé de 5,6 % en 2007 à 2,6 % en 2011, représentant une réduction d'absences d'environ 53 %.

Cependant, bien que cette réforme ait permis de réduire la probabilité et la durée des arrêts courts, elle a eu pour effet d'augmenter la durée des arrêts longs en retardant la reprise du travail. De même, lorsque l'intensité du suivi a diminué par la suite, les taux d'absence ont rebondi.

¹⁶ Selon la dernière « Enquête protection sociale complémentaire d'entreprise » de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), réalisée en 2017 et publiée en novembre 2019.

¹⁷ Cette réforme comportait également un volet d'intensification des contrôles des arrêts maladie : les heures de présence à domicile lors d'un arrêt maladie avaient été portées à 11 heures par jour et la première absence supérieure à 10 jours et chaque absence ultérieure au cours de l'année civile devaient être certifiées par un médecin agréé par le système de santé national italien.

¹⁸ M^{me} Maria De Paola, M. Vincenzo Scoppa et M^{me} Valeria Pupo, « Absenteeism in the Italian Public Sector: The Effects of Changes in Sick Leave Policy » (2014).

3.3.2. La modulation de la rémunération d'un agent public en arrêt maladie engendre des incitations financières en affectant le taux de remplacement de la rémunération

Un taux de remplacement partiel et fixe du salaire lors d'un arrêt maladie introduit une incitation financière permettant de lutter contre l'absentéisme puisque les jours d'arrêts ne sont pas pleinement rémunérés et chaque jour d'arrêt supplémentaire rémunéré partiellement vient réduire le salaire effectivement perçu.

La modulation à un taux partiel (80 % ou 90 %) des jours actuellement rémunérés à plein traitement pourrait s'appliquer :

- ◆ soit sur l'ensemble des jours de congé maladie ordinaire ;
- ◆ soit sur les premiers jours de chaque arrêt (par exemple les dix premiers).

Lors d'un congé maladie ordinaire, le fonctionnaire perçoit actuellement pendant trois mois l'intégralité de son traitement puis pendant les neuf autres mois la moitié de son traitement. Le passage à demi-traitement, à partir de 90 jours de CMO sur douze mois pour un fonctionnaire, serait maintenu.

La modulation du taux de remplacement peut se substituer au jour de carence ou le compléter.

3.3.2.1. La modulation sur l'ensemble des jours de congé maladie ordinaire actuellement rémunérés à plein traitement

La modulation du taux de remplacement de la rémunération lors d'un arrêt maladie sur l'ensemble de la période avant passage à demi-traitement présente l'avantage de ne pas comporter d'incitation à rallonger l'arrêt puisqu'il n'y a pas de retour à pleine rémunération d'un jour d'absence.

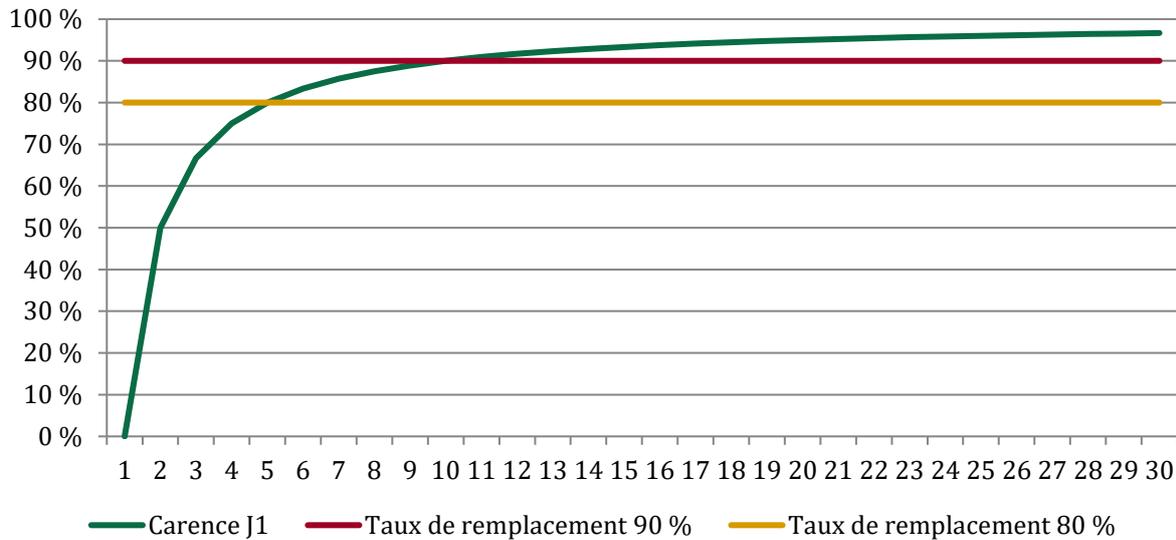
La modulation du taux de remplacement peut se substituer au jour de carence.

Le régime avec un taux de remplacement à 90 % sur l'ensemble de la période avant passage à demi-traitement est plus favorable pour un agent public en arrêt maladie que celui avec un jour de carence durant les neuf premiers jours d'un arrêt maladie, équivalent au dixième jour, puis devient moins favorable (cf. graphique 10).

Le régime avec un taux de remplacement à 80 % sur l'ensemble de la période avant passage à demi-traitement est plus favorable pour un agent public en arrêt maladie que celui avec un jour de carence durant les quatre premiers jours d'un arrêt maladie, équivalent au cinquième jour, puis devient moins favorable (cf. graphique 10).

Par conséquent, la suppression du jour de carence au profit d'une modulation du taux de remplacement conduirait à un régime plus favorable pour les agents pour les arrêts de courte durée.

Graphique 10 : Taux de remplacement moyen de la rémunération durant l'arrêt, en fonction de la durée de l'arrêt (en % de la rémunération qui aurait été perçue par l'agent sur la durée de l'arrêt)



Source : Mission.

Note de lecture : Pour un arrêt de quatre jours, un agent public perçoit, sur ces cinq jours, 75 % de son salaire lorsque le modèle avec un jour de carence s'applique.

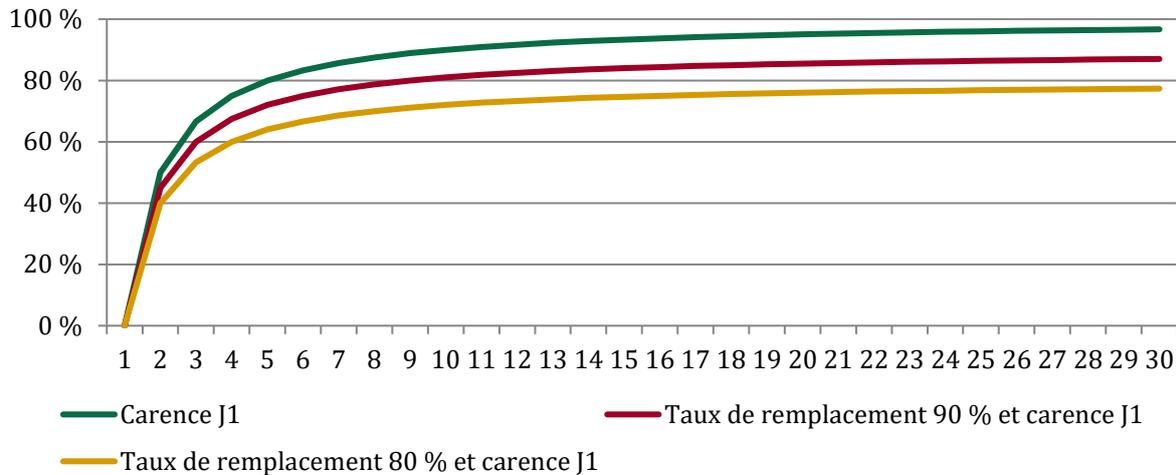
La modulation du taux de remplacement peut compléter le jour de carence. Cela conduirait à un régime moins favorable pour les agents publics que celui actuellement en vigueur (cf. graphique 11). **L'intérêt de combiner le jour de carence et la modulation du taux de remplacement est :**

- ◆ **de comporter une incitation forte à la modération des arrêts de courte durée** (le premier jour n'est pas rémunéré) ;
- ◆ **d'avoir des incitations à ne pas prolonger sur les jours suivants** qui ne sont rémunérés que partiellement alors que dans le système actuel avec le jour de carence ils sont pleinement rémunérés.

Le maintien d'un jour de carence et l'application d'un taux de remplacement à 90 % dans la fonction publique conduirait à un régime d'indemnisation lors des arrêts maladie du même ordre que celui du secteur privé. Un taux de remplacement inférieur à 90 % conduirait à un régime moins favorable pour les agents publics.

Annexe IV

Graphique 11 : Taux de remplacement moyen de la rémunération durant l'arrêt, en fonction de la durée de l'arrêt (en % de la rémunération qui aurait été perçue par l'agent sur la durée de l'arrêt)



Source : Mission.

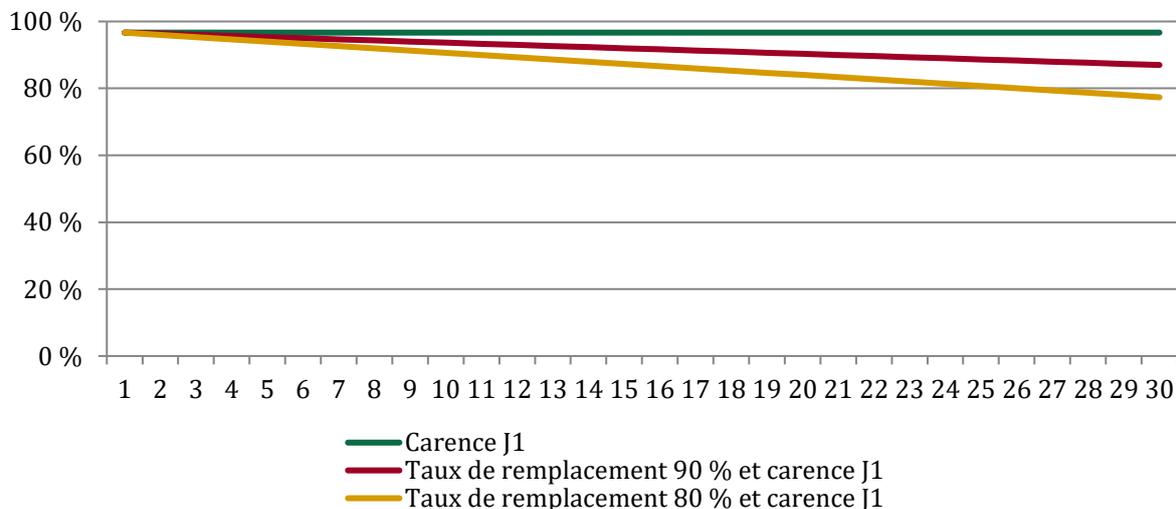
Ces incitations peuvent être visualisées en modélisant le salaire mensuel perçu par un agent qui aurait eu un arrêt maladie, d'une durée comprise entre 1 et 30 jours sur le mois, en fonction du plein traitement (cf. graphique 12). La modélisation est réalisée pour un agent public dont les primes et indemnités forfaitaires liées au cycle de travail sont maintenues dans les mêmes proportions que le traitement indiciaire (c'est le cas des agents de la fonction publique d'État).

Avec le jour de carence, un agent public qui a un arrêt maladie durant un mois donné, percevra 97 % de sa rémunération, quelle que soit la durée de l'arrêt. Il n'y a aucune incitation à modérer la durée d'un arrêt une fois cet arrêt débuté.

La modulation s'avère complémentaire au jour de carence : le jour de carence visant principalement à limiter la survenance des arrêts de courte durée et un taux de remplacement partiel permettant de limiter la durée des arrêts.

Avec une modulation de la rémunération perçue lors d'un arrêt maladie, la rémunération perçue par un agent public qui a un arrêt maladie durant un mois donné sera décroissante avec la durée de l'arrêt.

Graphique 12 : Rémunération mensuelle perçue par un agent public ayant eu un arrêt maladie (en % du plein traitement, en fonction de la durée de l'arrêt)



Source : Mission.

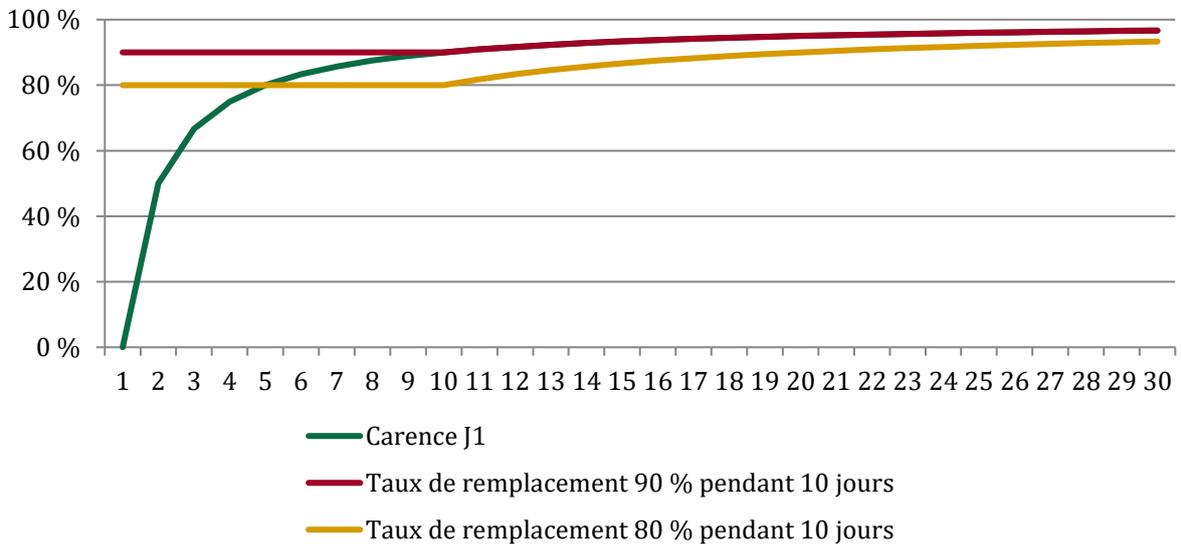
3.3.2.2. La modulation durant les dix premiers jours de chaque arrêt maladie

La modulation pendant les dix premiers jours d'un arrêt maladie, plus favorable pour les agents publics qu'une modulation de l'ensemble des jours actuellement à plein traitement, présente l'inconvénient de comporter une éventuelle incitation à rallonger les arrêts au-delà du dixième jour puisqu'ils sont rémunérés à plein traitement.

Le régime avec un taux de remplacement à 90 % durant les dix premiers jours est plus favorable pour un agent public en arrêt maladie que celui avec un jour de carence durant les neuf premiers jours d'un arrêt maladie puis devient équivalent (cf. graphique 13).

Le régime avec un taux de remplacement à 80 % durant les dix premiers jours est plus favorable pour un agent public en arrêt maladie que celui avec un jour de carence durant les quatre premiers jours d'un arrêt maladie, est équivalent au cinquième jour puis devient moins favorable (cf. graphique 13).

Graphique 13 : Taux de remplacement moyen de la rémunération durant l'arrêt, en fonction de la durée de l'arrêt (en % de la rémunération qui aurait été perçue par l'agent sur la durée de l'arrêt)



Source : Mission.

3.3.3. Les économies budgétaires et d'efficience réalisées par la baisse du taux de remplacement dépendent de l'efficacité de la mesure sur la réduction de l'absentéisme

La diminution du taux de remplacement de la rémunération des agents publics en arrêt maladie de courte durée permettrait de réaliser des économies de deux ordres :

- ◆ des économies budgétaires par une moindre prise en charge des arrêts maladie par l'employeur public ;
- ◆ des économies d'efficience par une diminution de l'absentéisme qu'entraînerait une telle mesure, à l'instar des baisses de l'absentéisme observées en Italie.

Si une telle mesure n'avait pas d'impact sur le niveau d'absentéisme alors elle permettrait de générer 0,3 Md€ (avec un taux à 90 %) et 0,6 Md€ (avec un taux à 80 %) d'économies budgétaires pour l'État :

- ◆ la rémunération des journées d'absence des agents publics de la FPE pour des arrêts maladie de courte durée s'élevait à 2,9 Md€ selon le dernier chiffre disponible (cf. 1.2.3) ;

Annexe IV

- ◆ avec un taux de remplacement à 90 %, à niveau d'absentéisme identique, la retenue sur rémunération se serait élevée à 0,3 Md€ ;
- ◆ avec un taux de remplacement à 80 %, à niveau d'absentéisme identique, la retenue sur rémunération se serait élevée à 0,6 Md€.

La suppression du jour de carence réduirait de 0,1 Md€ les économies réalisées pour l'État (cf. 3.2.3).

Cette méthode, appliquée à la FPT et à la FPH, permet d'estimer les économies générées par une telle mesure, dans le cas d'absence d'impact sur le niveau d'absentéisme : 0,3 Md€ d'économies budgétaires par versant avec un taux de remplacement à 90 % et 0,6 Md€ par versant avec un taux de remplacement à 80 %.

L'ampleur des économies budgétaires dépendra de l'évolution du taux d'absentéisme (cf. tableau 14, tableau 15 et tableau 16) :

- ◆ une baisse de l'absentéisme générerait des économies d'efficience mais diminuerait les économies budgétaires puisque la réduction de la prise en charge des arrêts maladie porterait sur moins de jours indemnisés ;
- ◆ inversement, une hausse de l'absentéisme, augmenterait les économies budgétaires puisque la réduction de la prise en charge des arrêts maladie porterait sur plus de jours indemnisés.

Annexe IV

Tableau 14 : Estimation des économies engendrées dans la FPE par la diminution du taux de remplacement de la rémunération en arrêt maladie, en Md€

Taux de remplacement	Type d'économies	Sans effet					Baisse de l'absentéisme					Hausse de l'absentéisme				
		0 %	- 10 %	- 20 %	- 30 %	- 40 %	- 50 %	+ 10 %	+ 20 %	+ 30 %	+ 40 %	+ 50 %				
80 %	Budgétaires	+ 0,6	+ 0,5	+ 0,5	+ 0,4	+ 0,3	+ 0,3	+ 0,3	+ 0,6	+ 0,7	+ 0,7	+ 0,8	+ 0,9			
	D'efficience	+ 0,0	+ 0,3	+ 0,6	+ 0,9	+ 1,1	+ 1,4	- 0,3	- 0,6	- 0,9	- 1,1	- 1,4				
	Total	+ 0,6	+ 0,8	+ 1,0	+ 1,3	+ 1,5	+ 1,7	+ 0,3	+ 0,1	- 0,1	- 0,3	- 0,6				
90 %	Budgétaires	+ 0,3	+ 0,3	+ 0,2	+ 0,2	+ 0,2	+ 0,1	+ 0,3	+ 0,3	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4			
	D'efficience	+ 0,0	+ 0,3	+ 0,6	+ 0,9	+ 1,1	+ 1,4	- 0,3	- 0,6	- 0,9	- 1,1	- 1,4				
	Total	+ 0,3	+ 0,5	+ 0,8	+ 1,1	+ 1,3	+ 1,6	+ 0,0	- 0,2	- 0,5	- 0,7	- 1,0				

Source : Mission.

Tableau 15 : Estimation des économies engendrées dans la FPT par la diminution du taux de remplacement de la rémunération en arrêt maladie, en Md€

Taux de remplacement	Type d'économies	Sans effet					Baisse de l'absentéisme					Hausse de l'absentéisme				
		0 %	- 10 %	- 20 %	- 30 %	- 40 %	- 50 %	+ 10 %	+ 20 %	+ 30 %	+ 40 %	+ 50 %				
80 %	Budgétaires	+ 0,6	+ 0,5	+ 0,5	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,3	+ 0,7	+ 0,7	+ 0,8	+ 0,8	+ 0,8	+ 0,9			
	D'efficience	+ 0,0	+ 0,3	+ 0,6	+ 0,9	+ 1,2	+ 1,5	- 0,3	- 0,6	- 0,9	- 1,2	- 1,5				
	Total	+ 0,6	+ 0,8	+ 1,1	+ 1,3	+ 1,5	+ 1,8	+ 0,4	+ 0,1	- 0,1	- 0,4	- 0,6				
90 %	Budgétaires	+ 0,3	+ 0,3	+ 0,2	+ 0,2	+ 0,2	+ 0,1	+ 0,3	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4			
	D'efficience	+ 0,0	+ 0,3	+ 0,6	+ 0,9	+ 1,2	+ 1,5	- 0,3	- 0,6	- 0,9	- 1,2	- 1,5				
	Total	+ 0,3	+ 0,6	+ 0,8	+ 1,1	+ 1,4	+ 1,6	+ 0,0	- 0,2	- 0,5	- 0,8	- 1,0				

Source : Mission.

Tableau 16 : Estimation des économies engendrées dans la FPH par la diminution du taux de remplacement de la rémunération en arrêt maladie, en Md€

Taux de remplacement	Type d'économies	Sans effet					Baisse de l'absentéisme					Hausse de l'absentéisme				
		0 %	- 10 %	- 20 %	- 30 %	- 40 %	- 50 %	+ 10 %	+ 20 %	+ 30 %	+ 40 %	+ 50 %				
80 %	Budgétaires	+ 0,6	+ 0,5	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,3	+ 0,3	+ 0,6	+ 0,7	+ 0,7	+ 0,8	+ 0,8	+ 0,8			
	D'efficience	+ 0,0	+ 0,3	+ 0,6	+ 0,8	+ 1,1	+ 1,4	- 0,3	- 0,6	- 0,8	- 1,1	- 1,4				
	Total	+ 0,6	+ 0,8	+ 1,0	+ 1,2	+ 1,5	+ 1,7	+ 0,3	+ 0,1	- 0,1	- 0,3	- 0,6				
90 %	Budgétaires	+ 0,3	+ 0,3	+ 0,2	+ 0,2	+ 0,2	+ 0,1	+ 0,3	+ 0,3	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4			
	D'efficience	+ 0,0	+ 0,3	+ 0,6	+ 0,8	+ 1,1	+ 1,4	- 0,3	- 0,6	- 0,8	- 1,1	- 1,4				
	Total	+ 0,3	+ 0,5	+ 0,8	+ 1,0	+ 1,3	+ 1,5	+ 0,0	- 0,2	- 0,5	- 0,7	- 1,0				

Source : Mission.

Cette méthode d'estimation présente notamment les limites suivantes :

- ◆ elle repose sur une méthode de chiffrage de la rémunération des journées d'absence des agents publics pour des arrêts maladie de courte durée qui a tendance à surestimer l'impact financier car elle retenait des durées et des rémunérations moyennes et ne prenait pas en compte le passage à demi-traitement ;
- ◆ la mission ne disposant pas de données statistiques ni administratives quant à la distribution de la durée des arrêts maladie en congé maladie ordinaire, le taux de 80 % ou 90 % a été appliqué au total de la rémunération des journées d'absence des agents publics pour des arrêts maladie de courte durée. La modélisation représente donc la situation d'une modulation du taux à 80 % ou 90 % sur l'ensemble des jours en arrêt maladie de courte durée.

3.3.4. La diminution du traitement lors d'un arrêt maladie permet de moduler de manière uniforme le taux de remplacement de la rémunération des agents publics en congés maladie ordinaire

3.3.4.1. La modulation du taux de remplacement de la rémunération d'un agent public en congé maladie ordinaire par la diminution du traitement en arrêt maladie

Les modalités de rémunération des fonctionnaires en congé maladie ordinaire sont définies par l'article L. 822-3 du code de la fonction publique : « *le fonctionnaire en congé de maladie perçoit :*

1° Pendant trois mois, l'intégralité de son traitement ;

2° Pendant les neuf autres mois, la moitié de son traitement.

Il conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence. ».

Par conséquent, **la modulation du taux de remplacement de la rémunération des fonctionnaires pendant les premiers jours d'un congé maladie ordinaire nécessiterait de modifier l'article L. 822-3 du code de la fonction publique.**

Pour les agents contractuels de l'État, c'est l'article 12 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'État qui détermine leur rémunération en congé maladie, qui dépend de leur ancienneté : « *L'agent contractuel en activité bénéficie, sur présentation d'un certificat médical, pendant une période de douze mois consécutifs si son utilisation est continue ou au cours d'une période comprenant trois cents jours de services effectifs si son utilisation est discontinuée, de congés de maladie dans les limites suivantes :*

Après quatre mois de services :

- un mois à plein traitement ;

- un mois à demi-traitement ;

Après deux ans de services :

- deux mois à plein traitement ;

- deux mois à demi-traitement ;

Après trois ans de services :

- trois mois à plein traitement ;

- trois mois à demi-traitement. »

Pour les agents contractuels de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, des dispositions identiques sont prévues par, respectivement, l'article 7 du décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale et l'article 10 du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière.

Annexe IV

Par conséquent, **la modulation du taux de remplacement de la rémunération des contractuels pendant les premiers jours d'un congé maladie ordinaire nécessiterait de modifier trois décrets :**

- ◆ l'article 12 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 pour la FPE ;
- ◆ l'article 7 du décret n° 88-145 du 15 février 1988 pour la FPT ;
- ◆ et l'article 10 du décret n° 91-155 du 6 février 1991 pour la FPH.

Pour les fonctionnaires d'État en congés maladie ordinaire, les primes sont maintenues dans les mêmes proportions que le traitement aux termes de l'article 1 du décret n° 2010-997 du 26 août 2010 relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'État et des magistrats de l'ordre judiciaire dans certaines situations de congés.

Pour la fonction publique territoriale, les organes délibérants sont libres de prévoir le maintien du régime indemnitaire de leurs agents en congé maladie ordinaire dans la limite des pourcentages précités et prévus pour les agents de l'État. En effet, au regard du principe de parité prévu à l'article L. 714-4 du code général de la fonction publique avec la fonction publique de l'État, les collectivités territoriales ne peuvent octroyer à leurs agents un régime indemnitaire qui soit plus favorable que celui dont bénéficient les agents de l'État.

Pour la FPH, aucune disposition générale ne fixe les règles de maintien ou de suspension des primes et indemnités. Cette modalité est donc à la discrétion des établissements.

3.3.4.2. La modulation du taux de remplacement de la rémunération d'un agent public en congé maladie ordinaire par la diminution de la part indemnitaire

Une manière de moduler le taux de remplacement de la rémunération d'un agent public en congé maladie ordinaire serait de diminuer la partie indemnitaire lors d'un arrêt maladie. Cette partie indemnitaire représente en moyenne 24 % du salaire brut des agents titulaires. Toutefois, la part de l'indemnitaire dans le salaire brut est très hétérogène selon les catégories et les versants (cf. tableau 17). La diminution homogène des primes impacterait donc de manière hétérogène les agents publics.

Tableau 17 : Taux moyen de primes par catégorie et par versant, en % du salaire brut

Catégorie	Versant		
	FPE	FPT	FPH
A	20,3 %	28,7 %	24,3 %
B	33,8 %	26,3 %	21,3 %
C	29,9 %	22,7 %	24,1 %

Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2023 de la direction générale de l'administration et de la fonction publique.

4. Les jours d'ASA dans la fonction publique représentent 23 k ETP et pourraient être rationalisés afin de réaliser des gains d'efficacité de l'ordre de 1 400 ETP correspondant à un coût employeur de 67 M€

4.1. Les absences pour autorisation spéciale d'absence représenteraient 5 millions de jours par an soit 23 k ETP dans la fonction publique

Les autorisations spéciales d'absence (ASA) font l'objet de pratiques hétérogènes de recensement et d'octroi et ne sont d'ailleurs pas systématiquement retracées et consolidées par les employeurs de la fonction publique (cf. annexe II). En conséquence, la mission a mobilisé le panel d'employeurs interrogés disposant des données consolidées d'ASA et des RSU disponibles en ligne pour évaluer la volumétrie des ASA dans la fonction publique. Ont ainsi été intégrés dans l'analyse les services du Premier ministre (SPM), la direction générale de la gendarmerie générale (DGGN), le secrétariat général (SG) du ministère de l'intérieur, le ministère des armées, les ministères économiques et financiers (MEF), la ville de Paris et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Sur ce panel d'employeurs, le nombre de jours d'ASA par ETP s'étend de 0,26 pour le SG du ministère de l'intérieur à 7,19 pour les MEF, sachant que les MEF intègrent des jours de formation dans ce décompte que la mission retrace par la suite. **En pondérant par les effectifs, il peut être considéré qu'un ETP bénéficie, en moyenne, de 0,94 jour d'ASA dans la fonction publique** (cf. tableau 18).

Tableau 18 : Jours d'ASA par ETP en 2021 ou 2022

Type d'ASA	SPM	DGGN	SG du ministère de l'intérieur	Ministère des armées	MEF	Ville de Paris*	AP-HP
Famille	-	0,33	0,03	0,05	0,26	0,07	0,01
Santé	-	-	0,13	0,00	0,14	-	-
Parentalité	0,05	0,17	0,03	0,20	0,41	0,33	0,45
Fêtes religieuses	0,05	0,00	0,01	0,00	0,06	0,04	-
Concours et formation	-	-	0,04	-	4,21**	0,07	0,00
Engagement civil ou mandat	0,00	0,01	0,01	0,00	0,58	0,45	0,01
Autres (dont Covid)	0,30	0,11	0,01	0,07	1,53	0,01	0,01
Total	0,40	0,63	0,26	0,34	7,19	0,98	0,47

Source : Mission d'après les rapports sociaux uniques ou les données transmises par les employeurs.

* Pour la ville de Paris, une ASA est assimilée à un jour.

** 4,21 jours d'ASA intégrant la formation des agents aux MEF retraités dans les travaux de chiffrage.

Extrapolé à la fonction publique, le nombre de jours d'ASA annuel s'établit à 5,0 millions représentant 23 k ETP pour un coût employeur de 1,1 Md€ :

- ◆ 2,2 millions de jours représentant 10 k ETP et un coût employeur de 520 M€ dans la FPE ;
- ◆ 1,7 million de jours représentant 8 k ETP et un coût employeur de 330 M€ dans la FPT ;
- ◆ 1,1 million de jours représentant 5 k ETP et un coût employeur de 240 M€ dans la FPH.

4.2. Une rationalisation des ASA, telles que les ASA pour fêtes religieuses et gardes d'enfant, produirait un gain d'efficience équivalent à 1 400 ETP

La fonction publique offre un cadre d'autorisations d'absence plus favorable que le secteur privé, notamment en matière de garde d'enfant et de fêtes religieuses.

La mission propose de clarifier et rationaliser le régime des ASA dans la fonction publique (cf. annexe I) en envisageant, au profit du recours aux facilités horaires compensées ou aux jours de RRT, de :

- ◆ mettre fin aux ASA pour fêtes religieuses ;
- ◆ aligner le quantum de jours d'ASA pour garde d'enfant sur le secteur privé (trois jours, portés à cinq jours si l'enfant a moins d'un an ou si le salarié a trois enfants à charge ou plus) ;
- ◆ interroger les ASA pour délai de route qui ne connaissent pas d'équivalent dans le droit pour le secteur privé ;
- ◆ formaliser un droit à ASA pour décès d'un proche (hors enfant) pour harmoniser les pratiques dans la fonction publique.

Au vu des données disponibles, la mission a isolé les ASA pour gardes d'enfant au-delà de 3 jours d'ASA par agent et les ASA pour fêtes religieuses. Ces deux types d'ASA représentent entre 0,02 et 0,14 jour par ETP pour les employeurs de l'échantillon. **En pondérant par les effectifs, un ETP bénéficie ainsi, en moyenne, de 0,06 jour pour ces deux types d'ASA dans la fonction publique** (cf. tableau 19).

Tableau 19 : Jours d'ASA par ETP pour les ASA pour fêtes religieuses et les ASA pour gardes d'enfant au-delà de 3 jours d'ASA par agent en 2021 ou 2022

Type d'ASA	SPM	DGGN	SG du ministère de l'intérieur	Ministère des armées	MEF	Ville de Paris*	AP-HP
Fêtes religieuses	0,05	0,00	0,01	0,00	0,06	0,04	-
Gardes d'enfant > 3 jours par agent	0,00	0,02	0,01	0,05	0,02	0,00	0,14
Sous-total de ces types d'ASA	0,05	0,02	0,02	0,05	0,08	0,04	0,14

Source : Mission d'après les rapports sociaux uniques ou les données transmises par les employeurs.

Un rapprochement du régime des ASA vers les autorisations d'absence en vigueur dans le secteur privé aboutirait, par extrapolation sur l'ensemble de la fonction publique et sur la base de 0,06 jour par ETP, à un gain de 310 k jours soit 1 400 ETP pour un coût salarial de 67 M€ :

- ◆ 140 k jours représentant 620 ETP et un coût employeur de 32 M€ dans la FPE ;
- ◆ 110 k jours représentant 480 ETP et un coût employeur de 21 M€ dans la FPT ;
- ◆ 70 k jours représentant 300 ETP et un coût employeur de 15 M€ dans la FPH.

ANNEXE V

**La prescription des arrêts de travail,
l'information de l'employeur public et le contrôle
des arrêts de travail dans la fonction publique**

SOMMAIRE

1. LA PRESCRIPTION DES ARRÊTS DE TRAVAIL POUR UN CONGÉ DE MALADIE	1
1.1. Un appui aux médecins prescripteurs pour simplifier et guider la prescription de l'arrêt de travail.....	1
1.2. Un recours encadré à la télémédecine pour la prescription et le renouvellement des arrêts de travail.....	5
1.3. Des modalités restrictives de renouvellement d'un arrêt de travail	7
2. LA BONNE INFORMATION DE L'EMPLOYEUR PUBLIC EN CAS D'ABSENCE POUR CONGÉ DE MALADIE.....	8
2.1. L'information de l'employeur est exigée de l'agent dans un délai de 48 heures	8
2.2. Le contrôle du respect du délai de transmission des arrêts maladie	10
3. LE CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET MÉDICAL DES ARRÊTS DE TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE.....	12
3.1. La vérification administrative du respect des obligations associées à un arrêt de travail pour raison de santé	12
3.2. Le contrôle médical : les dispositions juridiques applicables selon les types de congés.....	15
3.3. L'organisation des acteurs du contrôle médical et éléments d'appréciation des effets de la réforme des instances médicales intervenue en 2022.....	18
3.4. La mise en œuvre des contrôles médicaux est modeste avec des effets limités	28
3.5. Une expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires par la CNAM en 2010-2018 jugé peu concluante.....	34

1. La prescription des arrêts de travail pour un congé de maladie

1.1. Un appui aux médecins prescripteurs pour simplifier et guider la prescription de l'arrêt de travail

La liberté de prescription est affirmée dans le code de déontologie médicale. L'article R. 4127-8 du code de la santé publique prévoit que, dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin « *est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance* ». Cette liberté est toutefois guidée, essentiellement pour des raisons de sécurité (ex. : incompatibilité médicamenteuse) ou pour des considérations économiques. Le code de la sécurité sociale prend en compte ces restrictions nécessaires et prévoit dans son article L. 162-2-1 que « *les médecins sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement* ».

1.1.1. Des référentiels donnant des durées indicatives d'arrêt de travail

La durée de l'arrêt de travail doit être fixée en fonction de l'incapacité physique ou psychologique du patient. L'arrêt de travail doit commencer au jour de la prescription.

Pour aider les médecins dans leur prescription d'arrêt de travail, des durées de référence, établies après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), sont proposées par pathologie ou intervention.

Les référentiels de durée d'arrêt de travail portent sur 67 motifs d'arrêt. Ils ont été élaborés en s'appuyant sur une analyse des données de la littérature scientifique, en collaboration avec des sociétés savantes et validés par la HAS. Il s'agit de référentiels indicatifs et adaptables aux spécificités du patient (comorbidités, complications). La durée de référence proposée est celle à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail. Certains référentiels proposent des durées identiques pour un motif donné, quel que soit le type d'emploi occupé (ex. : grippe saisonnière, 5 jours). D'autres prévoient des durées différentes selon le type de métier ou le type de traitement réalisé (ex. : syndrome du canal carpien, de 0 jour pour un travail sédentaire avec un traitement conservateur à 45 jours pour un travail physique lourd comportant une forte sollicitation de la main pour soulever des charges supérieures à 25 kg en cas de traitement chirurgical).

Entre juillet 2021 et juin 2022, sur les 2,9 millions d'arrêts portant sur les motifs d'arrêt de travail (hors hospitaliers) les plus fréquents et pour lesquels il existe une fiche repère, **plus de 40 % des journées prescrites, soit 9 millions, excèdent les durées les plus longues préconisées**, en particulier pour les troubles anxiodépressifs et la lombalgie¹. **Un travail d'information et de formation des médecins doit donc être poursuivi afin d'améliorer la prise en compte de ces durées repères.**

La convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 passée entre l'État et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) rappelle l'importance de communiquer sur ces référentiels auprès des médecins².

¹ Source CNAM, support de la réunion thématique sur la qualité et la pertinence des soins du 14 décembre 2023 conduite dans le cadre des négociations conventionnelles

² COG 2023 – 2027, fiche n° 4.1 « Accompagner l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge, en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social »

1.1.2. Un téléservice permettant de guider la prescription et facilitant la transmission de l'arrêt, mais dont certaines fonctionnalités ne sont pas accessibles pour les assurés de tous les régimes

S'agissant de la prescription des arrêts de travail, le téléservice « Avis arrêt de travail » (AAT) a été développé par les organismes d'assurance maladie et est accessible à partir d'une connexion par carte CPS³ pour les généralistes et les médecins spécialistes. L'outil est utilisable par le praticien pour tous les assurés, quel que soit le régime d'assurance maladie, mais la fonction de télétransmission de l'arrêt n'est pas fonctionnelle pour les assurés de tous les régimes.

1.1.2.1. Une assistance au renseignement de la prescription

Cet outil permet :

- ◆ une assistance au remplissage :
 - des données administratives préremplies, récupérées à la lecture de la carte Vitale ;
 - la mention des situations d'arrêt de travail les plus courantes, la saisine d'un motif personnalisé restant possible ;
 - l'accès aux référentiels de durée, ayant fait l'objet d'un avis par la Haute Autorité de santé ;
 - un contrôle de cohérence de la saisie pour fiabiliser l'avis d'arrêt avant transmission.
- ◆ une transmission de tous les éléments destinés à l'assurance maladie (caisse d'affiliation et service médical) par voie électronique (pour les régimes qui le permettent, voir *infra*) ; seul le volet 3 destiné à l'employeur est imprimé et remis au patient⁴.

Les éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail doivent être mentionnés sur le volet 1 du formulaire d'avis d'arrêt de travail (article L. 162-4-1, 1^{er} alinéa du Code de la Sécurité sociale).

1.1.2.2. Une dématérialisation obligatoire dont l'usage doit encore être renforcé

La dématérialisation des AAT par les médecins est une obligation⁵. Pourtant le recours à ce service pour l'établissement des arrêts de travail par les professionnels n'est pas encore à la cible au moment de l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022 de la CNAM⁶.

³ Carte de professionnel de santé : carte d'identité professionnelle électronique délivrée à toute personne exerçant dans un établissement de soins ou du domaine de la santé, en cabinet libéral, en laboratoire ou en officine.

⁴ Document Cerfa S3116-Volet 1 (comprenant le motif médical) et volet 2 transmis au service médical de l'assurance maladie, ce dernier se chargeant de la transmission du volet 2 aux services administratifs de la caisse, volet 3 destiné à l'employeur.

⁵ Article L. 361-35 du code de la sécurité sociale : « *Les arrêts de travail sont prescrits, sauf exception, de manière dématérialisée par l'intermédiaire d'un service mis à la disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie.* » Le non-respect de cette obligation donne lieu à l'application d'une sanction conventionnelle.

⁶ Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la CNAM et recommandations en vue de son renouvellement - Rapport IGAS n° 2022-027R (janvier 2023).

Annexe V

Afin de renforcer le recours à la dématérialisation des AAT, cette obligation est reprise dans l'avenant 9 de la convention médicale en 2016⁷. Ainsi pour bénéficier du deuxième volet du forfait structure⁸, le médecin doit atteindre un taux de dématérialisation pour six téléservices dont la prescription d'un AAT et la déclaration d'un certificat médical d'accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP). Le calcul du taux s'effectue sur la base des données du régime général uniquement. Le règlement arbitral du 28 avril 2023⁹ a conforté ce recours en fixant des objectifs encore plus ambitieux. La convention médicale signée le 4 juin 2024 prévoit l'instauration à compter de 2026 d'une dotation numérique en remplacement du forfait structure. Cette dotation comprend des indicateurs socles et des indicateurs optionnels. Un des deux indicateurs socles repose sur une moyenne des taux de recours aux principaux téléservices sécurisés dont AAT. La convention médicale 2024 ne prévoit donc plus de taux de recours cible spécifique à ce téléservice à compter de 2026. Des taux cible spécifiques sont cependant fixés dans la COG 2023-2027 ce qui doit permettre d'en assurer un suivi spécifique.

Sur la période 2021-2027, les objectifs de taux de dématérialisation fixés et les taux réalisés montrent une progression lente (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Taux de dématérialisation (objectifs et taux réalisés) sur la période 2021-2027

Télé-service	Objectifs fixés par la COG 2018-2022				Objectif fixé par la convention médicale	Objectifs fixés par le règlement arbitral			Objectifs fixés par la COG 2023-2027	
	2021		2022			2022	2023		2024	2023
	Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé	Objectif		Réalisé			
AAT	70 %	58,77 %	75 %	61,31 %	80 %	90 %	66 %	90 %	65 %	85 %
Certificat médical AT-MP	30 %	39,91 %	35 %	N.D.	30 %	45 %	N.D.	50 %	55 %	75 %

Source : Mission d'après les COG 2018-2022 et 2023-2027, les données de l'avenant 9 de la convention médicale du 25 août 2016 et du règlement arbitral du 28 avril 2023, les résultats de deux missions de l'IGAS en 2023¹⁰, les données communiquées par la CNAM dans le cadre des négociations conventionnelles de 2024,

Au-delà du taux de recours au téléservice AAT, les saisies sont jugées perfectibles par la CNAM, 6 % des arrêts transmis en ligne ne comportant pas de motif renseigné.¹¹

⁷ Avenant 9 à la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

⁸ Le deuxième volet du forfait structure valorise les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs. Le déclenchement de la rémunération de ce volet est conditionné par l'atteinte de l'intégralité des indicateurs du premier volet (valorisation de l'investissement dans les outils : ce volet est dédié à l'accompagnement des médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet).

⁹ Arrêté du 28 avril 2023 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

¹⁰ Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la CNAM et recommandations en vue de son renouvellement – Rapport IGAS n° 2022-027R (janvier 2023) -- L'organisation du service du contrôle médical de l'assurance maladie (annexe 7) – Rapport IGAS n° 2023-023R (octobre 2023).

¹¹ Source : CNAM-Support « Pertinence et qualité des soins », réunion multilatérale du 12 mars 2024, négociations conventionnelles.

1.1.2.3. Des gains d'efficience et en qualité attendus pour le régime général

Les avantages attendus de la généralisation de l'AAT dématérialisé sont les suivants¹² :

- ◆ réduction significative des délais de traitement des dossiers (par défaut l'assuré doit transmettre son AAT dans les six jours à la caisse, ce qui est une tolérance communiquée par la CNAM aux caisses¹³),
- ◆ mesure de simplification administrative pour l'assuré qui n'aurait plus besoin d'envoyer le volet « papier » à la caisse,
- ◆ amélioration de la gestion du risque par une meilleure observance par les praticiens des durées indicatives d'arrêt,
- ◆ facilitation des contrôles par le service du contrôle médical,
- ◆ limitation des coûts de gestion liés au traitement des AAT papier.

La COG 2018-2022 prévoit un indicateur « Écart de la durée moyenne d'IJ entre les professionnels de santé ayant utilisé/n'ayant pas utilisé l'avis d'arrêt de travail dématérialisé », mais elle ne fixe pas de cible. Cet indicateur n'est pas repris dans la COG 2023-2027. Lors de l'évaluation de la COG 2018-2022, il apparaît que la durée moyenne des arrêts prescrits par les généralistes de façon dématérialisée est plus courte que celle des arrêts prescrits par formulaire papier (respectivement 13 et 20 jours en 2019) ¹⁴.

Dans le cadre de travaux conduits au premier trimestre 2024 pour les négociations conventionnelles, l'assurance maladie émet plusieurs propositions relatives aux arrêts de travail. Elle prévoit en particulier de compléter les motifs d'AAT sur la plateforme Amelipro. Il est parallèlement attendu des médecins qu'ils prescrivent aux meilleurs standards de pertinence en respectant globalement, au niveau de leur patientèle, les référentiels de prescription de durée et en systématisant l'arrêt de travail en ligne pour empêcher la fraude et l'usurpation d'identité¹⁵. Dans le cadre de la convention médicale signée le 4 juin 2024, la CNAM s'engage de fait à développer des téléservices adaptés pour sécuriser l'authenticité des prescriptions. Les médecins, quant à eux, s'engagent à prescrire aux meilleurs standards de pertinence en respectant les référentiels de la HAS.

La dématérialisation quasi-totale à hauteur de 90 % pour chacun des services, notamment des certificats médicaux AT/MP et des AAT, devrait permettre un gain de l'ordre de 100 à 200 ETP pour la CNAM¹⁶.

¹² Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la CNAM et recommandations en vue de son renouvellement – Rapport IGAS n° 2022-027R (janvier 2023), tome 2, annexe n° 7.

¹³ Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la CNAM et recommandations en vue de son renouvellement - Rapport IGAS n° 2022-027R (janvier 2023), tome 2, annexe n° 7. Le délai de transmission moyen d'un AAT transmis par voie postale est de 3 à 5 jours. Le délai moyen de traitement en interne par les caisses primaires des AAT sous format papier (intégration dans le système d'information et traitement par les services de production) est de 7,6 jours.

¹⁴ Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la CNAM et recommandations en vue de son renouvellement - Rapport IGAS n° 2022-027R (janvier 2023), p. 113

¹⁵ Source CNAM - Support Pertinence et qualité des soins, réunion multilatérale du 12 mars 2024, négociations conventionnelles

¹⁶ Estimation établie dans le cadre de l'évaluation de la COG 2018-2022 - Rapport IGAS n° 2022-027R (janvier 2023), tome 2, annexe 4

1.1.2.4. La fonction de télétransmission n'est pas prévue pour les AAT des assurés de tous les régimes, dont les fonctionnaires

La transmission dématérialisée de l'avis d'arrêt de travail et du certificat médical AT/MP n'est possible que pour le régime général, la mutuelle sociale agricole (MSA), la caisse de coordination aux assurances sociales (CCAS) de la RATP et la SNCF¹⁷. **De fait, cette fonction est donc accessible pour les assurés contractuels du secteur public, affiliés au régime général ou à la MSA.**

Quand la télétransmission n'est pas possible car, notamment, le flux de données depuis le téléservice vers l'employeur public n'est pas prévu (cas des fonctionnaires et des militaires, par exemple), le médecin peut néanmoins recourir à l'outil AAT et bénéficier ainsi des contrôles automatiques en ligne. Il doit ensuite imprimer l'avis dans sa totalité (les 3 volets¹⁸ et les 2 notices du Cerfa s3116).

L'impossibilité de télétransmission vers les employeurs publics allonge le délai d'information de ce dernier, l'envoi de l'avis de l'arrêt de travail relevant d'une action de l'agent concerné (voir *infra*).

La télétransmission des avis d'arrêt de travail pourrait être étendue aux fonctionnaires afin d'en faciliter et d'en fluidifier la gestion. Cette évolution a déjà été préconisée par la Cour des comptes en 2021¹⁹. Pourtant trois ans plus tard, aucun élément n'a été transmis à la mission permettant d'apprécier une quelconque avancée sur le sujet. Un tel projet ambitieux comporte de réelles sources de complexité. Plusieurs problématiques doivent être prises en compte, notamment, sans recherche d'exhaustivité : instauration d'un flux de données depuis le praticien de santé vers le SIRH de l'employeur public (pour les volets 2 et 3 de l'avis d'arrêt de travail), conduite d'un projet informatique lourd par la CNAM, possibilité ou non de traiter une partie seulement des employeurs publics.

Il convient donc que la DGAFP, la DSS, la CNAM et le CISIRH, examinent la faisabilité d'une telle évolution et, le cas échéant, prennent les mesures pour développer une solution, y compris en privilégiant des avancées différenciées selon des catégories d'employeurs (ex. : employeurs de l'État recourant à des SIRH identiques).

1.2. Un recours encadré à la télé médecine pour la prescription et le renouvellement des arrêts de travail

Depuis le 1^{er} janvier 2024²⁰, la loi de financement de la sécurité sociale prévoit que **les arrêts de travail prescrits ou renouvelés en téléconsultation ne peuvent excéder une durée de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours.** En conséquence, le patient n'est pas indemnisé pour la durée prescrite sur un arrêt de travail dépassant cette durée. Trois exceptions sont toutefois prévues pour les situations suivantes:

- ◆ l'arrêt est prescrit ou renouvelé par le médecin traitant de l'assuré ;
- ◆ le prescripteur est la sage-femme référente ;

¹⁷ Mode d'emploi 2023 du téléservice « Avis d'arrêt de travail ».

¹⁸ Assuré relevant du régime général : Volet 1 (comprenant le motif médical) et volet 2 transmis au service médical de l'assurance maladie, ce dernier se chargeant de la transmission du volet 2 aux services administratifs de la caisse, volet 3 destiné à l'employeur. Le fonctionnaire doit remettre les volets 2 et 3 à son employeur et conserver le volet 1 pour le présenter en cas de requête du médecin agréé de l'administration.

¹⁹ La rémunération des agents publics en arrêt maladie, Cour des comptes, juin 2021

²⁰ Article 65 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale

Annexe V

- ◆ le patient se trouve dans l'impossibilité, dûment justifiée par ses soins, de consulter un professionnel médical compétent pour obtenir, par une prescription réalisée en sa présence, une prolongation de l'arrêt de travail.

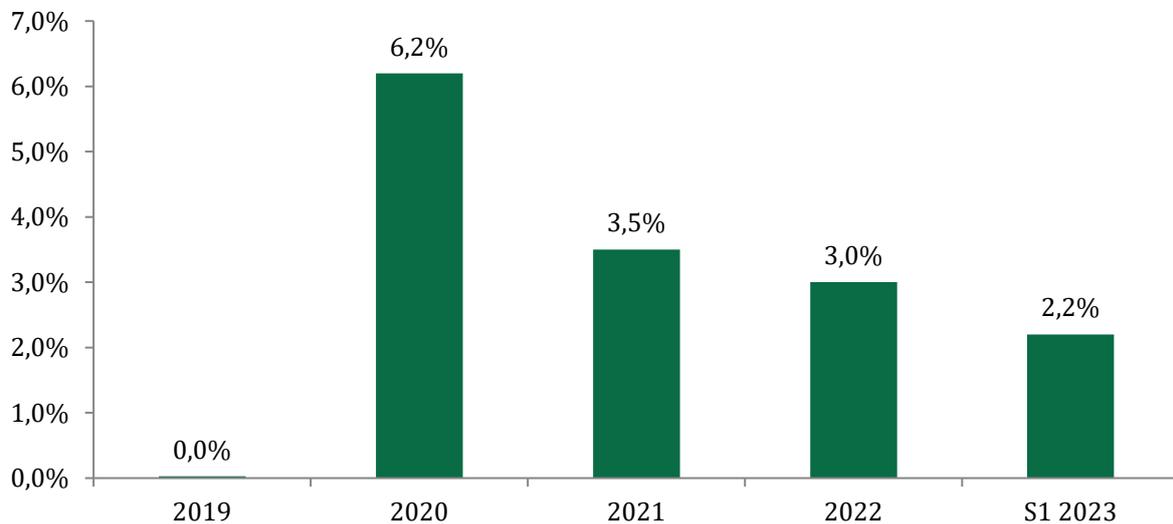
Selon l'exposé des motifs, le développement de la téléconsultation constitue l'une des réponses aux enjeux actuels d'accès aux soins. Toutefois, l'élargissement du cadre de sa prise en charge doit s'accompagner d'une vigilance sur la qualité des pratiques et la bonne prise en compte des besoins des patients.

Le nombre de jours d'indemnités journalières pouvant être prescrits en téléconsultation est ainsi limité à trois, hors exceptions, car il est considéré que si l'état de santé de l'assuré ne s'améliore pas, voire s'aggrave au-delà d'une période de trois jours, un examen physique par un médecin est nécessaire pour permettre la prise en charge d'une éventuelle pathologie plus lourde qu'initialement diagnostiquée en l'absence d'examen physique.

Par ailleurs, la mesure impose une obligation de vidéotransmission pour permettre le remboursement de la prescription. En effet certaines plateformes en ligne permettent de prescrire aux patients des produits, prestations et actes, après des réponses données à un simple questionnaire ou par un outil de conversation en ligne (chat, sms) sans que le patient n'ait été vu par un professionnel de santé par vidéotransmission ni eu un contact téléphonique avec ce dernier garantissant la qualité de la prise en charge.

En 2022, selon la CNAM, 4,7 % des téléconsultations ont donné lieu à un arrêt maladie²¹, ce qui est donc très minoritaire. **La part des journées indemnisées à la suite d'une téléconsultation dans le total des journées indemnisées a connu une évolution exponentielle avec la crise sanitaire (de 0,03 % en 2019 à 6,2 % en 2020), mais elle décroît depuis 2021 et représente 2,2 % des journées indemnisées au 1^{er} semestre 2023** (cf. graphique 1).

Graphique 1 : Part des journées indemnisées suite à une téléconsultation dans le total des journées indemnisées (en %)



Source : SNDS (DCIR) – CNAM.

²¹ Pertinence et qualité des soins, support de réunion du 12 mars 2024 (séances multilatérales des négociations conventionnelles).

1.3. Des modalités restrictives de renouvellement d'un arrêt de travail

La prolongation de l'arrêt doit être établie par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, par le médecin traitant ou par la sage-femme, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré. Trois exceptions sont acceptées quand la prolongation d'arrêt de travail est prescrite²² :

- ◆ par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ;
- ◆ par le médecin remplaçant le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin remplaçant le médecin traitant ;
- ◆ à l'occasion d'une hospitalisation.

En dehors des cas mentionnés ci-dessus, lorsque la prolongation d'un arrêt de travail n'a pas été établie par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, le médecin traitant ou la sage-femme, l'assuré doit justifier de l'impossibilité pour l'un ou l'autre de ces praticiens de prescrire cette prolongation. Il en apporte la preuve par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie. S'il n'est pas en mesure de le faire, l'organisme d'assurance maladie peut refuser d'indemniser le patient.

²² Articles L. 162-4-4 et R. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale.

2. La bonne information de l'employeur public en cas d'absence pour congé de maladie

2.1. L'information de l'employeur est exigée de l'agent dans un délai de 48 heures

2.1.1. Une procédure de transmission de l'avis d'arrêt de travail des fonctionnaires encadrée par voie réglementaire

Les dispositions juridiques applicables dans les trois versants de la fonction publique sont identiques²³. **Elles prévoient la nécessité, pour obtenir un congé de maladie ou un renouvellement du congé initial, d'adresser à son employeur un avis d'interruption de travail dans les 48 heures suivant son établissement.**

Si le délai de 48 heures²⁴ est dépassé, l'agent titulaire doit être informé par courrier de son employeur de l'envoi tardif de son arrêt de travail et de la réduction de rémunération à laquelle il s'expose. En effet, **un tel manquement peut donner lieu à une réduction de la rémunération si un retard est à nouveau constaté pour l'envoi d'un nouvel avis d'arrêt de travail dans les 24 mois suivant le précédent.** Dans ce cas, sauf exceptions²⁵, le montant de la rémunération est réduit de moitié. L'éventualité d'une réduction de la rémunération a été introduite par la loi de finances pour 2014²⁶ afin d'aligner les dispositions applicables aux fonctionnaires sur celles existantes pour les salariés du secteur privé et celles applicables aux agents contractuels du secteur public.

Pour la fonction publique de l'État (FPE), une circulaire du 20 avril 2015²⁷ précise les modalités d'application de cette obligation de transmission dans un délai de 48 heures. Ce délai commence à courir à partir du jour d'établissement de l'arrêt de travail. Il est décompté en jours calendaires. L'agent titulaire doit transmettre l'avis d'arrêt de travail à l'administration dont il relève selon les modalités fixées par celle-ci²⁸. Si un envoi dématérialisé est accepté, l'agent doit transmettre en parallèle l'exemplaire original des volets n° 2 et 3 de l'avis d'arrêt de travail. Le volet n° 1, qui comprend des informations médicales, est conservé par l'agent qui pourra le présenter, le cas échéant, à la demande du médecin agréé mandaté par l'administration.

²³ Article 25 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires (FPE), article 15 du décret n° 88-386 du 19 avril 1988 modifié relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière (FPH), article 15 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux (FPT).

²⁴ Délai d'envoi

²⁵ Cette réduction de la rémunération n'est pas appliquée si le fonctionnaire justifie d'une hospitalisation ou, dans un délai de huit jours suivant l'établissement de l'avis d'interruption de travail, de l'impossibilité d'envoyer cet avis en temps utile.

²⁶ Article 126 de la loi n° 2023-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014

²⁷ Circulaire du 20 avril 2015 relative au délai de transmission des arrêts de maladie des fonctionnaires dans la fonction publique de l'État

²⁸ La circulaire de 2015 précise : Compte tenu des périodes d'ouverture des services postaux, il conviendra de calculer les délais selon les modalités inspirées des dispositions de l'article 642 du code civil, à savoir : « le délai qui expirerait normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant ». Exemple : l'arrêt de travail prescrit le 12 juillet doit, en application du délai de quarante-huit heures, être transmis au plus tard le 14 juillet inclus. Ce jour étant férié, le délai est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant. Il appartient à l'agent de transmettre son avis d'interruption de travail dans le délai de quarante-huit heures. Il pourra, le cas échéant, remettre personnellement ou faire remettre par la personne de son choix l'avis d'arrêt de travail auprès de son administration contre remise d'un récépissé à la demande de l'agent.

L'administration peut, autant que de besoin, fixer les modalités et circuits de transmission des arrêts de travail et établir les circuits d'information de la hiérarchie en cas d'absence. En outre, et dans tous les cas, afin de permettre une bonne organisation du service, il est attendu de l'agent en arrêt de travail qu'il informe le plus rapidement possible son supérieur hiérarchique direct.

2.1.2. Pour les contractuels, un recours possible à la télétransmission de l'avis d'arrêt de travail compte tenu de leur affiliation au régime général ou au régime de sécurité sociale agricole

Les agents contractuels bénéficient de règles de protection sociale semblables à celles des fonctionnaires, sauf en ce qui concerne les régimes d'assurance maladie et d'assurance vieillesse²⁹. En effet, les agents contractuels sont affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie, ou pour certains contractuels relevant de la fonction publique territoriale (FPT) au régime de protection sociale des professions agricoles, pour bénéficier des assurances maladie, maternité, invalidité et décès et de la couverture du congé de paternité.

Par exception, les contractuels relevant de la FPE sont affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie pour les risques accidents du travail et maladies professionnelles s'ils sont recrutés ou employés à temps incomplet ou sur des contrats à durée déterminée d'une durée inférieure à un an ; dans les autres cas, les prestations dues au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles sont servies par l'administration employeur³⁰.

Comme tout assuré du régime général, en cas d'interruption de travail, l'agent contractuel doit envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie, dans les 48 heures suivant la date d'interruption de travail, et sous peine de sanctions, un avis d'interruption de travail indiquant, d'après les prescriptions du médecin, la durée probable de l'incapacité de travail³¹.

En cas d'envoi à la caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà du délai de 48 heures, la caisse informe l'assuré du retard constaté et de la sanction à laquelle il s'expose en cas de nouvel envoi tardif dans les 24 mois suivant la date de prescription de l'arrêt considéré.

En cas de nouvel envoi tardif, sauf si l'assuré est hospitalisé ou s'il établit l'impossibilité d'envoyer son avis d'arrêt de travail en temps utile, le montant des indemnités journalières afférentes à la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt et la date d'envoi est réduit de 50 %³².

La télétransmission des volets n° 1 et 2 des arrêts de travail via AAT s'applique pleinement aux agents contractuels compte tenu de leur rattachement au régime général ou au régime de sécurité sociale agricole. Le développement de cette transmission dématérialisée contribue au respect de ce délai.

Comme pour tous les assurés du régime général, il reste toutefois de la responsabilité de l'agent d'adresser le volet n° 3 de l'avis d'arrêt de travail à l'employeur pour la bonne information du manager et du service RH.

²⁹ Code général de la fonction publique, livre VIII, titre II, chapitre IX, articles L. 829-1 et L. 829-2.

³⁰ Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'État ; décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière ; décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale.

³¹ Article R. 321-2 du code de la sécurité sociale.

³² Article D. 323-2 du code de la sécurité sociale.

2.2. Le contrôle du respect du délai de transmission des arrêts maladie

La circulaire du 20 avril 2015 relative au délai de transmission des arrêts de maladie des fonctionnaires dans la FPE précise les modalités de mise en œuvre des contrôles à déployer pour vérifier le respect du délai de 48 heures.

En cas de non-respect du délai, l'administration doit informer l'agent par courrier de l'envoi tardif et de la réduction de la rémunération à laquelle il s'expose en cas de nouveau retard dans une période de 24 mois. Il appartient à l'administration de mettre en place une veille, pendant 24 mois, pour les agents qui n'ont pas respecté une première fois le délai de 48 heures.

La mission constate que la réalisation de contrôles visant à s'assurer du respect du délai de 48 heures est variable selon les employeurs interrogés³³ et qu'elle est étroitement dépendante des modalités de réception de l'avis d'arrêt de travail mises en place.

Les personnels militaires font l'objet de contrôles déployés de manière systématique compte tenu des impacts opérationnels potentiels associés aux absences. Il s'agit d'ailleurs moins d'un contrôle du seul délai de 48 heures que du suivi de la traçabilité de toute la chaîne. Ainsi, s'agissant de l'armée de terre, un compte-rendu immédiat est établi à l'attention du supérieur direct dès la prescription de l'arrêt, le contrôle de bonne réception de l'arrêt étant assuré par les groupes d'échelon et le commandement de proximité.

A réception d'un arrêt par la poste, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes indique vérifier la date du cachet, qui fait foi. Si l'arrêt est envoyé par mail, la date de l'envoi est vérifiée. L'envoi par courrier interne n'est pas autorisé. Lorsque les 48 heures sont dépassées, le pôle ressources humaines envoie un courrier à l'agent avec une note explicative de rappel de la règle (pour la première transmission tardive). Chaque retard est enregistré dans un fichier Excel. D'après les données chiffrées fournies à la mission par le CHU, la part des avis transmis hors délai et ayant fait l'objet d'un rappel à l'ordre sur le total des congés de maladie ordinaire et des congés maladie (contractuels) est comprise entre 1 % et 3 % (2 % en 2023). S'il y a réitération de la transmission tardive, une retenue sur salaire est pratiquée et une procédure disciplinaire peut être engagée. L'agent est informé de la décision par un courrier avec accusé de réception. Entre 2019 et 2023, le nombre d'agents dont la rémunération a été réduite de moitié va de 130 en 2019 à 68 en 2023 (104 en 2020, 95 en 2021 et 108 en 2022).

La métropole européenne de Lille (MEL) indique vérifier systématiquement le délai de transmission dans le cadre d'une procédure de constat d'absence qui permet d'identifier les agents justifiant leur absence hors délai et d'assurer un suivi renforcé de ceux-ci. En cas de récurrence, elle indique procéder à une retenue sur salaire pour service non fait. La collectivité estime que la majorité des agents respecte les délais de transmission. La Région Pays-de-la-Loire décrit un dispositif assez proche.

³³ Les employeurs suivants ont été interrogés : ministères chargés de l'économie, de l'intérieur (dont spécifiquement la gendarmerie), de l'éducation nationale, des armées, les académies de Nantes et Lille, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le CHU de Nantes et le CHRU de Lille, les Régions Hauts-de-France et des Pays-de-la-Loire, les conseils départementaux de Loire Atlantique et du Nord, les villes de Lille, ainsi que la MEL, la métropole de Nantes et de Paris, France Travail, le CEA, et le CNRS. Sur 21 entités interrogées, 12 ont renseigné totalement ou partiellement le questionnaire. La partie « contrôle » du questionnaire n'a été renseignée en totalité ou partiellement que par 10 entités répondantes.

Annexe V

Le conseil départemental du Nord indique rappeler aux agents l'obligation de transmission dans les 48 heures. Pour assurer un suivi au plus près de la réalité de cette transmission, l'insertion du Cerfa dans l'outil de gestion du temps (Octime) est obligatoire. Les données entre cet outil et l'outil RH (Pléiades) font l'objet d'un croisement pour une prise en compte des absences sur la paie. Pour autant, la procédure actuelle ne permet pas d'identifier un défaut de transmission dans les délais. Afin d'améliorer cela, le conseil départemental examine la possibilité d'ouvrir un e-service à destination des agents leur permettant de signaler et transmettre un arrêt de travail directement à la direction des ressources humaines.

Les avis d'arrêt de travail sont transmis à la Région Hauts-de-France selon plusieurs canaux : voie postale, ce qui implique un enregistrement du courrier avant transmission au service de gestion concerné, courrier électronique (adressé à la boîte générique du service de gestion), courrier interne. Pour autant, certains agents, en particulier les agents techniques dans les lycées, transmettent leur avis à leur encadrant de proximité, ce qui allonge les délais d'envoi au service de gestion. Ces nombreuses modalités de transmission ainsi que le nombre important de structures géographiquement éloignées rendent difficile une gestion efficiente dans le respect des délais.

S'agissant du Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives (CEA), la règle de transmission des arrêts de travail dans un délai de 48 heures est régulièrement rappelée aux salariés par les directions de centre. La convention de travail en vigueur au CEA dispose que le défaut de production des certificats médicaux dans les délais entraîne pour le salarié la perte des dispositions conventionnelles relatives à la maladie et accident. Le CEA est subrogé dans les droits du salarié en ce qui concerne le paiement des indemnités journalières de la sécurité sociale (IJSS). Concrètement, dans la mesure où le volet 2 de l'arrêt de travail est envoyé directement à la CPAM, le CEA n'a pas de moyen de contrôler cette bonne transmission. Si le délai n'est pas respecté par le salarié, la CPAM ne verse pas les IJSS, par voie de conséquence le CEA ne les récupère pas via le mécanisme de subrogation. Dès que le CEA est informé du non-versement des IJSS, il est demandé au salarié de régulariser sa situation auprès de la CPAM. Si la situation perdure, le CEA place le salarié en situation sans solde sur la période d'arrêt de travail non indemnisée.

Dans les autres cas, les employeurs interrogés et ayant effectivement répondu indiquent soit ne pas mettre en œuvre de contrôle (personnels civils du ministère des armées alors même que ce même ministère est en mesure de fournir le nombre d'avis d'arrêts de travail transmis hors délai, en augmentation régulière depuis 2020³⁴), soit ne pas être en mesure d'en avoir une vision précise, des contrôles pouvant être réalisés ponctuellement par l'autorité hiérarchique ou les RH de proximité sans que cela ne s'intègre dans une politique définie.

Le raccourcissement du délai de transmission (ou le respect du délai fixé) vise à renforcer la possibilité de contrôler le bien-fondé des arrêts.

Au regard des constats établis par la mission, il semble impératif de rappeler aux employeurs les dispositions réglementaires applicables en matière de suivi du respect du délai de transmission de l'AAT ainsi que les sanctions applicables en cas de non-respect de ce délai. Ce rappel du règlement devrait s'accompagner d'un partage des bonnes pratiques existantes au sein de chaque versant de la fonction publique en matière de vérification du respect du délai de transmission. En effet certains employeurs peuvent s'estimer démunis ou peu outillés alors que d'autres ont mis en place des solutions très pragmatiques. Enfin, il conviendrait de veiller à ce que chaque employeur mette effectivement en place les procédures nécessaires pour assurer ce suivi et déclencher les sanctions prévues chaque fois que nécessaire.

³⁴ Le nombre d'avis d'arrêt de travail transmis hors du délai de 48 heures est de 535 en 2020, de 571 en 2021, de 865 en 2022 et de 1 051 en 2023. Source : ministère des Armées, DRH – MD/SRHC

A noter que seul le ministère des Armées, sur les quatre ministères interrogés, a été en mesure de fournir des données chiffrées sur ce point. Le ministère de l'Intérieur indique ne pas suivre les données demandées par la mission. Les ministères chargés de l'Éducation nationale et des Finances n'ont transmis aucun élément qualitatif ou quantitatif sur les contrôles.

3. Le contrôle administratif et médical des arrêts de travail dans la fonction publique

3.1. La vérification administrative du respect des obligations associées à un arrêt de travail pour raison de santé

3.1.1. Le contrôle administratif de la présence à domicile pour les congés de maladie est inopérant pour les fonctionnaires

3.1.1.1. Situation des fonctionnaires : une absence d'impact financier confirmée par la jurisprudence

Le médecin prescripteur de l'arrêt de travail peut autoriser ou non les sorties pendant des plages horaires définies³⁵. Le contrôle administratif vise la vérification par l'employeur de la présence des fonctionnaires³⁶ en congé de maladie à leur domicile. Ce contrôle, et de surcroît les éventuelles sanctions qui en découleraient, ne sont prévus par aucune disposition législative ou réglementaire spécifique.

Toutefois, les chefs de service administratif sont habilités à prendre toutes les mesures nécessaires au bon fonctionnement du service placé sous leur autorité (Conseil d'État, 7 février 1936, Jamart). Ainsi, dans le contexte spécifique du suivi des congés de maladie des agents, un contrôle administratif peut être mis en place par le chef de service, même en l'absence de texte législatif ou réglementaire spécifique à ce sujet.

En effet, le Conseil d'État a précisé que « *les mesures de contrôle administratif à leur domicile des personnels en congé de maladie ne revêtent pas un caractère statutaire et entrent dans le champ des mesures d'organisation* » que le chef de service « *a qualité pour prendre* » et que celles-ci ne doivent pas excéder « *les limites des mesures nécessaires au bon fonctionnement des services* » (Conseil d'État, 19 janvier 2000, fédération justice CFDT n° 175161).

Pour autant, l'effet de ces contrôles de présence au domicile a un impact limité. En effet, « *le seul fait qu'[un agent] ait été absent de son domicile, en dehors des heures de sortie autorisées, lors d'une contre-visite inopinée à son domicile ne peut justifier une suspension de sa rémunération en l'absence de toute disposition législative ou réglementaire l'autorisant pour un tel motif* » (Conseil d'État, 28 septembre 2011, centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger).

Il en découle que les fonctionnaires en congé maladie, qui ne sont pas sanctionnables en cas d'absence lors d'une visite à leur domicile, ne sont pas assujettis aux horaires de sorties.

L'absence de sanction n'empêche pas l'organisation de contrôles à domicile, mais elle en réduit l'intérêt. Il peut y être fait recours pour donner un signal de vigilance aux agents, mais il convient d'apprécier le rapport coût (temps agent ou coût du recours à un organisme tiers de contrôle³⁷) - avantage (force du signal adressé).

³⁵ Article R. 323-11-1 du code de la sécurité sociale. Quand les sorties sont autorisées, des heures de présence obligatoire au domicile sont imposées (de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h), sauf dérogation accordée et justifiée par le médecin.

³⁶ Pour mémoire, les agents contractuels sont affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie, ou pour certains contractuels relevant de la fonction publique territoriale au régime de protection sociale des professions agricoles, pour bénéficier des assurances maladie, maternité, invalidité et décès. Les contrôles peuvent donc être menés par les caisses de sécurité sociale.

³⁷ Sur ce point particulier, voir infra

Afin de rendre opérant le contrôle administratif de la présence au domicile pendant les heures obligatoires du fonctionnaire en arrêt de travail, il convient de lui donner une assise juridique en modifiant les décrets en Conseil d'État qui prévoient les dispositions applicables en matière de congés pour raisons de santé³⁸. Il s'agit également de fixer les sanctions applicables, à savoir l'interruption du versement de la rémunération en cas de non-respect de l'obligation de présence. Une telle mesure permettrait en outre d'instaurer un traitement similaire entre les fonctionnaires et les assurés du régime général.

3.1.1.2. Situation des contractuels : un impact financier prévu par la loi

Les agents contractuels placés en congé maladie sont soumis aux mêmes obligations que les assurés du régime général dès lors qu'ils sont affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie ou celles des assurés du régime agricole s'ils sont affiliés à la MSA. **Dans ce cadre, ils ont pour obligation de respecter les heures de sorties autorisées par le praticien. Le non-respect de cette obligation entraîne la suspension des indemnités journalières et le reversement des indemnités indues³⁹.**

3.1.2. Les obligations associées à un congé de longue maladie ou de longue durée pouvant donner lieu à sanction financière

Le fonctionnaire bénéficiaire d'un congé de longue maladie ou de longue durée doit cesser tout travail rémunéré, à l'exception des activités ordonnées et contrôlées médicalement. En cas de manquement, le versement de la rémunération est interrompu et les sommes indûment perçues sont reversées par l'intéressé. L'agent titulaire doit informer l'administration de tout changement de domicile et, sauf en cas d'hospitalisation, de toute absence du domicile supérieure à deux semaines. Il informe l'administration de ses dates et lieux de séjour. À défaut, le versement de sa rémunération peut être interrompu⁴⁰.

Les agents contractuels placés en congé de grave maladie sont soumis aux mêmes obligations que pour un congé maladie. Dans ce cadre, ils ont pour obligation⁴¹ :

- ◆ d'observer les prescriptions du praticien ;
- ◆ de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical de la caisse ;
- ◆ de respecter les heures de sorties autorisées par le praticien ;
- ◆ de s'abstenir de toute activité non autorisée ;
- ◆ d'informer sans délai la caisse de toute reprise d'activité intervenant avant l'écoulement du délai de l'arrêt de travail.

Le non-respect de ces obligations entraîne la suspension des indemnités journalières et le reversement des indemnités indues.

³⁸ Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires (FPE), décret n° 88-386 du 19 avril 1988 modifié relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière (FPH), décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux (FPT).

³⁹ Article L. 323-6 du code de la sécurité sociale et article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime.

⁴⁰ Articles 38 et 29 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié (FPE), articles 27 et 28 du décret n° 88-386 du 19 avril 1988 modifié (FPH), articles 28 et 29 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié (FPT).

⁴¹ Article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

3.1.3. Les acteurs du contrôle administratif

Le contrôle de la présence au domicile du fonctionnaire relève de la responsabilité de l'employeur. L'impact financier de ces contrôles pour le fonctionnaire est inexistant ce qui en limite l'intérêt. Pour autant, plusieurs employeurs, notamment en collectivité territoriale ou dans la fonction publique hospitalière, estiment intéressant d'y recourir dans certaines situations afin de donner un signal clair en matière de lutte contre les abus. Le rappel des règles du jeu est perçu comme participant à l'esprit de cohésion et de solidarité au sein d'un collectif de travail : laisser sans conséquence une situation sur laquelle remontent des signaux d'alerte est souvent considéré comme délétère. Pour autant, les employeurs ont conscience des difficultés susceptibles d'être rencontrées pour prouver l'abus.

La vérification que le fonctionnaire respecte les obligations liées au congé de longue maladie ou au congé de longue durée relève également de la responsabilité de l'employeur.

Pour mener à bien les contrôles administratifs associés au congé de maladie ordinaire et aux congés de longue durée et de longue maladie, l'employeur peut s'organiser pour conduire lui-même ces vérifications. Il peut également faire appel à des sociétés privées auxquelles il délègue cette activité. Toutefois, outre des services de conseil à l'attention de l'employeur, celles-ci assurent essentiellement des contre-visites médicales et ne se limitent en général pas au contrôle du respect des obligations « administratives » (présence au domicile sur les plages horaires obligatoires, absence d'activité non autorisée, notamment) – voir *infra*.

La vérification que l'agent contractuel respecte les heures de sortie, si celles-ci ont été autorisées, est effectuée au domicile par le service du contrôle médical de l'assurance maladie (ou de la MSA), étant entendu que l'activité de ce service comprend les contrôles administratifs et médicaux (cf. encadré 1). Il est rappelé que tout employeur peut émettre une demande de contrôle administratif ou médical auprès de la caisse dont dépend son salarié via la plateforme Ameli. En conséquence un employeur public peut solliciter un contrôle pour un contractuel en arrêt de travail.

Encadré 1 : Organisation du service du contrôle médical de l'assurance maladie pour le contrôle des arrêts de travail

Le service du contrôle médical de l'assurance maladie « *constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations* ».

Au sein du service du contrôle médical, les avis sur les arrêts de travail sont rendus au niveau local essentiellement par les unités territoriales d'avis et d'accompagnement (UTAA), les unités de traitement des flux pouvant orienter des arrêts de travail vers les UTAA. Celles-ci comprennent majoritairement des personnels administratifs (entre les 3/4 et les 4/5 des personnels) ainsi que des médecins conseil. Le personnel administratif est placé sous l'autorité du médecin conseil. Dans le cadre de leurs fonctions, ces personnels administratifs ont accès aux données médicales dès lors qu'elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical.

Les personnels administratifs préparent les dossiers soumis aux médecins conseil (vérifications administratives concernant les dates des précédents arrêts, contact avec l'assuré et/ou le prescripteur en vue d'identifier la nature du poste occupé, des éléments de diagnostic, détection des bénéficiaires susceptibles de reprendre leur activité professionnelle). Le médecin conseil peut se prononcer sur la base du seul dossier préparé en amont ou bien convoquer l'assuré pour un examen clinique.

Les contrôles administratifs (ex : vérification que l'assuré se limite aux activités autorisées pendant son arrêt de travail) se déroulent au domicile de l'assuré. Le contrôle médical se déroule en principe dans les locaux de la caisse d'affiliation.

L'activité de contrôle des arrêts de travail représente près du quart de l'activité du service de contrôle médical, ce qui en fait le premier poste d'activité.

Le service du contrôle médical rend chaque année plusieurs centaines de milliers d'avis sur les arrêts de travail (898 107 en 2022 sur un nombre d'avis total de près de 4,8 millions). En 2022, sur un total de 22,9 millions d'arrêts de travail, 334 000 assurés ont fait l'objet d'un contrôle qui a donné lieu dans 82 000 cas à un avis médical défavorable, soit 24 % des cas. Cela a engendré une économie de 132,4 M€ sur les indemnités journalières (soit l'économie résultant du non-paiement des indemnités journalières entre la date de fin prévue de l'arrêt de travail et la date de cessation de paiement à la suite de la décision du service du contrôle médical). En moyenne, l'économie réalisée représente 1 600 € par assuré.

Source : Mission, d'après les travaux de la mission IGAS relative à l'organisation du service du contrôle médical, rapport n° 2023-023.

3.2. Le contrôle médical : les dispositions juridiques applicables selon les types de congés

Le décret relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires du 14 mars 1986 modifié définit les dispositions applicables pour les fonctionnaires de l'État. Ces dispositions sont pour l'essentiel les dispositions de référence pour la fonction publique hospitalière et la fonction publique territoriale quand bien même les décrets applicables sur ces deux versants de la fonction publique peuvent comprendre des spécificités⁴².

En outre, deux circulaires du 30 janvier 1989 et du 13 mars 2006 complètent ces dispositions réglementaires respectivement pour la fonction publique de l'État et la FPT⁴³. Pour ce qui concerne la FPE, outre la circulaire de 2015 citée plus haut⁴⁴, une circulaire du 31 mars 2017 relative au renforcement de la politique de prévention et de contrôle des absences pour raison de santé dans la fonction publique reprend en partie certaines des dispositions de la circulaire de 1989. Elle rappelle également quelques-unes des règles ou bonnes pratiques applicables. La mise en œuvre de cette circulaire de 2017 n'a pas fait l'objet de bilan ou d'évaluation. S'agissant de la FPH, un guide de 2015 relatif à la protection sociale est également disponible⁴⁵.

La lecture de ces circulaires et guide doit être assurée avec circonspection dans la mesure où ces documents n'ont pas été actualisés à la suite de l'intervention des décrets du 11 mars 2022 qui ont réformé les instances médicales⁴⁶.

⁴² Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires ; 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 ; décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux.

⁴³ Circulaire n° FP 4 n° 1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'État contre les risques maladie et accidents de service ; circulaire MCT/B/06/00027/C du 13 mars 2006 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps complet ou à temps non complet contre les risques maladie et accidents de service.

⁴⁴ Circulaire du 20 avril 2015 relative au délai de transmission des arrêts de maladie des fonctionnaires dans la fonction publique de l'État.

⁴⁵ Guide relatif à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers, émis par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, version actualisée au 10 juin 2015.

⁴⁶ Décret n° 2022-353 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la FPE, décret n° 2022-350 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la FPT, décret n° 2022-351 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la FPH.

Annexe V

Il apparaît nécessaire d'actualiser le corpus juridique précisant le régime applicable aux agents publics (circulaires et guide) afin de tenir compte de la réforme des instances médicales intervenues en 2022 et d'améliorer la lisibilité des modalités de gestion des congés pour raison de santé. En effet la complexité actuelle est de nature à accroître les incompréhensions et les allers-retours entre service des ressources humaines et conseils médicaux (cf. *infra*).

S'agissant des contractuels, des dispositions particulières concernant le congé de grave maladie sont prévues par décret pour chacun des versants de la fonction publique⁴⁷.

Les dispositions applicables au contrôle médical des congés de maladie, des congés longue maladie (CLM), des congés longue durée (CLD) et des congés de grave maladie sont présentées dans le tableau ci-après (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Synthèse des dispositions relatives aux modalités de contrôle médical des congés de maladie, des CLM, des CLD et des congés de grave maladie

Type de congé	Modalités de mise en œuvre du contrôle médical	FPE	FPT	FPH
Congé de maladie (ordinaire)	Origine de la demande de contrôle	Administration	Autorité territoriale	Autorité investie du pouvoir de nomination
	Période d'intervention	À tout moment		
	Congés > 6 mois consécutifs	Contrôle obligatoire après un congé de 6 mois consécutif		
	Modalités de prévenance	Convocation (en cas de contrôle au cabinet d'un médecin agréé) Information préalable non obligatoire en cas de visite à domicile	Agent prévenu de façon certaine par courrier avec AR	Convocation (en cas de contrôle au cabinet d'un médecin agréé) Visite inopinée à domicile ⁴⁸
	Lieu du contrôle	Cabinet du médecin agréé Domicile	N.D.	Cabinet du médecin agréé Domicile
	Nature du contrôle	Vérification de la justification médicale de la poursuite de l'arrêt		
	Suites du contrôle	Transmission des conclusions du médecin au service médical de l'administration / autorité territoriale / autorité investie du pouvoir de nomination Reprise du travail si l'intéressé est jugé apte Possibilité donnée à l'agent ou à l'administration / autorité territoriale / autorité investie du pouvoir de nomination de saisir le conseil médical pour contester les conclusions du médecin Après mise en demeure, en cas de refus de reprise du travail sans motif valable, engagement éventuel d'une procédure d'abandon de poste en vue d'une radiation des cadres		

⁴⁷ Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat - Décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière - Décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale

⁴⁸ Visite inopinée au domicile de l'agent non recommandée dans la mesure où l'agent n'est pas soumis aux heures de sortie autorisées (cf. supra)

Annexe V

Type de congé	Modalités de mise en œuvre du contrôle médical	FPE	FPT	FPH
	Conséquences en cas de refus du contrôle par le fonctionnaire	Interruption du versement de la rémunération		
Congé longue maladie et congé longue durée⁴⁹	Contrôle lors de l'octroi du CLM ou du CLD	Contre-visite par un médecin agréé Émission d'un avis favorable ou défavorable par le conseil médical Avis du conseil médical rendu à l'administration / autorité territoriale / autorité investie du pouvoir de nomination qui le communique à l'agent Recours éventuel devant le conseil médical supérieur à l'initiative du conseil médical ou de l'agent Décision de l'administration / autorité territoriale / autorité investie du pouvoir de nomination		
	Contrôle lors du renouvellement du CLM ou du CLD	Pas de nouvelle saisine du conseil médical ⁵⁰		
	Intervention du contrôle pendant le CLM ou le CLD	Au moins une fois par an		
	Nature du contrôle	Respect par l'agent des prescriptions médicales		
	Conséquences en cas de refus du contrôle par le fonctionnaire	Interruption du versement de la rémunération En cas de refus répété et sans motif valable, perte du bénéfice du CLM ou du CLD, après mise en demeure		
	Modalités de prévention	N.D.	Agent prévenu de façon certaine par courrier avec AR	N.D.
Congé de grave maladie (contractuel)	Période d'intervention du contrôle	À tout moment		
	Suites en cas de contestation	Saisine du conseil médical ⁵¹		

Source : Mission d'après les dispositions réglementaires en vigueur et autres dispositions explicatives (circulaires et guide).

⁴⁹ Pour obtenir un congé de longue maladie ou de longue durée, le fonctionnaire adresse sa demande à son chef de service accompagné d'un certificat médical. Le médecin fait parvenir un résumé de ses observations et toute pièce justifiant de la situation d'un fonctionnaire au président du conseil médical – Article 35 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (FPE), article 24 du décret n° 88-386 du 19 avril 1988 (FPH), article 26 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 (FPT).

⁵⁰ En dehors des cas où le renouvellement des congés de longue maladie et de longue durée intervient après épuisement de la période rémunérée à plein traitement (dans ce cas le conseil médical en formation restreinte est consulté pour avis).

⁵¹ Le conseil médical peut être saisi dans les conditions prévues par la réglementation pour les fonctionnaires titulaires.

3.3. L'organisation des acteurs du contrôle médical et éléments d'appréciation des effets de la réforme des instances médicales intervenue en 2022

3.3.1. Les médecins agréés

Une liste de médecins agréés, généralistes ou 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, du médecin président du conseil médical départemental et du ou des syndicats départementaux des médecins. L'agrément est de 3 ans et il est renouvelable.⁵² Les praticiens doivent avoir fait connaître leur volonté d'être inscrit sur cette liste qui ne peut comporter aucune inscription automatique.

Cette liste est mobilisable pour les agents de l'État, des fonctions publiques hospitalière et territoriale.

Ces médecins ont vocation à siéger aux conseils médicaux. Ils sont chargés par l'administration ou par les conseils médicaux d'effectuer les contre-visites et les expertises.

Le praticien agréé doit être âgé de moins de 65 ans, sauf s'il atteint cet âge au cours de son mandat auquel cas il conserve son agrément jusqu'à son terme. Il doit compter 3 ans d'exercice professionnel.

3.3.2. Les conseils médicaux

3.3.2.1. Les objectifs de la réforme

En réponse à de nombreuses critiques sur le fonctionnement des instances médicales de la fonction publique⁵³, l'ordonnance n°2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique institue une instance médicale unique, le conseil médical, se substituant au comité médical et à la commission de réforme. L'étude d'impact précise que cette mesure de simplification a pour objet d'accélérer les traitements des dossiers médicaux des agents.

La réforme a été déployée avec la publication le 13 mars 2022 des trois décrets⁵⁴ modifiant les dispositions antérieurement applicables aux trois versants de la fonction publique. Elle a conduit à modifier l'organisation et le fonctionnement des instances médicales ainsi que les procédures associées.

En particulier, l'obligation de saisir le conseil médical pour toute prolongation du congé de maladie ordinaire de 6 mois consécutifs a été supprimée. En outre le renouvellement des CLM et des CLD n'est plus examiné par le conseil médical dès lors que l'agent n'a pas épuisé ses droits à rémunération à plein traitement.

Une évaluation de la réforme est prévue en 2025 par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP).

⁵² Article 1^{er} du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié (FPE), article 1^{er} du décret n° 88-386 du 19 avril 1988 modifié (FPH), article 1^{er} du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié (FPT).

⁵³ Évaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique – Rapport de diagnostic, IGA – IGAS – IGF – IGAENR, mars 2017.

⁵⁴ Décret n° 2022-353 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la FPE, décret n° 2022-350 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la FPT, décret n° 2022-351 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la FPH.

3.3.2.2. Conseil médical ministériel

Dans la FPE, un conseil médical ministériel est institué auprès de l'administration centrale de chaque département ministériel. Il est compétent à l'égard des fonctionnaires en service à l'administration centrale et dans les services centraux des établissements publics de l'État relevant du ministère intéressé ainsi que des chefs des services déconcentrés de cette administration centrale. Une extension de périmètre est possible à tout ou partie des fonctionnaires du département ministériel.

Il se réunit en **deux formations** :

- ◆ **formation restreinte** : 3 médecins titulaires, désignés par le ministre pour 3 ans renouvelables sur les listes de médecins agréés (ainsi qu'un ou plusieurs médecins suppléants pour chaque titulaire) ;
- ◆ **formation plénière** : des médecins désignés pour la formation restreinte, 2 représentants de l'administration désignés par le chef de service dont dépend le fonctionnaire concerné, 2 représentants du personnel inscrits sur une liste établie par les représentants du personnel élus au comité social dont relève le fonctionnaire concerné.

Le conseil médical dispose d'un secrétariat placé sous l'autorité de son président qui est désigné parmi les médecins titulaires.

3.3.2.3. Conseil médical départemental

Un conseil médical départemental est institué auprès du préfet de département. Pour la FPH, le conseil départemental placé auprès du préfet de département est compétent⁵⁵. Pour la FPT, un conseil médical est également institué auprès du préfet⁵⁶. Les dispositions applicables à ces instances sont similaires pour les trois versants de la fonction publique.

Le conseil médical départemental compétent pour la FPE et la FPH, d'une part, et pour la FPT, d'autre part, est compétent à l'égard des fonctionnaires qui exercent leurs fonctions dans le département. Il est possible d'instituer un conseil médical interdépartemental⁵⁷ compétent à l'égard des fonctionnaires du ressort territorial de plusieurs départements et qui ne relèvent pas d'autres conseils médicaux.

La composition et la formation du conseil médical départemental correspond à celle retenue pour les comités médicaux ministériels :

- ◆ **formation restreinte** : 3 médecins titulaires, désignés par le préfet pour 3 ans renouvelables sur les listes de médecins agréés (ainsi qu'un ou plusieurs médecins suppléants pour chaque titulaire) ;
- ◆ **formation plénière** : des médecins désignés pour la formation restreinte, 2 représentants de l'administration, 2 représentants du personnel.

Comme pour le conseil médical ministériel, le conseil médical dispose d'un secrétariat placé sous l'autorité de son président qui est désigné parmi les médecins titulaires. Le secrétariat est assuré par les directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) pour les fonctions publiques de l'État et hospitalière. Pour la FPT, il est assuré par le centre de gestion ou par la collectivité elle-même.

⁵⁵ Article 4 du décret n° 2022-351 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la FPH.

⁵⁶ Article 5 du décret n° 2022-350 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la FPT.

⁵⁷ Exemple : comité médical interdépartemental de la petite couronne (départements 93, 93 et 94) compétent pour les collectivités territoriales et les établissements publics de son ressort

3.3.2.4. *Leurs compétences*

En formation restreinte le conseil médical donne un avis sur⁵⁸ :

- ◆ l'octroi d'un premier CLM ou CLD ;
- ◆ le renouvellement d'un CLM ou CLD après épuisement de la période rémunérée à plein traitement ;
- ◆ la réintégration à expiration des droits à congés pour raison de santé ;
- ◆ la réintégration après CLM ou CLD si l'agent exerce des fonctions exigeant des conditions de santé particulières ;
- ◆ la mise en disponibilité d'office pour raison de santé, le renouvellement de cette mise en disponibilité ou la réintégration après une mise en disponibilité d'office ;
- ◆ le reclassement dans un emploi d'un autre corps ou cadre d'emploi ;
- ◆ l'octroi du congé susceptible d'être attribué aux fonctionnaires réformés de guerre.

Il donne également un avis en cas de contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé pour, notamment :

- ◆ une procédure d'admission dans un emploi public comprenant des exigences de santé particulières ;
- ◆ l'octroi et le renouvellement d'un congé, la réintégration à l'issue de ce congé et le bénéfice d'un temps partiel thérapeutique ;
- ◆ un examen médical.

En formation plénière il peut être saisi dans différents cas de figure dont :

- ◆ en cas d'accident de service, pour la détermination du taux d'incapacité ;
- ◆ pour des sujets en lien avec l'allocation temporaire d'invalidité.

La réforme a eu notamment pour effet de supprimer la saisine obligatoire du conseil médical pour :

- ◆ la prolongation d'un congé de maladie ordinaire au-delà de six mois consécutifs ;
- ◆ le renouvellement d'un CLM ou d'un CLD quand les droits à une rémunération à plein traitement ne sont pas épuisés ;
- ◆ la reprise du service après 12 mois consécutifs de congés de maladie ou à l'issue d'un CLM ou d'un CLD dès lors que les droits à congés ne sont pas épuisés ;
- ◆ le renouvellement d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service.

3.3.2.5. *Le conseil médical supérieur*

Un conseil médical supérieur⁵⁹ est institué auprès du ministre chargé de la santé. Il comprend deux sections composées chacune d'au moins 5 médecins : une section compétente pour les maladies mentales, une section compétente pour les autres maladies.

Les médecins sont nommés pour 3 ans et pour chacun d'eux un ou plusieurs suppléants peuvent être désignés.

⁵⁸ Titre 1^{er} du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié (FPE), titre 1^{er} du décret n° 88-386 du 19 avril 1988 modifié (FPH), titre 1^{er} du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié (FPT).

⁵⁹ Décret n° 2022-353 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la FPE, chapitre III.

L'avis rendu par un conseil médical en formation restreinte peut être contesté devant le conseil médical supérieur par l'administration ou le fonctionnaire intéressé. Le conseil médical supérieur peut faire procéder à une expertise médicale complémentaire. L'administration rend une décision au vu de l'avis rendu par le conseil médical supérieur.

Le conseil médical supérieur assure l'animation du réseau des conseils médicaux et veille à la coordination de leurs avis.

Il est compétent pour examiner les recours formulés pour des agents relevant des trois versants de la fonction publique⁶⁰.

3.3.2.6. État des lieux partiel du recours aux conseils médicaux à la suite de la réforme de 2022

S'agissant de l'appréciation portée sur la réforme par les ministères, les retours faits à la mission sont parcellaires et parfois contrastés.

Le ministère de l'Intérieur (direction des ressources humaines ministérielle) a indiqué constater, depuis le début de 2024, une réelle diminution des dossiers examinés par le conseil médical. Cette baisse de charge est due, notamment, à la suppression du passage devant un conseil médical pour une prolongation d'un congé de maladie ordinaire au-delà de 6 mois ou pour le renouvellement des CLM et des CLD dès lors que l'agent n'a pas épuisé ses droits à rémunération à plein traitement. Cette diminution de la charge permet de centrer les travaux sur les dossiers sensibles. Une complexité nouvelle est identifiée dans la convocation des représentants des personnels, ceux-ci devant relever du comité social d'administration de proximité. Cela induit un risque de méconnaissance des contraintes liées au métier, les représentants du personnel n'appartenant pas nécessairement au corps de l'agent dont le dossier est examiné. Des difficultés sont relevées dans la mobilisation des ressources médicales, les délais pour obtenir une expertise prenant plusieurs semaines, voire plusieurs mois pour certaines spécialités. La rémunération des médecins est jugée peu attractive (voir *infra*).

Le ministère des Armées estime que la mise en place des conseils médicaux s'est accompagnée d'une complexification du processus (délais fluctuants et parfois très longs, traitement dégradé des situations administratives des agents pouvant avoir des répercussions pécuniaires).

Les ministères financiers indiquent que la réforme des instances médicales a permis d'améliorer le retour à l'emploi après une longue absence, les fins de CLM ou de CLD ne faisant plus systématiquement l'objet d'une saisine du conseil médical. Ils soulignent l'importance de la professionnalisation des services des ressources humaines, pouvant donner lieu à l'établissement d'un plan de formation spécifique. Comme pour les précédents ministères, les délais sont jugés variables et le manque de médecins agréés conduit à ralentir les procédures.

Les données chiffrées relatives au recours aux conseils médicaux départementaux et disponibles au niveau national sont incomplètes pour deux raisons principales :

- ♦ en l'absence d'obligation légale ou réglementaire s'imposant aux collectivités, la direction générale des collectivités locales (DGCL) ne dispose pas d'un bilan du recours aux instances médicales lequel induirait, selon la DGCL, un questionnement direct des collectivités territoriales par les préfetures ;

⁶⁰Article 14 du décret n° 2022-350 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la fonction publique territoriale
- Article 10 du décret n° 2022-351 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la fonction publique hospitalière

Annexe V

- ◆ s'agissant de la FPE et de la FPH, les données relatives au recours aux conseils médicaux départementaux sont disponibles auprès du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (direction des ressources humaines), qui anime le réseau des secrétariats des conseils médicaux des DDETS ainsi qu'auprès de la direction générale de la santé qui assure le secrétariat du conseil médical supérieur. Ces données sont transmises via l'outil de gestion VADIM (Vision Automatisée des Instances Médicales). Elles sont partielles dans la mesure où le recours à l'outil Vadim monte en puissance au fil des années et où, à date, seulement 75 % des secrétariats saisissent toutes leurs données dans VADIM, les autres assurant une remontée incomplète.

Tableau 3 : Données disponibles relatives à l'activité des conseils médicaux pour la FPE et la FPH

Indicateurs	2021	2022	2023	2024 (au 20 avril)
Nombre de séances	2 088	2 596	2 577	1 566
Nombre de demandes	63 010	70 468	67 737	23 892
Nombre de demandes avec avis	39 210	52 427	59 654	23 288
Nombre de demandes avec recours	821	1 522	1 913	441
Délai moyen entre la date de saisine et la date de séance (en jours)	52,7	55,1	58,1	Formation restreinte : 60* Formation plénière : 57,7*

*Source : DGAFP d'après les données transmises par le SG des ministères des affaires sociales - Direction générale de la santé (données recueillies via Vadim) - * : données relatives au délai à fin mai 2024*

Avant la réforme intervenue en 2022, le délai moyen entre la date de saisine du conseil médical et la date de tenue de la séance⁶¹ était de 52,7 jours. Ce délai a augmenté en 2022 et 2023 (+2,4 à 3 jours en moyenne chaque année) alors même que le nombre de demandes a diminué entre 2022 et 2023 (-4%). Les données disponibles à fin mai 2024 montrent un maintien à un niveau élevé avec 58,9 jours en moyenne sur les formations restreintes et plénières) (cf. tableau 3). **Si ces chiffres sont confirmés pour 2024, après trois années de fonctionnement dans un cadre rénové, ce délai moyen ne répond pas à un des objectifs affichés par la réforme, à savoir l'accélération du traitement des demandes des agents.** Il convient de préciser que ce délai calculé n'intègre pas les délais complémentaires éventuels liés à la conduite d'expertises médicales (cf. *infra*).

Parallèlement le nombre de demandes passées en séances, plénière et restreinte, pour lesquelles un avis a été émis augmente depuis 2022. Les données pour 2024 sont naturellement partielles mais ne montrent pas de tendance à la baisse. Ces chiffres doivent être appréciés avec prudence car cette augmentation est peut-être en partie liée à une meilleure remontée des informations via Vadim. En effet, la suppression de certains cas de saisine obligatoire du conseil médical devrait conduire à diminuer le nombre de dossiers (cf. *supra*).

⁶¹ Ce délai est calculé une fois le dossier complet et susceptible d'être présenté en séance. Les délais nécessaires aux expertises médicales éventuelles ne sont pas comptabilisés dans cet indicateur.

Annexe V

Tableau 4 : Nombre de demandes passées en séance plénière et restreinte pour lesquelles un avis a été émis

Formation	Versant	2022	2023	2024 -au 20 avril	Évolution 2023-2022
Formation restreinte	FPE	22 315	24 032	10 258	+8 %
	FPH	18 279	20 598	7 619	+13 %
Formation plénière	FPE	3 487	4 475	1 556	+28 %
	FPH	7 375	9 147	3 368	+24 %
Total		51 456	58 252	22 801	+13 %

Source : DGAFP d'après les données transmises par le SG des ministères des affaires sociales (données recueillies via Vadim).

En 2022, on relève un écart de 971 entre le nombre de demandes avec avis déposées auprès des conseils médicaux et le nombre d'avis émis pour la même année par ces instances (52 427 vs. un total de 51 456) et de 1 402 pour l'année 2023 (59 654 vs. un total de 58 252). Cela représente une portion stable de 2% de dossiers en attente d'avis sur chacune des années (cf. tableau 4).

La mission a interrogé les secrétariats des conseils médicaux des deux régions des Pays de la Loire et des Hauts-de-France, soit 20 entités⁶². 15 secrétariats, soit 75 % des entités interrogées, ont répondu. Bien que l'échantillon interrogé soit modeste, les retours sont illustratifs des difficultés rencontrées et, pour certaines, identifiées au niveau national par la DGAFP.

Un peu moins de la moitié des répondants (7 sur 15) estiment que la réforme a permis de diminuer le nombre de dossiers examinés par les conseils médicaux en formation restreinte du fait, notamment, de la suppression du passage devant un conseil médical pour une prolongation d'un congé de maladie ordinaire au-delà de 6 mois ou pour le renouvellement des CLM et des CLD dès lors que l'agent n'a pas épuisé ses droits à rémunération à plein traitement. Pour autant, 2 répondants confirment une réduction des délais de présentation devant le conseil médical sur la base d'un dossier complet. **Pour 11 répondants sur 15, cette baisse de charge ne se traduit pas automatiquement par une réduction des délais de traitement des dossiers** : ils identifient en effet des difficultés importantes dans la mobilisation des médecins, notamment pour la réalisation d'expertise, ce qui allonge assez fortement le délai de traitement du dossier en vue de sa complétude le cas échéant (cf. *infra*). En outre, les expertises nécessaires pour un CLM ou un CLD nécessitent souvent une investigation approfondie ce qui pèsent négativement sur les délais.

Près de 40 % des répondants (6 sur 15) estiment que la réforme se traduit moins par une simplification que par un transfert de charges vers l'employeur dont certains effets ont des répercussions sur l'activité des conseils médicaux. En effet, s'agissant des congés de maladie ordinaire de plus de 6 mois, depuis la mise en place de la réforme, la charge de l'organisation du contrôle médical par un médecin agréé relève dorénavant de l'employeur (elle relevait antérieurement du conseil médical). Les médecins agréés sollicités par l'employeur pouvant être les mêmes que ceux sollicités par le conseil médical, la charge porte sur la même ressource médicale, ce qui conduit à allonger leurs délais de réponse (prise de rendez-vous, visites, expertises, etc.). En outre, il est signalé à plusieurs reprises que le service RH de l'employeur peut rencontrer des difficultés dans la bonne appropriation des nouvelles dispositions issues de la réforme ce qui implique une demande d'appui auprès des conseils médicaux.

⁶² 5 conseils médicaux compétents pour la FPE et la FPH et 5 conseils médicaux compétents pour la FPT dans chacune des régions Hauts-de-France et Pays-de-la-Loire. Répondants : 6 conseils médicaux FPEFPH ont répondu pour la région Pays-de-la-Loire (5) et Hauts-de-France (1) et 9 conseils médicaux FPT ont répondu pour les régions Hauts-de-France (4) et Pays de la Loire (5).

3.3.2.7. Les principales causes des difficultés identifiées

3.3.2.7.1. Des difficultés de recrutement des médecins agréés

Les principales difficultés dans le recours aux conseils médicaux identifiées au niveau national par la DGAFP, la DGCL et le secrétariat général des ministères sociaux sont liées au recrutement des médecins agréés dans un contexte de forte concurrence attachée à la ressource médicale. Certains départements ne trouvent pas suffisamment de médecins agréés exerçant au sein de leur département afin de pouvoir prendre un arrêté préfectoral de désignation des médecins membres du conseil médical départemental ou habilités à effectuer des expertises. D'autres départements ont fait remonter des difficultés liées à la démission d'une partie ou de la totalité des médecins membres. Enfin certains territoires, où la couverture médicale est déficitaire, sont plus particulièrement concernés par ces difficultés.

Les secrétariats de conseils médicaux interrogés par la mission apportent les éléments complémentaires suivants :

- ◆ **la cause principale d'absence de réduction des délais est le nombre insuffisant de médecins agréés sur le territoire et le désengagement de plus en plus fréquent de médecins agréés** qui, soit refusent de répondre aux demandes d'expertise, soit refusent le renouvellement de leur agrément. On relève dans un cas l'absence d'actualisation de la liste des médecins agréés au niveau départemental, dans un autre, une moyenne d'âge élevée des médecins⁶³, annonciatrice de difficultés structurelles de renouvellement, dans un autre encore l'identification de 38 médecins agréés, dont seulement 7 sont mobilisables dans les faits. Par ailleurs, deux répondants relèvent que peu de médecins agréés se portent candidats pour être membres du conseil, ce qui induit des difficultés de fonctionnement des instances ;
- ◆ en corollaire, **les délais de rendez-vous auprès de médecins experts agréés sont logiquement allongés**. À titre d'exemple, dans le département de la Vendée, il faut compter deux mois pour une expertise en cancérologie, entre deux et six mois pour les autres pathologies. Aucun neurologue ou rhumatologue n'est agréé dans le département de Loire Atlantique. Il convient d'ajouter à ce délai d'obtention d'un rendez-vous un délai de réception du compte-rendu d'expertise qui peut aller d'un à trois mois selon les médecins et les périodes ;
- ◆ **selon les territoires, certaines spécialités sont plus particulièrement concernées par cette pénurie de la ressource médicale** (ex : psychiatrie dans la Somme et l'Aisne).

Les secrétariats de conseils médicaux interrogés et ayant répondu signalent un certain nombre d'irritants relevés par les médecins agréés, que ceux-ci siègent au sein du conseil médical ou qu'ils soient sollicités pour des expertises : le paiement des notes d'honoraires est perçu comme complexe, la relation avec le patient peut être compliquée, notamment si le conseil médical ou le médecin ne va pas dans le sens souhaité par l'agent, l'afflux des sollicitations émises directement par l'employeur suite à la réforme a été mal compris (cf. *infra*). L'ensemble de ces irritants participe à une désaffection des médecins qui peuvent refuser des expertises ou ne plus vouloir être agréés.

⁶³ Nota : les agents de la Ville de Paris relèvent d'un conseil médical spécifique. Les médecins auxquels il est fait appel sont en cumul emploi-retraite et donc assez âgés.

Annexe V

3.3.2.7.2. Une rémunération des médecins agréés perçue comme insuffisante dans un contexte de difficulté de mobilisation de la ressource médicale

La DGAFP signale les résultats d'une enquête conduite en 2021 auprès de 73 directions départementales : 88 % d'entre elles prévoient des difficultés pour renouveler les médecins membres des conseils médicaux, difficultés imputées à 90 % à la faible attractivité financière de ces fonctions. Ces mêmes difficultés liées aux faibles rémunérations perçues par les médecins agréés conduisent également certains d'entre eux, inscrits sur les listes départementales, à refuser de diligenter des expertises à la demande des secrétariats des conseils médicaux départementaux et ministériels. Pour certaines spécialités (psychiatrie ou rhumatologie notamment), certains secrétariats doivent faire appel à des médecins agréés exerçant dans d'autres départements.

La rémunération des médecins et de leurs suppléants membres des comités médicaux compétents pour la FPE et la FPH⁶⁴ est fixé par arrêté⁶⁵ et n'a fait l'objet d'aucune revalorisation depuis 2007 (cf. tableau 5).

Tableau 5 : Rémunération des membres des conseils médicaux

Conseil médical départemental			Conseil médical supérieur
Rémunération pour une séance de 2 heures (en €)	Rémunération si le nombre de dossiers examinés est inférieur à 5 (en €)	Rémunération si le nombre de dossiers examinés est compris entre 5 et 10 (en €)	Rémunération pour une séance de 2 heures (en €)
43,60	21,13	31,87	67,08

Source : mission d'après l'arrêté du 3 juillet 2007

Cette rémunération ne couvre que le temps de présence en séance, le temps d'instruction préalable des dossiers n'étant pas pris en compte.

Un projet d'arrêté de revalorisation est actuellement en cours d'élaboration. Contrairement au texte actuel, le futur arrêté devrait être applicable aux trois versants de la fonction publique. Selon la DGAFP, en l'absence d'arrêté spécifique, les centres de gestion de la fonction publique territoriale appliquent leurs propres tarifications et se réfèrent, ou non, à l'arrêté de 2007. **La rémunération perçue par les médecins pour les dossiers relevant de la FPE et de la FPH est donc en deçà de la rémunération versée pour les dossiers relevant de la FPT (cf. exemples ci-dessous).**

De son côté, la DGCL signale l'existence de tarifs différents entre les employeurs territoriaux. Cette concurrence dans un contexte global de tension sur la ressource médicale peut contribuer à une augmentation des tarifs pratiqués au sein de la FPT. Naturellement cela ne peut qu'accroître les difficultés rencontrées au sein de la FPE et de la FPH, les tarifs y étant fixes.

De fait, les secrétariats de conseils médicaux relevant de la fonction publique territoriale ayant répondu à la mission signalent des tarifs variables selon les départements, soit à titre d'exemples :

- ◆ 75 € par heure⁶⁶ (calculé d'après une estimation fixant à trois le nombre des consultations « perdues » par le médecin qui accepte de siéger en instance), ce qui revient à 150 € pour une séance de deux heures ;
- ◆ 87,2 € bruts par séance ;

⁶⁴ Le 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 renvoie explicitement aux comités médicaux institués auprès du préfet en application du décret du 14 mars 1986 portant sur la FPE.

⁶⁵ Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des membres des comités médicaux prévus par le décret n°86-442 du 14 mars 1986

⁶⁶ Brut ou net, non précisé par le répondant

Annexe V

- ◆ 43,6 € x 3, soit 130,8 € bruts par séance ;
- ◆ 173,87 € bruts par heure pour le temps passé à l’instruction préalable des dossiers et la participation aux instances.

Un second arrêté⁶⁷ fixe la rémunération des médecins qui procèdent à des examens médicaux pour le compte de l’administration. Cet arrêté est applicable pour la FPE et la FPH (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes

Contre-visite d’un agent en congé de maladie		Expertise ou contre-expertise d’un agent ayant demandé l’attribution ou la prolongation d’un congé de longue maladie, de longue durée, de grave maladie	Examen à la demande du conseil médical supérieur à la suite d’une contestation d’un avis donné en première instance
Examen ayant donné lieu à la transmission à l’administration de conclusions	Examen ayant donné lieu à la rédaction d’un rapport médical adressé au médecin chargé de la prévention ou au médecin du travail de l’administration		
Tarifs conventionnels d’honoraires	Tarifs conventionnels de la consultation ou de la visite affectés de leurs majorations et d’un coefficient de 1,5	Tarifs conventionnels affectés de leurs majorations et du coefficient 2	Tarifs de la consultation ou de la visite affectés de leurs majorations et du coefficient 3
26,50 € (France métropolitaine, généraliste conventionné de secteur 1, cabinet) +10 € pour une visite à domicile justifiée Tarif pouvant aller jusqu’à 52,50 € s’il est fait appel à un spécialiste	De 30,75 € à 78,75 € ⁶⁸	De 46 € à 105 € ⁶⁴	De 69 € à 157,5 € ⁶⁴

Source : Mission d’après l’arrêté du 3 juillet 2007 et les tarifs conventionnels des consultations et actes médicaux des généralistes et des spécialistes applicables en métropole au 1^{er} janvier 2024.

Ces tarifs ne sont pas systématiquement appliqués dans la FPT.

Certains employeurs ou certains secrétariats de conseils médicaux de la fonction publique territoriale interrogés par la mission indiquent que le coût d’une contre-visite va bien au-delà du tarif défini sur la base conventionnelle. Les montants indiqués peuvent s’élever de 100 à 500 €⁶⁹, soit très nettement supérieurs.

⁶⁷ Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n° 86-442 du 14^{er} mars 1986.

⁶⁸ Les tarifs sont ceux applicables en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2024. Le tarif est variable selon qu’il est fait appel à un généraliste conventionné de secteur 1, à un spécialiste, à un cardiologue ou un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue et que la visite s’effectue en cabinet ou à domicile.

⁶⁹ Dans le cas où le tarif indiqué est de 500 €, il s’agit d’un plafond opposé aux médecins réalisant des expertises. Ceux-ci peuvent facturer leurs honoraires de manière libre dans cette limite.

3.3.2.7.3. Une relation directe entre les médecins agréés et les employeurs qui n'est pas toujours comprise et optimale

Le changement d'interlocuteur des médecins agréés dans le cas, notamment d'un contrôle pour un congé de maladie ordinaire de plus de 6 mois dont la responsabilité incombe dorénavant à l'employeur et non plus au conseil médical, n'a pas été très bien perçu par les médecins. Avant la réforme, les médecins agréés n'étaient sollicités que par l'instance médicale. Depuis 2022, ils peuvent être sollicités par cette même instance mais aussi par de nombreux employeurs différents. Certains d'entre eux refusent de conduire des expertises ou expriment des réticences à transmettre le résultat de celles-ci aux employeurs compte tenu de leur vigilance quant au respect du secret médical.

Du côté de l'employeur, ce transfert de responsabilité n'est pas neutre non plus. En effet, les employeurs doivent dorénavant gérer et stocker les expertises médicales transmises par les médecins, ce qui peut poser difficulté au regard de la confidentialité attachée aux données médicales, notamment dans les petites collectivités. Un tiers des conseils médicaux ayant répondu (soit 5 sur 15) signalent ce problème, faute de formation adaptée des services RH.

Le dossier médical de l'agent peut être, dans certains cas, morcelé entre le conseil médical et le service RH de l'employeur. Le médecin peut être amené à faire des contre-visites sans disposer de la totalité du dossier ce qui n'est pas sans effet sur la rédaction de son expertise.

3.3.2.7.4. Un accompagnement de la réforme et une coordination qui restent nécessaires

Aux dires des acteurs d'administration centrale, les nouvelles modalités de fonctionnement des instances médicales semblent désormais acquises par une majorité des secrétariats médicaux. Toutefois le besoin de documentation et d'information sur le fonctionnement des instances perdure, du fait notamment de la forte rotation des membres des conseils. Une demande de guide sur le fonctionnement des instances ou sur des dispositifs particuliers comme le congé pour invalidité temporaire imputable au service est d'ores et déjà identifiée. Certaines demandes d'explicitation remontent au conseil médical supérieur.

La foire aux questions (FAQ) rédigée par la DGAFP à l'attention des conseils médicaux départementaux est signalée comme étant en cours d'actualisation.

La coordination des avis rendus par les conseils médicaux, assuré par le conseil médical supérieur, doit contribuer à l'harmonisation de la manière dont ces avis sont rendus. Elle consiste aussi en la diffusion de recommandations de bonne pratique aux conseils médicaux territoriaux, avec diffusion secondaire aux médecins experts agréés dans les départements (ex. : diffusion en 2024 de recommandations de bonnes pratiques d'expertise en santé mentale). Pour autant un besoin de meilleure coordination et d'harmonisation des pratiques est exprimé par les conseils médicaux interrogés par la mission.

La quasi-totalité des secrétariats des conseils médicaux interrogés par la mission (13 sur 15) insistent sur le besoin de formation des médecins, mais aussi des services RH des employeurs et des membres des conseils médicaux, notamment les représentants des personnels. Les conseils médicaux indiquent accompagner les médecins ainsi que les employeurs au travers de guides, de communication régulière, mais ils estiment qu'une formation est indispensable. La mission a d'ailleurs identifié sur internet plusieurs fiches techniques établies par des secrétariats de conseil médical, quel que soit le versant de la fonction publique concerné, ce qui confirme le besoin d'explicitation à l'attention des différents acteurs. La FAQ mise à disposition par la DGAFP ne semble pas répondre à certains questionnements opérationnels, notamment venant des conseils médicaux relevant de la fonction publique territoriale. Il s'agit d'assurer une bonne information des acteurs sur la réforme et le rôle de chacun dans ce nouveau cadre que certains acteurs, notamment les médecins, peinent à assimiler.

Enfin l'outil Vadim est jugé perfectible en ce qu'il ne permet pas de simplifier suffisamment la gestion administrative, les courriers type étant jugés peu adaptés aux besoins opérationnels.

Les difficultés rencontrées dans le fonctionnement des instances médicales sont de nature à limiter la fluidité du traitement des dossiers des agents et peuvent dans certains cas être un obstacle à une réinsertion professionnelle rapide, la situation d'un agent pouvant mettre plusieurs mois avant de faire l'objet d'une décision. En premier lieu, afin de faciliter le recrutement de médecins dans un contexte de ressources médicales insuffisantes sur certains territoires et de mettre fin à un effet de concurrence entre les employeurs, il conviendrait d'appliquer des montants de rémunération des médecins agréés suffisamment attractifs et identiques sur les trois versants de la fonction publique. En second lieu, devant le besoin de formation des différents acteurs, il conviendrait de fournir aux conseils médicaux, mais aussi aux employeurs publics, les éléments nécessaires à l'explicitation de la réforme et de ses conséquences opérationnelles, adaptés aux spécificités de chacun des versants de la fonction publique.

3.4. La mise en œuvre des contrôles médicaux est modeste avec des effets limités

3.4.1. Des critères pragmatiques de déclenchement des contrôles reposant rarement sur une politique de contrôle définie en amont

La plupart des employeurs ayant répondu à la mission indique ne pas avoir fixé de critères spécifiques pour diligenter un contrôle. De manière générale, ils déclenchent des contrôles quand des signaux (alertes, faits connus et relatifs à des situations individuelles comme des publications sur les réseaux sociaux) peuvent laisser penser que l'arrêt est de complaisance ou que l'avis d'arrêt de travail n'est pas authentique (fraude).

Ces contrôles peuvent être diligentés lorsque l'agent est en arrêt depuis de nombreux mois ou lorsqu'il produit un certain nombre d'arrêts perlés, désorganisant le service.

Certains employeurs, en revanche, ont établi une politique de contrôle dont les critères sont assez précis : une collectivité territoriale indique déclencher un contrôle soit lors de la 4^{ème}, 8^{ème} et 12^{ème} absence sur 12 mois glissants, soit à la demande du manager, soit à l'initiative du prestataire prévoyance. Une autre précise conduire un contrôle pour tous les agents en arrêt de travail depuis plus de 90 jours.

Ces contrôles permettent aussi d'évaluer l'état de santé de l'agent (contrôle de la véracité des maux allégués) et de l'orienter dans ses démarches afin de solliciter, le cas échéant, un placement en congé long pour raison de santé.

Dans les grosses entreprises, un dispositif de contrôle systématique peut être mis en œuvre. Ainsi chez EDF, la quasi-totalité des arrêts de travail compris de 1 à 30 jours font l'objet de contrôles médico-administratifs sur pièces (objectif de 100 %), notamment en lien avec les durées préconisées par la HAS. En cas d'atypie, un contrôle de deuxième niveau est mis en place avec le médecin conseil et peut donner lieu à une convocation.

Dans l'administration, le service chargé de la gestion médicale, indépendant, et n'étant pas sous l'autorité des services dans lesquels sont affectés les agents en arrêt maladie, s'assure du respect des conditions réglementaires dans l'exécution du contrôle médical. Le contrôle médical peut être assuré par le recours à un médecin agréé directement par l'employeur mais aussi par le biais de prestataires privés (cf. encadré 2).

À noter que le centre de gestion du Rhône propose depuis 2017 un service facultatif aux collectivités : le service de médecine statutaire et de contrôle⁷⁰ peut contrôler la justification médicale des arrêts de travail. Ce contrôle est assuré par un médecin agréé intégré au centre de gestion. Ce service est accessible aux collectivités par voie de convention.

Encadré 2 : Recours à un organisme privé pour procéder à une contre-visite médicale

Dans le cas d'un appel à une société privée, le médecin est mandaté par l'employeur et il rend une prestation médicale. Il consulte le dossier médical, il vérifie l'achat et le suivi du traitement, il peut procéder à un examen clinique. Le médecin communique le résultat de la contre-visite au patient ainsi qu'à l'employeur. Afin de respecter le secret médical, les informations communiquées à l'employeur sont de nature administrative :

- ◆ jour et heure de passage du médecin ;
- ◆ arrêt de travail médicalement justifié ou non au jour de la contre-visite (l'arrêt n'est pas considéré « injustifié » car cela reviendrait à se prononcer sur le bien-fondé de l'arrêt de travail prescrit par le médecin traitant. Il s'agit de constater un état de santé au moment de la contre-visite et d'apprécier si l'arrêt doit être poursuivi) ;
- ◆ absence de réponse aux sollicitations du médecin ou absence ;
- ◆ refus de contre-visite ;
- ◆ adresse erronée ou incomplète ou problème de code d'accès.

Le choix peut être fait, en accord avec l'employeur, de privilégier les arrêts de courte durée mais un délai d'intervention de 24 à 72 heures peut être nécessaire.

La contre-visite peut être effectuée au domicile ou au cabinet du médecin sur convocation.

Au-delà d'un recours très ponctuel sur un arrêt de travail pour lequel un doute existe sur sa justification, une politique de contre-visite médicale peut être définie afin d'en faire un outil RH de prévention et de dissuasion. La mise en place d'une telle politique suppose au préalable une analyse de la fréquence et de la durée des arrêts de travail et/ou l'identification de métiers, de services, de périodes particulièrement concernés. Le recours à cette solution peut comporter des risques (incompréhension, tensions sociales, par exemple) selon la qualité de la communication assurée en interne auprès des agents (rappels des règles, objectifs poursuivis, etc.) et selon l'usage fait des résultats. Des critères peuvent être définis (contrôles aléatoires, ciblés, etc.). Un process de recours et de gestion de ces contre-visites doit être défini (identification des personnes pouvant initier une demande, exploitation des avis rendus par le médecin, communication interne, notamment).

Les médecins mandatés pour assurer une contre-visite pour un arrêt de travail au bénéfice d'un fonctionnaire doivent être agréés et figurer sur les listes départementales établies par le préfet.

Sources : Sites internet des entreprises Securex (guide de la contre-visite médicale), Médiverif et Relyens.

3.4.2. Une proportion de contrôles médicaux des congés pour raison de santé relativement faible mais pour lesquels une comparaison avec les données du régime général permet une mise en perspective

La possibilité de diligenter des contrôles et les conséquences, notamment en matière de sanctions financières, voire disciplinaires, sont bien prévues par voie réglementaire (voir *supra*). Toutefois en pratique, il apparaît que ces contrôles sont peu nombreux en proportion. Il convient de souligner que la mission a une vision parcellaire du volume de contrôles déployés. En effet, la majorité des employeurs auxquels la mission a demandé des éléments chiffrés sur la mise en œuvre des contrôles⁷¹ n'ont pas été en mesure de les fournir.

⁷⁰ Article L. 452-47 du code général de la fonction publique.

⁷¹ Les employeurs suivants ont été interrogés en vue d'obtenir des données chiffrées : ministères chargés de l'économie, de l'intérieur (dont spécifiquement la gendarmerie), de l'éducation nationale, des armées, l'APHP, France Travail, le CEA, et le CNRS.

Annexe V

Comme précisé plus haut, le ministère des Armées déploie des contrôles stricts pour les personnels militaires. S'agissant des personnels civils⁷², des contrôles sont également mis en œuvre. Pour autant, le nombre de congés de maladie (hors CLM, CLD et congé de grave maladie) ayant fait l'objet d'un contrôle représente une faible, voire très faible, proportion du nombre total de congés de maladie :

- ◆ inférieur à 0,1 % pour les congés de maladie inférieurs à 6 mois tant en 2022 qu'en 2023 ;
- ◆ de 3 % en 2022 et de moins de 2 % en 2023 pour les congés de maladie supérieurs à 6 mois.

Les chiffres transmis par le CHU de Nantes sont de même niveau et les congés de maladie de moins de 6 mois ayant fait l'objet d'un contrôle médical représentent 0,4 % du total de ces mêmes congés en 2023.

Les données transmises par l'AP-HP⁷³ montrent qu'entre 2019 et 2023 :

- ◆ le nombre de contrôles exercés par un médecin agréé chute de 80 % ;
- ◆ la part de jours d'arrêt de travail ayant donné lieu à un contrôle sur le total des jours de congé de maladie ordinaire passe de 4,7 % en 2019 à 1,2 % en 2023 (cf. tableau 7).

Tableau 7 : Part des jours d'arrêt de travail contrôlés sur le total des jours de congé de maladie ordinaire à l'AP-HP

Indicateur	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de jours de CMO (titulaires)	663 946	760 511	751 267	815 306	754 459
Nombre de jours de congés de CMO (contractuels)	64 258	84 209	96 745	114 378	102 601
Total	730 233	846 740	850 033	931 706	859 083
Total de nombre de jours d'arrêt contrôlés	34 140	16 559	8 382	6 833	10 578
% de nombre de jours d'arrêt contrôlés	4,7 %	2,0 %	1,0 %	0,7 %	1,2 %

Source : Mission d'après les données transmises par l'APHP.

Toutefois, une comparaison avec le régime général permet d'affiner l'analyse. En effet, en 2022, le service du contrôle médical de l'assurance maladie (cf. encadré 3) a donné 898 107 avis relatifs aux arrêts de travail, sur un total de 22,9 millions d'arrêts de travail, soit près de 4% du total. 334 000 assurés ont fait l'objet d'un contrôle (convocation, visite), soit pour au moins 1,5 % du total des arrêts⁷⁴.

Encadré 3 : Le ciblage des contrôles des arrêts de travail par le service du contrôle médical de la CNAM

Les contrôles du service du contrôle médical sont effectués à partir d'une requête hebdomadaire du logiciel MATIS qui permet un ciblage donnant lieu notamment à :

- ◆ des signalements sur des arrêts jugés atypiques du fait de leur longueur (plus de 120 jours) ou des arrêts courts successifs de 180 jours ou plus sur les trois dernières années, lorsqu'un temps partiel thérapeutique est prescrit ou une affection de longue durée est demandée ;

⁷² Les données fournies relèvent du périmètre du conseil médical ministériel concernant les agents civils gérés par le CMG d'Arcueil et le CMG de Saint-Germain-en-Laye, les services à compétences nationales, des EPA et EPSCP, la DGSE et tous les agents en fonction en Ile de France, soit 50 % de la population civile ministérielle.

⁷³ Les éléments chiffrés transmis sont parcellaires dès lors qu'ils ne concernent que les contrôles sollicités par les DRH locales

⁷⁴ Ce calcul établi par la mission part du présupposé que chaque assuré n'était concerné que par un seul arrêt maladie en 2022. Il peut donc être sous-évalué.

Annexe V

- ◆ des signalements dits précoces sur les arrêts de moins de 45 jours itératifs (4^{ème} période d'arrêt de l'année), arrêt de travail de plus de 15 jours d'un assuré de plus de 62 ans ou d'un assuré invalide, poursuite d'un congé maternité par un arrêt de travail ;
- ◆ des signalements spécifiques relevant spécifiquement du risque AT/MP ;
- ◆ des signalements d'arrêts nécessitant un avis du service du contrôle médical ;
- ◆ des signalements pour des arrêts très longs (à partir du 15^{ème} mois d'arrêt).

Si un signalement n'est pas traité dans la semaine, il est reversé dans le système et pourra réapparaître ultérieurement.

L'assurance maladie indique identifier les médecins fortement prescripteurs (appelés « mégaprescripteurs »), en particulier s'agissant de la prescription d'arrêts de travail. Deux types de mesures de maîtrise de la dépense peuvent être prononcés à leur encontre : la mise sous observation et la mise sous accord préalable. Ces deux mesures sont généralement précédées d'un entretien préalable. Ces entretiens concernent les généralistes les plus atypiques quant à leurs prescriptions d'indemnités journalières (moins de 1 % des médecins généralistes ciblés).

La mise sous observation consiste dans un engagement à atteindre un objectif de réduction des prescriptions en cause dans un délai compris entre 4 et 6 mois.

Le nombre de mises sous observation (MSO) décidées lors de la campagne 2021-2022 est de 59, il était de 37 lors de la campagne 2018-2019. Les sanctions financières restent faibles en nombre (3 pour la campagne 2018-2019, moyenne de 3 200 €, soit 25 % des médecins n'ayant pas réalisé leur objectif, données non disponibles pour la campagne 2021-2022).

La mise sous accord préalable (MSAP) porte sur une durée maximale de 6 mois et prévoit que la couverture d'une prescription par l'assurance maladie est subordonnée à l'accord préalable du service du contrôle médical.

Les MSAP étaient au nombre de 9 lors de la campagne 2022-2023 (on relève une très forte décroissance à compter de 2017). Après deux périodes de MSAP, le praticien est passible de sanctions financières. Cette mesure est très peu mise en œuvre : seulement 5 pénalités financières ont été décidées depuis 2013 pour des montants moyens assez faibles (entre 2 200 € et 3 200 €) et aucune lors des campagnes récentes.

Lors de la campagne MSO/MSAP indemnités journalières pour 2023, la CNAM a identifié 902 médecins considérés comme les plus atypiques sur une population de 99 500 médecins généralistes. Ils effectuent un volume de prescriptions d'IJ de 2,2 à 3,5 fois supérieure à la moyenne des prescriptions des médecins généralistes (4,5 jours par patient). Les comparaisons des prescriptions pour identifier les écarts majeurs sont assurées sur la base de données standardisées permettant de neutraliser les particularités socio-économiques ou les particularités de structure d'une patientèle.

Sources : mission d'après le rapport IGAS « L'organisation du service du contrôle médical de l'Assurance maladie », IGAS 2023-023R, octobre 2023 et d'après le support de la réunion thématique sur la qualité et la pertinence des soins (focus sur les indemnités journalières) du 14 décembre 2023

Les données de l'assurance maladie portent sur tous les arrêts de travail quelle que soit leur durée et leur nature (accident du travail et maladie professionnelle compris). Le champ est donc plus large que celui examiné par la mission qui, s'agissant des contrôles, a ciblé ses travaux sur les congés de maladie ordinaire, les CLM, les CLD et les congés de grave maladie⁷⁵. En outre, le seul employeur pour lequel la mission dispose de données élargies aux contrôles sur les CLM, les CLD et les congés de grave maladie est le ministère des Armées.

Tableau 8 : Part des congés pour raison de santé ayant fait l'objet d'un contrôle au ministère des Armées

Indicateur	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre total de congés de maladie, CLM, CLD et congé de grave maladie	34 926	28 919	28 884	43 163	29 702

⁷⁵ Ceci n'inclut pas les congés temporaires imputables au service en cas d'accident du travail, d'accident de trajet ou de maladie professionnelle.

Annexe V

Indicateur	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre total de contrôles tous congés pour raison de santé confondus	288	283	253	191	292
Part des arrêts contrôlés	0,8 %	1,0 %	0,9 %	0,4 %	1,0 %

Source : mission d'après les données transmises par le ministère des Armées⁶⁷

Si on excepte l'année 2022, en retrait, la part des congés pour raison de santé contrôlés est d'environ 1 % (cf. tableau 8). Avec toutes les précautions de méthode rappelées ci-dessus, ce chiffre est certes plus faible, mais comparable à la proportion des arrêts de travail contrôlés par l'assurance maladie en 2022, soit au moins 1,5 %.

Pour autant, ces données ne sont pas représentatives et il n'est pas possible d'extrapoler sur les autres employeurs publics pour lesquelles les données sont indisponibles.

3.4.3. Des suites modestes en volume mais dont l'impact n'est pas négligeable

Compte tenu de la faible minorité d'employeurs ayant été en mesure de fournir des données chiffrées sur les contrôles et leur impact, les données ci-dessous ne peuvent être considérées comme représentatives des pratiques des employeurs publics dans leur ensemble. Elles n'ont qu'une valeur illustrative ciblée.

S'agissant de l'AP-HP (cf. tableau 9), les éléments chiffrés transmis sont parcellaires dès lors qu'ils ne concernent que les contrôles sollicités par les DRH locales et ne portent que sur les congés de maladie ordinaire. Sur cette base, le nombre de jours d'arrêts jugés injustifiés rapportés au nombre total de jours d'arrêt est de 0,1 % depuis 2021. Toutefois rapporté au nombre de jours d'arrêt contrôlés, le nombre de jours jugés injustifiés représente 10,2 % du total en 2023, soit un niveau un peu inférieur à celui de 2021 (11,8 %) après une augmentation sensible en 2022 (16,9 %).

Tableau 9 : Contrôles effectués à l'AP-HP

Indicateur	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de jours de CMO (titulaires)	663 946	760 511	751 267	815 306	754 459
Nombre de jours de CMO (contractuels)	64 268	84 209	96 745	114 378	102 601
Total	730 233	846 740	850 033	931 706	859 083
Nombre de jours d'arrêts donnant lieu à confirmation	32 407	16 201	7 395	5 678	9 504
Nombre de jours jugés injustifiés	1 733	358	987	1 155	1 074
Total du nombre de jours d'arrêt contrôlés	34 140	16 559	8 382	6 833	10 578
% du nombre de jours contrôlés / total de jours d'arrêt	4,7 %	2,0 %	1,0 %	0,7 %	1,2 %
% du nombre de jours d'arrêt jugés injustifiés / total de jours d'arrêt	0,2 %	0,04 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
% du nombre de jours d'arrêt jugés injustifiés / total de jours d'arrêt contrôlés	5,1 %	2,2 %	11,8 %	16,9 %	10,2 %

Source : Mission d'après les données transmises par l'APHP.

Les données transmises par le CHU de Nantes, également parcellaires, permettent toutefois de calculer la part des arrêts jugés injustifiés sur le total des contrôles effectués sur les congés maladie de moins de 6 mois uniquement (cf. tableau 10).

Tableau 10 : Part des congés de maladie de moins de 6 mois jugés injustifiés au CHU de Nantes

Indicateur	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de contrôles exercés par un médecin agréé à la demande de l'administration sur des agents en CMO ou congé de maladie hors CGM de moins de 6 mois	24	16	11	14	38
Nombre d'arrêts donnant lieu à confirmation de l'arrêt	21	13	11	14	33
Nombre d'arrêts jugés injustifiés	3	3	0	0	5
% du nombre d'arrêts jugés injustifiés / total d'arrêts contrôlés	13 %	19 %	0 %	0 %	13 %

Source : Mission d'après les données transmises par le CHU de Nantes.

Les données disponibles ne permettent pas une extrapolation sur l'ensemble des employeurs publics ni de tirer de vraies conclusions même si on retrouve un ordre de grandeur comparable avec les constats faits pour l'AP-HP. Par comparaison, les données disponibles pour la CNAM indiquent que sur 334 000 assurés contrôlés en 2022, un avis négatif a été rendu dans 82 000 cas, soit 24 % des cas⁷⁶.

Les ministères des Armées (pour les personnels civils uniquement) et de l'Intérieur (pour les gendarmes) donnent quelques indications s'agissant du nombre de décisions d'interruption de la rémunération ou de retenue sur rémunération. Dans les deux cas, ces décisions sont de l'ordre de quelques unités chaque année (de 1 à 5 au maximum sur 200 à 300 contrôles). Le CHU de Nantes indique qu'en 2023 les contrôles menés ont conduit à une fin de contrat et à une fin de période de préparation au reclassement.

Pour autant, malgré la faiblesse relative des contrôles en volume et les suites données très peu significatives, les contrôles ne sont pas perçus comme inutiles dès lors qu'ils contribuent à envoyer un signal de vigilance sur le caractère justifié des arrêts. En outre, ils peuvent réduire les reconductions ou réduire la durée de l'arrêt de travail initial si au moment de la contre-visite l'agent est jugé apte à reprendre le travail.

3.4.4. Les principales causes de la faiblesse des contrôles

Les mêmes difficultés que celles citées plus haut concernant le recours aux médecins agréés sont identifiées :

- ◆ difficultés à recourir à un médecin agréé pour une contre-visite ou une expertise du fait la pénurie de médecins dans certains territoires ou pour certaines spécialités, de leur faible disponibilité et de leur réticence à travailler avec l'administration, de l'absence d'actualisation de la liste des médecins agréés ;
- ◆ allongement en conséquence des délais de rendez-vous, dans un délai qui reste contraint du fait de la durée du congé de maladie ;
- ◆ Ces deux causes cumulées limitent d'autant la possibilité de conduire des contrôles sur des arrêts courts.

D'autres causes sont également mises en avant :

- ◆ tensions autour du contrôle du fait de réactions hostiles de certains agents qui estiment que le médecin ne répond pas à leur besoin ou leurs attentes, de l'encadrement qui peut être en conflit avec l'agent ou des organisations syndicales ;

⁷⁶ L'organisation du service du contrôle médical de l'assurance maladie, rapport IGAS n°2023-023, annexe n° 7 – Données CNAM.

Annexe V

- ◆ défaut de présentation des agents aux convocations⁷⁷ : cette difficulté peut être plus importante pour les agents en CLD, dont le lien avec l'administration s'est distendu. Les rendez-vous non honorés accroissent le défaut de disponibilité des médecins qui peuvent refuser de recevoir l'agent pour lequel cette situation s'est répétée ;
- ◆ paiement des frais médicaux aux médecins agréés sollicités par l'administration signalé comme tardif par un employeur ce qui peut conduire à démobiliser les médecins agréés ;
- ◆ défaut d'efficacité des contrôles, l'arrêt de travail étant fréquemment confirmé : la plupart des employeurs interrogés estime qu'un médecin ne souhaite que rarement dédire un confrère sur le caractère justifié de l'arrêt.

Outre les difficultés évoquées ci-dessus, **il apparaît qu'une lacune assez communément partagée dans le secteur public est le défaut de définition d'une véritable politique de contrôle, administratif et médical, connue et partagée par tous les acteurs**, à savoir les agents, les managers, les services RH et les représentants du personnel.

Cette approche structurée présente le mérite de la transparence et de la cohérence d'ensemble, en lien avec la prévention, en particulier dans la sensibilisation des managers. Il conviendrait donc d'inciter les employeurs à inscrire les contrôles des congés pour raison de santé dans une politique globale, partagée avec les agents, les managers, les services RH et les représentants du personnel.

3.5. Une expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires par la CNAM en 2010-2018 jugé peu concluante

L'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a prévu une expérimentation portant, d'une part, sur le contrôle médical des arrêts de travail des fonctionnaires et, d'autre part, sur le contrôle administratif des heures de sortie autorisées. Ce contrôle a été confié aux caisses primaires d'assurance maladie et aux services du contrôle médical placés près d'elles. Cette expérimentation s'est appliquée aux arrêts prescrits pour une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée. Elle a été mise en œuvre sur une base conventionnelle⁷⁸ auprès de la FPE, la FPT pour les collectivités volontaires ainsi qu'auprès de la FPH.

Fixée initialement à deux ans, l'expérimentation a été prolongée trois fois. Elle a pris fin le 31 décembre 2018.

La CNAM a élaboré un outil dédié (ADTF) assurant la liaison entre ses services et l'administration.

Les modalités de mise en œuvre étaient les suivantes :

- ◆ saisie des dates de début et de fin de l'arrêt de travail du fonctionnaire par son administration ;
- ◆ information du régime général des arrêts de travail soumis au contrôle par la consultation d'un instancier dans l'outil ADTF (calcul automatique fait par l'outil) ;

⁷⁷ Selon les données AP-HP, à titre d'exemple, le nombre d'absences à convocation est assez significatif par rapport au total des contrôles exercés par un médecin agréé : entre 2019 et 2023 le taux est compris entre 9 % et 11 % avec un maximum à 13 % en 2022. Seule l'année 2021 est en retrait avec un taux de 6 %.

⁷⁸ Convention de partenariat pour le contrôle, à titre expérimental, des arrêts maladie des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles du 26 mars 2010 (FPE), convention-cadre nationale relative au contrôle, à titre expérimental, des arrêts maladie des fonctionnaires territoriaux par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles (FPT - JO du 15 septembre 2010), convention-cadre nationale du 25 juin 2010 relative au contrôle, à titre expérimental, des arrêts de travail des fonctionnaires hospitaliers par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles (FPH - JO du 15 septembre 2010).

Annexe V

- ◆ saisie des résultats du contrôle dans l'outil ;
- ◆ prise de connaissance par l'administration de la décision finale du service médical ;
- ◆ saisie dans ADTF des suites données par l'administration.

Un bilan à mi-parcours⁷⁹ a été établi et fait un état des lieux très critique :

- ◆ la définition des contrôles entrant dans le périmètre de l'expérimentation a été jugée inadaptée. Centré sur les congés de maladie ordinaires de 45 jours à 6 mois, le périmètre retenu ne répondait pas aux préoccupations majeures des administrations qui portaient sur les absences très courtes (moins de 7 jours) et courtes (de 8 à 30 jours) ;
- ◆ le pilotage de l'expérimentation a été jugé très faible ;
- ◆ les contrôles effectués ont souffert d'un ciblage insuffisant faute d'historique sur les personnes contrôlées, ce qui a pu conduire à des contrôles inopportuns ;
- ◆ l'expérimentation n'a pas conduit à harmoniser les règles et modalités de contrôle des assurés et des fonctionnaires ou à prévenir d'un usage abusif des congés de maladie par des sanctions ;
- ◆ elle n'a pas apporté de connaissance qualitative sur les arrêts de travail des fonctionnaires.

La CNAM estime, quant à elle, dans un bilan présenté lors d'une réunion de ses directeurs régionaux (janvier 2019), que l'expérimentation a permis d'aboutir à un taux significatif de reprise de travail à la suite des contrôles. En effet, sur la base des données disponibles au moment de l'évaluation au 30 juin 2015, sur 490 mises en demeure de l'administration, on comptait 143 reprises de travail, soit 29 %. Pour autant, ces chiffres doivent être remis en perspective avec le nombre d'arrêts contrôlés qui est de 12 277. Ainsi les mises en demeure représentent 4 % du total des arrêts contrôlés et les reprises du travail représentent 1,2 % de ce même total (cf. tableau 11).

Tableau 11 : Principaux résultats de l'expérimentation au 30 juin 2015

Indicateurs	Nombre	Pourcentage
Arrêts contrôlés	12 277	-
Anomalies	3 246	26 % du total des arrêts contrôlés
Dont arrêts jugés médicalement injustifiés	1 631	-
Dont absences à convocation	1 615	-
Mises en demeure de l'administration	490	15 % du total des anomalies, mais 4 % du total des arrêts contrôlés
Reprises du travail	143	29 % du total des mises en demeure, mais 4,5 % des anomalies et 1,2 % du total des arrêts contrôlés
Décisions d'interruption ou de retenue de rémunération	14	2,8 % du total des mises en demeure, mais 0,4 % des anomalies

Source : mission d'après les données disponibles au moment de l'évaluation à mi-parcours⁸⁰.

La CNAM a jugé lourd le dispositif qui demandait une double saisie des informations figurant sur le formulaire d'avis d'arrêt de travail (dans l'outil RH de l'employeur et dans ADTF), ce qui n'est pas très efficient en termes d'utilisation de la ressource.

⁷⁹ Évaluation du dispositif expérimental confiant à six caisses primaires d'assurance maladie le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires (IGA – IGF – IGAS, décembre 2015).

⁸⁰ Évaluation du dispositif expérimental confiant à six caisses primaires d'assurance maladie le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires - IGA – IGF – IGAS, décembre 2015.

Annexe V

En outre, selon les chiffres de la CNAM établis à la fin de l'expérimentation, les résultats quantitatifs de l'expérimentation ont été peu concluants. D'une part, une très forte proportion des arrêts de travail transmis au service médical étaient déjà échus (76 % pour la FPE, 64 % pour la FPT et 52 % pour la FPH). D'autre part, les suites données par l'administration aux contrôles ont été très faibles. Ainsi sur la FPE, l'assurance maladie a conclu à 433 arrêts de travail non justifiés et à 1 330 absences à convocation. Or ces constats ont donné lieu à seulement 66 sanctions ou suites spécifiques (4 interruptions de rémunération, 5 retenues d'une partie de la rémunération, 57 mises en demeure). Par comparaison, les 9 décisions prises en matière de rémunération représentent 0,5 % des 1 763 anomalies constatées, un pourcentage tout à fait semblable à celui existant à mi-parcours pour les trois fonctions publiques puisqu'il était de 0,4 %.

ANNEXE VI

Liste des personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. CABINET DU PREMIER MINISTRE.....	1
2. MINISTÈRES	1
2.1. Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique.....	1
2.1.1. <i>Cabinet du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique.....</i>	<i>1</i>
2.1.2. <i>Cabinet du ministre délégué chargé des comptes publics</i>	<i>1</i>
2.1.3. <i>Secrétariat général.....</i>	<i>1</i>
2.1.4. <i>Direction du budget.....</i>	<i>1</i>
2.1.5. <i>Direction générale des finances publiques</i>	<i>2</i>
2.2. Ministère de la transformation et de la fonction publiques	2
2.2.1. <i>Cabinet du ministre de la transformation et de la fonction publique.....</i>	<i>2</i>
2.2.2. <i>Direction générale de l'administration et de la fonction publique</i>	<i>2</i>
2.2.3. <i>Direction interministérielle de la transformation publique.....</i>	<i>2</i>
2.2.4. <i>Centre interministériel de services informatiques relatifs aux ressources humaines</i>	<i>2</i>
2.3. Ministère de l'intérieur et des outre-mer	2
2.3.1. <i>Cabinet de la ministre déléguée chargée des collectivités territoriales et de la ruralité</i>	<i>2</i>
2.3.2. <i>Secrétariat général du ministère de l'intérieur et des outre-mer – Direction des ressources humaines</i>	<i>3</i>
2.3.3. <i>Direction générale des collectivités locales.....</i>	<i>3</i>
2.3.4. <i>Direction générale de la police nationale</i>	<i>3</i>
2.4. Ministère du travail, de la santé et des solidarités	3
2.4.1. <i>Cabinet du ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé et des solidarités, chargé de la santé et de la prévention.....</i>	<i>3</i>
2.4.2. <i>Direction générale de l'offre de soins</i>	<i>3</i>
2.5. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse.....	3
2.5.1. <i>Secrétariat général.....</i>	<i>3</i>
2.5.2. <i>Académie de Nantes</i>	<i>4</i>
2.5.3. <i>Académie de Lille.....</i>	<i>4</i>
2.6. Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires	4
2.6.1. <i>Direction générale de l'aviation civile</i>	<i>4</i>
3. COLLECTIVITÉS TERRITORIALES.....	4
3.1. Région Hauts-de-France.....	4
3.2. Région Pays de la Loire.....	4
3.3. Département du Nord	4
3.4. Ville de Paris.....	5
3.5. Métropole de Lille	5

4. ÉTABLISSEMENTS ET ENTREPRISES PUBLICS.....	5
4.1. France Travail.....	5
4.2. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.....	5
4.3. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicaux sociaux.....	5
4.4. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.....	5
4.5. Caisse des dépôts et consignations.....	6
4.6. Société nationale des chemins de fer français.....	6
4.7. Électricité de France.....	6
4.8. Établissements de santé.....	6
4.8.1. <i>Assistance publique - Hôpitaux de Paris</i>	6
4.8.2. <i>Centre hospitalier universitaire de Nantes</i>	6
5. ENTREPRISES PRIVÉES ET ASSURANCES.....	6
5.1. Orange.....	6
5.2. Mutuelle nationale territoriale (Groupe VYV).....	6
5.3. Mutuelle générale de l'éducation nationale.....	7
6. ASSOCIATIONS ET FÉDÉRATIONS.....	7
6.1. Fédération nationale des centres de gestion.....	7
6.2. Fédération hospitalière de France.....	7
6.3. Association des DRH des grandes collectivités.....	7
6.4. Conférence des directeurs généraux de CHU.....	7
6.5. Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers.....	7
6.6. Association nationale des DRH.....	7
7. PERSONNALITÉS QUALIFIÉES.....	8

1. Cabinet du Premier ministre

- ◆ M. Rayan Nezzar, conseiller du Premier ministre, chef du pôle action et comptes publics ;
- ◆ M. Richard Bordignon, conseiller action publique territoriale ;
- ◆ M. Jean-Benoît Eyméoud, conseiller macro-économie et politiques publiques ;
- ◆ M. Julien Rigaber, conseiller fonction publique.

2. Ministères

2.1. Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique

2.1.1. Cabinet du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique

- ◆ M^{me} Anne Fichen, conseillère en charge de la macroéconomie ;
- ◆ M. Nicolas Gelli, conseiller en charge de la fiscalité.

2.1.2. Cabinet du ministre délégué chargé des comptes publics

- ◆ M^{me} Cécile Buchel, conseillère comptes sociaux et fonction publique ;
- ◆ M^{me} Sophie Courcet, conseillère budgétaire ;
- ◆ M. Léon Rangier, conseiller budgétaire, financement de la transition écologique et finances locales.

2.1.3. Secrétariat général

- ◆ M. Arnaud Jullian, secrétaire général adjoint des ministères économiques et financiers ;
- ◆ M^{me} Veronique Gronner, cheffe du service des ressources humaines ;
- ◆ M. Franck-Marie Scoumacker, sous-directeur des ressources humaines ;
- ◆ M. Jean-Christophe Mauboussin, adjoint au sous-directeur des politiques sociales et des conditions de travail ;
- ◆ M. Nicolas Roblain, adjoint au sous-directeur des ressources humaines de l'administration centrale.

2.1.4. Direction du budget

- ◆ M^{me} Sabine Deligne, sous-directrice chargée de la deuxième sous-direction ;
- ◆ M. Etienne Genet, chef du département de contrôle budgétaire ;
- ◆ M. Florent Maligne, chef du bureau politique salariale et synthèse statutaire (2BPSS) ;
- ◆ M^{me} Aurélie Weber, cheffe du bureau des opérateurs et organismes publics d'État (2B20).

Annexe VI

2.1.5. Direction générale des finances publiques

- ◆ M. Bastien Llorca, chef du service de la fonction financière et comptable de l'État (2FCE) ;
- ◆ M. Brice Lepetit, sous-directeur de la fonction financière de l'État et des organismes publics nationaux (2FCE-2) ;
- ◆ M. Antoine Aymond, chef du bureau dépenses et recettes non fiscales de l'État (2FCE2A) ;
- ◆ M. Michel Maurizot, adjoint au chef du bureau dépenses et recettes non fiscales de l'État (2FCE2A) ;
- ◆ M^{me} Kristell Floch, bureau dépenses de l'État, rémunérations et recettes non fiscales (2FCE2A).

2.2. Ministère de la transformation et de la fonction publiques

2.2.1. Cabinet du ministre de la transformation et de la fonction publique

- ◆ M. Paul Peny, directeur du cabinet ;
- ◆ M. Pierre Bouillon, directeur adjoint du cabinet ;
- ◆ M. David Bonnoit, conseiller budget, politiques salariales et sociales.

2.2.2. Direction générale de l'administration et de la fonction publique

- ◆ M. Guillaume Tinlot, chef du service des politiques sociales, salariales et des carrières ;
- ◆ M. Gaël de Peretti, sous-directeur des études, des statistiques et des systèmes d'information.

2.2.3. Direction interministérielle de la transformation publique

- ◆ M^{me} Clotilde Reullon, cheffe de service de l'Agence de conseil interne de l'État ;
- ◆ M^{me} Axelle Barrau, directrice du programme « Fonction Publique+ ».

2.2.4. Centre interministériel de services informatiques relatifs aux ressources humaines

- ◆ M. Philippe Cuccuru, directeur.

2.3. Ministère de l'intérieur et des outre-mer

2.3.1. Cabinet de la ministre déléguée chargée des collectivités territoriales et de la ruralité

- ◆ M. Simon Chassard, directeur de cabinet ;
- ◆ M. Jérôme Bardot, conseiller institutions, compétences et affaires juridiques ;
- ◆ M^{me} Claudie Calabrin, conseillère budget, finances locales et transformation publique ;
- ◆ M^{me} Inès Duboc-Neuville, chargée de mission affaires juridiques.

Annexe VI

2.3.2. Secrétariat général du ministère de l'intérieur et des outre-mer – Direction des ressources humaines

- ◆ M^{me} Laurence Mézin, directrice des ressources humaines ;
- ◆ M^{me} Sophie Roux, cheffe de la mission des études et des statistiques ;
- ◆ M^{me} Lydie Gonnord, adjointe à la cheffe du bureau des affaires générales, des études et des statuts.

2.3.3. Direction générale des collectivités locales

- ◆ M. Stéphane Brunot, directeur adjoint ;
- ◆ M^{me} Maéva Achemoukh, chef du bureau de l'emploi territorial et de la protection sociale.

2.3.4. Direction générale de la police nationale

- ◆ M. Stanislas Cazelles, directeur des ressources humaines, des finances et des soutiens Ministère du travail, de la santé et des solidarités ;
- ◆ M^{me} Stéphanie Freyburger, sous-directrice de la stratégie des ressources humaines.

2.4. Ministère du travail, de la santé et des solidarités

2.4.1. Cabinet du ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé et des solidarités, chargé de la santé et de la prévention

- ◆ M^{me} Nadège Grataloup, conseillère établissements de santé, ressources humaines et relations sociales ;
- ◆ M^{me} Justine Hochemain, conseillère en charge des comptes sociaux.

2.4.2. Direction générale de l'offre de soins

- ◆ M^{me} Clotilde Durand, cheffe de service, adjointe à la directrice générale de l'offre de soins ;
- ◆ M. Philippe Charpentier, sous-directeur des ressources humaines du système de santé ;
- ◆ M^{me} Hélène Tiriau, adjointe au chef de bureau « organisation des politiques sociales et de développement des ressources humaines » (RH3).

2.5. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse

2.5.1. Secrétariat général

- ◆ M^{me} Céline Kerenflec'h, secrétaire générale adjointe ;
- ◆ M^{me} Sarah Monchoux, cheffe du département de la coordination administrative et du pilotage des services académiques - secrétariat général ;
- ◆ M^{me} Florence Dubo, cheffe de service, adjointe au directeur général des ressources humaines.

2.5.2. Académie de Nantes

- ◆ M^{me} Valérie Cabuil, rectrice de la région académique Hauts-de-France ;
- ◆ M. Philippe Diaz, secrétaire général ;
- ◆ M. Arnaud Simon, directeur des ressources humaines ;
- ◆ M. Sébastien Audureau, adjoint au directeur des ressources humaines.

2.5.3. Académie de Lille

- ◆ M. Paul-Eric Pierre, secrétaire général l'Académie de Lille ;
- ◆ M^{me} Christelle Derache, directrice des ressources humaines ;
- ◆ M. Stéphane Lefevre, secrétaire général de la direction des services départementaux de l'éducation nationale du Nord ;
- ◆ M^{me} Anne-Laure Vallier, secrétaire générale adjointe de la direction des services départementaux de l'éducation nationale du Nord.

2.6. Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires

2.6.1. Direction générale de l'aviation civile

- ◆ M^{me} Aline Pillan, secrétaire générale ;
- ◆ M^{me} Françoise Bureau, sous-directrice des compétences et des ressources humaines ;
- ◆ M. David Poilpot, adjoint à la sous-directrice des compétences et des ressources humaines ;
- ◆ M^{me} Nadine Klein, cheffe du bureau de la gestion intégrée des ressources humaines ;
- ◆ M^{me} Déborah Chalot, adjointe à la cheffe du bureau de la gestion intégrée des ressources humaines ;
- ◆ M^{me} Sophie Kousnetzoff, mission du système d'information des ressources humaines (MSIRH).

3. Collectivités territoriales

3.1. Région Hauts-de-France

- ◆ M^{me} Audrey Démaretz, directrice générale des services ;
- ◆ M. Éric Joho, directeur général adjoint du pôle compétences et accompagnement interne.

3.2. Région Pays de la Loire

- ◆ M^{me} Aurélia de Portzamparc, directrice générale adjointe Défi Transformations.

3.3. Département du Nord

- ◆ M. Benjamin Hus, directeur général des services ;
- ◆ M. Thomas Seguin, directeur général adjoint délégué aux ressources humaines.

3.4. Ville de Paris

- ◆ M^{me} Anne-Hélène Roignan, secrétaire générale adjointe ;
- ◆ M^{me} Leonore Belghiti, sous-directrice de la qualité de vie au travail à la direction des ressources humaines ;
- ◆ M^{me} Marie Le Gonidec de Kerhalic, sous-directrice du pilotage à la direction des ressources humaines.

3.5. Métropole de Lille

- ◆ M^{me} Laurence Bourgeois, adjointe à la directrice générale adjointe ressources humaines innovation et dialogues ;
- ◆ M^{me} Victoria Sylvestre, directrice vie de l'agent ;
- ◆ M^{me} Louise Yuan, directrice adjointe vie de l'agent.

4. Établissements et entreprises publics

4.1. France Travail

- ◆ M. Denis Cavillon, directeur général adjoint en charge des ressources humaines et des relations sociales ;
- ◆ M^{me} Josepha Costa, directrice de la rémunération et des avantages sociaux ;
- ◆ M^{me} Gabrielle Sarrazin, directrice de l'animation de la transformation ressources humaines et de la performance sociale ;
- ◆ M^{me} Catherine Magnat-Mornet, responsable contrôle de gestion sociale et paie ;
- ◆ M. Loïc Alexandre, directeur agence France Travail.

4.2. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

- ◆ M^{me} Véronique Sauvadet-Chouvy, cheffe de service financement et analyse économique ;
- ◆ M^{me} Caroline Revelin, cheffe de service COLLIGE.

4.3. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicaux sociaux

- ◆ M^{me} Émeline Flinois, directrice générale adjointe ;
- ◆ M. Matthieu Guyot, expert ressources humaines ;
- ◆ M^{me} Myriam Lharidon, experte ressources humaines ;
- ◆ M^{me} Sylvie Grastilleur, cheffe de projets ressources humaines.

4.4. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

- ◆ M. Nicolas Fraix, responsable du département capitalisation et développement des connaissances.

4.5. Caisse des dépôts et consignations

- ◆ M^{me} Marianne Kermaal-Berthomé, directrice des politiques sociales ;
- ◆ M^{me} Laure de la Bretèche, directrice adjointe des politiques sociales ;
- ◆ M. Jonathan Belcastro, adjoint au directeur de la gestion et des fonds.

4.6. Société nationale des chemins de fer français

- ◆ M. Philippe Bru, directeur des ressources humaines ;
- ◆ M^{me} Claudine Coste, directrice adjointe politiques industrielles et performance sociale.

4.7. Électricité de France

- ◆ M^{me} Béatrice Prud'homme, directrice prévention, santé, sécurité groupe du groupe EDF ;
- ◆ M. Didier Faucon, directeur adjoint en charge du pôle expertise ;
- ◆ M. Pierre Charvet, directeur des ressources humaines, direction Commerce d'EDF ;
- ◆ M. Pascal Perrot, responsable de la médecine conseil (SGMCC) et contrôle des industries énergie et gazières.

4.8. Établissements de santé

4.8.1. Assistance publique - Hôpitaux de Paris

- ◆ M^{me} Vanessa Fage-Moreel, directrice des ressources humaines ;
- ◆ M^{me} Marie Audubert-Quenot, directrice du département santé qualité de vie et des conditions de travail ;
- ◆ M. Mathieu Le Poittevin, adjoint au directeur du département de la gestion des personnels.

4.8.2. Centre hospitalier universitaire de Nantes

- ◆ M. Philippe El Saïr, directeur général ;
- ◆ M. Luc-Olivier Machon, directeur des ressources humaines.

5. Entreprises privées et assurances

5.1. Orange

- ◆ M^{me} Claire Scotton, directrice Stratégie RH et Digital RH ;
- ◆ M^{me} Christiane Ginestou, directrice Prévention Santé Sécurité.

5.2. Mutuelle nationale territoriale (Groupe VYV)

- ◆ M. Laurent Adouard, directeur général.

5.3. Mutuelle générale de l'éducation nationale

- ◆ M. Fabrice Heyriès, directeur général ;
- ◆ M^{me} Ambre Vigny, directrice technique ;
- ◆ M^{me} Mélusine Harlé, directrice de la prévention.

6. Associations et fédérations

6.1. Fédération nationale des centres de gestion

- ◆ M. Thierry Senamaud, directeur ;
- ◆ M^{me} Cindy Laborie, responsable des affaires juridiques.

6.2. Fédération hospitalière de France

- ◆ M. Rodolphe Soulié, responsable du pôle ressources humaines hospitalières ;
- ◆ M^{me} Hélène Gendreau, responsable adjointe du pôle ressources humaines hospitalières.

6.3. Association des DRH des grandes collectivités

- ◆ M. Bruno Jarry, directeur des ressources humaines pour le conseil départemental du Maine-et-Loire.

6.4. Conférence des directeurs généraux de CHU

- ◆ M. Thierry Gamond-Rius, directeur général du CHU de Besançon ;
- ◆ M^{me} Sophie Guerraz, directrice des ressources humaines du CHU de Poitiers ;
- ◆ M^{me} Celine Wasmer, secrétaire générale.

6.5. Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers

- ◆ M. Francis Saint-Hubert, président de la nationale des directeurs de centres hospitaliers ;
- ◆ M. Christophe Misse, vice-président de la nationale des directeurs de centres hospitaliers ;
- ◆ M. David Masson-Weyl, secrétaire général.

6.6. Association nationale des DRH

- ◆ M^{me} Christine Caldeira, secrétaire générale ;
- ◆ M. Alexis Berthel, président de l'ANDRH Savoie Mont-Blanc.

7. Personnalités qualifiées

- ◆ M. Boris Ravignon, inspecteur général des finances, président d'Ardenne Métropole et maire de Charleville Mézières ;
- ◆ M. Frédéric Lavenir, inspecteur général des finances, président de l'Adie ;
- ◆ M. Jean-Francois Verdier, inspecteur général des finances, président du comité parcours-carrière du ministère de l'économie et des finances ;
- ◆ M. Michaël Ohier, inspecteur général des finances ;
- ◆ M. Hippolyte d'Albis, inspecteur général des finances ;
- ◆ M. Cédric Dutruel, inspecteur des finances, adjoint à la cheffe du service de l'Inspection générale des finances.

PIÈCE JOINTE

Lettre de mission

Le Premier Ministre

Paris, le 22 FEV. 2024

Le Premier ministre

à

La cheffe du service de l'inspection générale des finances

Le chef du service de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Revue de dépenses relative à la réduction des absences dans les fonctions publiques et les opérateurs

Le projet de loi de programmation des finances publiques (PLFP) pour la période 2023-2027 et la loi de finances pour 2023 prévoient la mise en place d'un dispositif d'évaluation de la qualité de l'action publique afin d'éclairer la préparation des textes financiers. Une première vague de missions a été lancée en 2023, dont les résultats ont contribué à l'élaboration du projet de loi de finances pour 2024. De nouvelles missions doivent être menées afin de préparer le projet de loi de finances pour 2025 et d'assurer le respect de la trajectoire de finances publiques inscrite dans le projet de loi de programmation des finances publiques 2023-2027.

Les absences des agents publics ont un impact important sur le fonctionnement, l'efficacité et le coût des services publics. Ces absences peuvent en effet engendrer des surcoûts, dégrader la qualité du service pour les usagers, voire susciter des difficultés pour assurer la continuité des services publics, notamment dans les services dont la charge de travail est difficilement reportable dans le temps.

Selon le dernier rapport annuel sur l'état de la fonction publique fondé sur l'enquête Emploi 2022 de l'INSEE, les absences pour raisons de santé dans la fonction publique demeurent supérieures aux niveaux constatés dans le secteur privé : la part des agents absents au moins un jour pendant la semaine de référence de l'enquête atteint 7 % pour la fonction publique, contre 5 % dans le secteur privé. La durée moyenne d'absence au cours de l'année représente 14,5 jours dans la fonction publique, soit presque trois jours de plus que les salariés du privé. Ces chiffres demeurent par ailleurs en hausse par rapport à 2021, tout en présentant des différences significatives selon les versants avec des absences plus marquées dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, tandis qu'ils demeurent pour la fonction publique d'Etat inférieurs ou égaux, selon les métiers, à la moyenne du secteur privé.

Pièce jointe

Les causes de ces absences peuvent être multiples et différenciées. Elles renvoient à des causes individuelles ou des dysfonctionnements dans la gestion, comme à la structure démographique des corps ou aux caractéristiques propres des métiers, au regard notamment de leur exposition à des contraintes particulières et facteurs de pénibilité. En outre, une distinction paraît devoir être également opérée entre les arrêts de courte durée, dont l'évolution tend à être la plus dynamique, et les arrêts longs, résultant notamment d'affections graves ou invalidantes.

Afin d'en réduire l'impact, il est important pour les employeurs publics de mettre en place des politiques et des pratiques de gestion appropriées afin de mesurer l'évolution des absences dans l'ensemble de leurs facteurs explicatifs, d'en assurer un suivi précis et de mettre en place les mesures de prévention ou de correction nécessaires, à court ou moyen terme, selon les métiers ou environnements professionnels.

Dans ce contexte, la présente mission a pour objet de proposer différents scénarios permettant de réduire l'absentéisme dans son ensemble, avec un accent particulier sur les absences de courte durée. Nous vous demandons notamment de :

- Dresser un état des lieux des outils de suivi des absences et formuler des propositions afin d'en assurer un décompte harmonisé et centralisé ;
- Valoriser le coût des jours non travaillés et mettre en évidence les tendances et les variations significatives au sein et entre les différents versants et métiers de la fonction publique, en comparant notamment les années antérieures et postérieures à la crise sanitaire ;
- Évaluer l'impact des absences sur les organisations en identifiant les services et les métiers les plus affectés ;
- Évaluer l'impact des modifications de règles relatives au jour de carence ;
- Identifier la contribution respective des principales causes de ces absences et formuler des recommandations pour en réduire à la fois l'impact et l'occurrence. Les actions permettant de renforcer le contrôle et la maîtrise des arrêts maladie de courte durée feront l'objet d'une analyse plus particulièrement approfondie. Les liens utiles seront dans le même temps établis avec les politiques de gestion des ressources humaines dans les administrations et les collectivités publiques, qui contribuent à la prévention des risques professionnels et à la santé au travail, à l'aménagement des conditions de travail, à l'engagement et à la motivation des agents;
- Identifier et évaluer l'efficacité des dispositifs mis en place par les employeurs pour comptabiliser, prévenir et limiter les absences ;
- Identifier d'éventuelles bonnes pratiques en matière de gestion, et de réduction de l'absentéisme dans des structures non administratives, notamment dans les entreprises.

Pièce jointe

Le champ de vos travaux couvrira la fonction publique d'État, opérateurs compris, ainsi que les autres versants de la fonction publique.

La mission s'inscrira dans un objectif clair d'identification d'économies et de gain de productivité chiffrés et réalisables. Elle présentera des propositions permettant de réduire les absences dans la fonction publique d'Etat et les opérateurs ainsi que des propositions couvrant l'ensemble de la fonction publique. **Les économies et gains de productivité proposés par la mission s'entendent en écart à la trajectoire inscrite dans la LPFP, en crédits et en emplois.**

Les propositions s'attacheront à présenter des leviers opérationnels susceptibles d'être rapidement développés, par voie législative, réglementaire ou par la pratique, en soulignant les programmes d'action, déjà prévus, engagés ou à susciter, de nature à agir sur les facteurs les plus structurels (prévention et prévoyance, modernisation de la gestion des ressources humaines, transformation managériale, organisation du travail, etc.).

La mission pourra s'appuyer sur la direction générale de l'administration et de la fonction publique, la direction générale de l'offre de soin, la direction générale des collectivités locales, la direction du budget et la direction interministérielle de la transformation publique. Les secrétaires généraux des ministères et les représentants de l'État dans les territoires ainsi que les opérateurs que la mission aura identifiés sont également invités à concourir activement à ses travaux.

Vous nous remettrez vos propositions d'ici mai 2024, après un premier point d'étape qui sera réalisé d'ici la fin du mois de mars 2024.



Gabriel ATTAL