

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de la santé*

Division des ressources

Comité médical supérieur

**Instruction n° DGS/CMS/2016/255 du 4 août 2016 relative  
à la constitution des dossiers médicaux destinés au comité médical supérieur (CMS)**

NOR : AFSP1622508J

*Date d'application* : immédiate.

Examinée par le COMEX le 14 janvier 2016.

*Catégorie* : mesures d'organisation des services retenues par la ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

*Résumé* : structuration des données nécessaires au CMS en vue d'un traitement informatisé.

*Mots clés* : comités médicaux – CMS – instances médicales – congés maladie – dossiers médicaux – codage – guichet unique.

*Références* :

Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 ;

Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 ;

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.

*Annexe* : procédure de saisie du comité médical supérieur.

*Diffusion* : toute administration concernée par les instances médicales (CM et CMS).

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; copie à Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs des directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.*

Cette nouvelle instruction a pour objectif de fiabiliser et d'accélérer le traitement des dossiers qui sont envoyés au comité médical supérieur (CMS). La structuration des données nécessaires à l'examen des recours médicaux devant le CMS est un préalable à la mise en place d'un système d'information commun aux comités médicaux et au CMS

Le nombre de recours au CMS est croissant depuis plusieurs années. Les contentieux sont plus fréquents et génèrent la demande de transmission des documents. Un toilettage des conditions d'attribution des congés liés aux maladies va s'avérer nécessaire dans un futur proche.

Les dossiers qui parviennent au CMS doivent donc être complets et l'intégralité des pièces qui les constituent transmises par un unique guichet : le comité médical qui a rendu l'avis initial, en veillant à garantir tout au long de la procédure le strict respect du secret médical.

Les recours doivent respecter le champ des compétences du CMS et porter sur des situations médicales.

## 1. Références juridiques: voir annexe 1

## 2. Rôle du CMS: annexe 2

### 3. La présente instruction technique introduit un nouveau mode opératoire

3.1. *Le comité médical qui a émis l'avis contesté est l'unique interlocuteur du CMS*

3.2. *Le comité médical compétent adresse un formulaire de demande de saisine pré-établi par web service et scanne les pièces constituant le dossier au CMS*

Ce formulaire de demande de saisine du comité médical est intégré dans le logiciel du CMS et permet l'identification du dossier reçu au CMS. Il a pour vocation de sécuriser les données et d'améliorer le travail du CMS

Si le comité médical ne peut pas utiliser la voie web, il doit poursuivre l'envoi d'un dossier papier.

En aucun cas le CMS n'acceptera de recevoir un dossier mixte (mi informatique-mi papier).

3.3. *Les éléments constitutifs du dossier sont répartis selon les rubriques décrites ci-dessous. Chaque rubrique comporte des renseignements obligatoires à remplir par le comité médical et l'adjonction de documents scannés ou photocopiés. Les documents originaux doivent rester dans le comité médical ayant initié la procédure. Tout complément au dossier doit être transmis par le comité médical ayant initié la procédure, celui-ci devant se ressaisir du dossier si sont apparus de nouveaux éléments médicaux conduisant à modifier l'avis initial.*

Une enveloppe portant l'adresse du comité médical ayant émis l'avis contesté est jointe au dossier afin de permettre l'envoi des procès verbaux.

Aucun document ne doit être envoyé en double.

### 4. Les rubriques obligatoires

– Le formulaire de demande de saisine par le comité médical émetteur de l'avis contesté doit comporter:

Rubrique n° 1: les données d'identification du comité médical émetteur de l'avis contesté

Date de saisine du CMS	
DDCS	Ex: 01
CDG de la FPT	
Comité médical	Ex: La Poste
adresse	
Tel (heures de présence)	
Mel personne référent du dossier	

Rubrique n° 2: les données d'identification de l'agent concerné par le recours

Nom d'usage	
Prénom	
Nom patronymique	
Date de naissance	
profession	
employeur	
Fonction publique État	
Fonction publique territoriale	
Fonction publique hospitalière	
Position administrative de l'agent au jour de la saisine	Ex: a repris à temps plein

**Rubrique n° 3: les données sur le congé sur lequel porte le recours**

COM du au		= Code :
MDO du au		
CLM du au	Article :	
CLD du au	Article :	
Renoncement à un CLD/demande de maintien en CLM	Date :	
Autre situation		

**Rubrique n° 4: le ou les avis contestés**

Date avis	Contenu

L'avis contesté est scanné ou photocopié.

S'il y a lieu, tous les procès verbaux concernant le congé pour lequel le recours a lieu doivent figurer au dossier.

Si des congés ont été attribués antérieurement pour une ou plusieurs autres pathologies, un relevé de ceux-ci doit clairement les détailler par ordre chronologique.

Année	Type de congé, article	Durée

**Rubrique n° 5: le recours**

Date recours	Agent Administration/autre
Recours demandé devant la commission	Santé mentale/Médecine

La lettre de recours de l'agent ou de l'administration qui mentionne:

«Je (prénom, nom,) fais recours contre l'avis (séance du comité médical, avis) concernant ma demande de (date, nature) et je demande: <à exprimer en clair>»,

doit être intégrée au dossier de même que la lettre de transmission du recours par l'administration au comité médical.

**Rubrique n° 6: données employeurs**

Fiche de poste de l'agent.

Les rapports sur la manière de servir de l'agent.

Médecine de prévention: Les avis rendus par le médecin du travail et transmis par l'agent ou l'administration; les résultats et comptes rendus d'examen médicaux le cas échéant.

Autres.

**Rubrique n° 7: expertises à la demande des comités médicaux**

Les médecins du CMS examinent la situation sur la base des éléments médicaux transmis. Ceux-ci doivent comprendre l'intégralité des expertises demandées par les comités médicaux tout au long du déroulement de ou des affections en cause et en particulier l'insertion obligatoire de l'expertise qui a servi pour la prise de l'avis contesté. Il est nécessaire de souligner que les expertises doivent être de qualité et suffisamment développées pour permettre aux médecins du CMS de rendre un avis. Les expertises doivent être dactylographiées.

Le code CIM 10 de la pathologie doit être inscrit par l'expert sur l'expertise et communiqué au CMS. Cette codification est essentielle pour permettre le suivi des pathologies soumises aux

recours. Il est primordial que la codification se fasse à la source de l'information c'est-à-dire au moment de l'examen clinique de l'agent concerné. En absence d'expertise, il revient au médecin président du comité médical de transmettre cette information au CMS.

Les comptes rendus d'hospitalisation et les comptes rendus opératoires peuvent figurer dans ce dossier.

Si le congé de maladie sollicité succède à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, le dossier doit comporter les procès verbaux des commissions de réforme.

Les renseignements médicaux concernant les congés de maladie antérieurs figureront dans cette rubrique.

Rubrique n° 8: rubrique certificats médicaux et pièces médicales  
que l'agent demande à voir figurer dans son dossier

Tous les certificats médicaux transmis au comité médical par l'agent à l'appui de son recours.

Les arrêts de travail ne doivent pas être transmis.

### **5. Les règles d'adressage des documents papiers**

Aucun document reçu par le CMS ne sera retourné: le dossier doit être composé uniquement de photocopies des documents originaux. Les pièces transmises au CMS ne peuvent pas être archivées et sont détruites à l'issue de la commission. Le dossier conservé par le CMS après la remise de son avis comporte uniquement les renseignements administratifs et la qualification de l'état pathologique de l'agent au jour de l'étude du recours.

Le seul dossier original est celui qui est conservé dans le comité médical à l'origine du recours.

Les différents pièces doivent être triées par rubrique, les doublons doivent être supprimés, les pièces ne doivent pas être agrafées les unes aux autres.

Les expertises médicales manuscrites seront rejetées d'office par le CMS.

Le comité médical supérieur renvoie systématiquement les demandes de saisine faites:

- par l'agent;
- par les administrations employeurs lorsqu'elles n'apportent pas la preuve d'une saisine conjointe du comité médical qui a rendu l'avis contesté.

### **6. Les responsabilités de chacun des protagonistes**

Le comité médical compétent est le garant de la complétude du dossier de recours, c'est lui qui transmet le dossier de recours au CMS.

Le comité médical compétent est seul dépositaire permanent du dossier complet (médical et administratif) de l'agent. C'est ce dossier qui fera foi en cas de contestation ultérieure.

La pertinence du recours au plan médical doit avoir été analysée (demande de CLD pour des pathologies qui n'y ouvrent pas droit; demande à titre exceptionnel irrecevable).

Le CMS ne donne pas un avis à la place du comité médical local. Il n'intervient qu'en appel d'un avis rendu par un comité médical local.

La complétude et la qualité des informations médicales transmises au CMS doivent être vérifiées par un médecin, en particulier la cohérence entre les expertises et les avis rendus par le Comité médical: un certain nombre de dossiers transmis au CMS demandent in fine à être complétés par une nouvelle expertise retardant d'autant l'avis rendu.

L'administration employeur doit réaliser le premier contrôle des pièces nécessaires au CMS et vérifier:

- l'éligibilité du dossier au recours devant le CMS;
- la véracité des données administratives inscrites;
- la qualité de l'expression du recours de l'agent: la lettre doit contenir précisément la date, la nature de l'avis contesté et la demande de l'agent.

### **7. Adressage des dossiers**

Les comités médicaux adressent les dossiers complets au CMS à l'adresse suivante :

ministère des affaires sociales et de la santé  
direction générale de la santé  
comité médical supérieur (CMS)  
14, avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP

### **8. Communication avec le CMS**

Dans la situation actuelle : délai de traitement de 9 à 12 mois après saisine selon les pathologies.

Le CMS n'assure pas de permanence téléphonique.

Le CMS répond aux demandes par courrier

Le médecin responsable ou l'agent administratif répondent selon le degré d'urgence et la nature de la question à traiter.

Dès la mise en place du web service, une plate forme d'échange doit permettre de communiquer sur les dossier.

Le secrétariat du CMS remercie les secrétariats des comités médicaux de bien vouloir prendre en compte ces différents points.

La présente instruction technique est applicable dès sa publication.

*Le directeur général de la santé,*  
Pr B. VALLET

## ANNEXES

### PROCÉDURE DE SAISIE DU COMITÉ MÉDICAL SUPÉRIEUR (RAPPELS)

Le comité médical supérieur (CMS) est une instance consultative d'appel des avis rendus en premier ressort par les comités médicaux sur l'un des 7 points énumérés à l'article 7 du décret du 14 mars 1986 . Il est composé de médecins nommés par le ministre de la santé.

Il est consulté à la demande de l'administration ou du fonctionnaire *via* son administration dès réception par l'administration du courrier indiquant que l'intéressé conteste l'avis.

L'administration informe de l'appel le comité médical départemental qui transmet aussitôt le dossier médical du fonctionnaire au comité médical supérieur.

Le CMS a donc pour unique interlocuteur le Comité médical compétent.

Le CMS n'est pas l'instance de recours des commissions de réforme (CR) et n'est donc pas compétent pour les recours introduits contre les avis des CR concernant les accidents de travail et les maladies professionnelles.

En application du décret 2008-1191 du 17 novembre 2008, il n'est plus obligatoire de demander l'avis du CMS pour :

- un congé de longue maladie (CLM) ne figurant pas sur la liste indicative fixée par l'arrêté du 14 mars 1986 ;
- une demande de congé de longue durée (CLD) pour une maladie contractée dans l'exercice des ses fonctions.

Procédure à suivre en cas de contestation d'un avis du comité médical départemental ou ministériel ou d'un établissement public

Former recours à l'initiative du fonctionnaire

La saisine au CMS ne peut se faire que par le biais de l'administration.

Le fonctionnaire rédige une lettre de recours détaillée :

- « Je (prénom, nom) fais recours contre l'avis (séance du comité médical, avis) concernant ma demande de (date, nature) portant sur (l'un des 7 points énumérés à l'article 7 du décret du 14 mars 1986) et je demande : <à exprimer en clair> » ;
- qui doit être intégrée au dossier de même que la lettre de transmission du recours par l'administration au comité médical.

Le fonctionnaire accompagne ce courrier des éléments médicaux (sous pli confidentiel) qu'il entend voir figurer dans son dossier.

Ce recours contre l'avis du comité médical est transmis à son administration.

L'administration employeur transmet la lettre de recours ou une copie de celle-ci et le pli confidentiel médical au comité médical compétent (exemple : un CMD) qui a examiné en première instance le dossier.

Le CMD complète le dossier par tous les éléments administratifs et médicaux nécessaires et l'adresse au CMS.

#### **L'unique interlocuteur du CMS est le CMD**

Recours de l'administration

L'administration rédige sa lettre de recours, laquelle est accompagnée d'un rapport administratif et d'un rapport de la médecine du travail. Elle est transmise au CMD compétent qui a examiné en première instance le dossier.

L'administration adresse toutes les pièces administratives au comité médical compétent, seul garant du secret médical, lequel envoie les dossiers au CMS.

Le CMD complète le dossier par tous les éléments administratifs et médicaux nécessaires et l'adresse au CMS.

**L'unique interlocuteur du CMS est le comité médical compétent**

Dans une décision n° 266462 du 24 février 2006, le conseil d'État a indiqué que si l'avis donné par le CMD est contesté devant le CMS, l'autorité administrative ne peut statuer sur la demande du fonctionnaire qu'après avoir recueilli l'avis du comité médical supérieur et doit, dans cette attente, prendre, à titre provisoire, une décision plaçant l'agent dans une position statutaire régulière.

**Délais de traitement**

Le délai d'attente actuel constaté pour un passage en CMS est actuellement de 8 à 12 mois selon les pathologies. Le dossier reconnu complet et adressé *via* le comité médical aura les meilleures chances d'être traité dans un délai satisfaisant pour l'agent.

Le CMS n'a pas de standard téléphonique

Le CMS ne répond pas aux méls envoyés par des agents

**Adresse:**

direction générale de la santé  
comité médical supérieur (CMS)  
14, avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP

## ANNEXE 1

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

Circulaire DGS/CMS n° 99-625 du 15 novembre 1999

Cette instruction générale précise les conditions d'application du circulaire DGS/CMS n° 99-625 du 15 novembre 1999 relative à la constitution des dossiers médicaux destinés au CMS et en reprend, en conséquence la plupart des éléments déjà présents, tout en tenant compte des modifications de la réglementation qui sont depuis intervenues.

Voir aussi l'arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie (CLM), modifié par l'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 1997 relatif à la liste des maladies donnant droit à congé de longue durée (CLD).



## ANNEXE 2

Le CMS qui est une instance consultative composée de médecins nommés par le ministre de la santé, est saisi en appel des avis émis en première instance par les comités médicaux (départementaux, ministériels, centraux ainsi que ceux institués auprès d'administrations importantes: comités médicaux ministériels, de La Poste et France Télécom, de la police, de certaines inspections académiques, de l'Assistance publique de Paris).

La saisine de CMS se fait par l'administration compétente (soit à son initiative, soit parce que l'agent le lui demande).

La saisine passe par un unique guichet qui est le comité médical qui a rendu l'avis contesté.

Afin de garantir le secret médical, le comité médical, qui a émis l'avis, regroupe et adresse l'ensemble des données médicales de recours au CMS.

Le CMS a une compétence particulière en matière de recours pour l'octroi des CLM et de CLD.

Le CMS n'est pas compétent dans les recours formés contre les avis de la Commission de réforme (CR) concernant les accidents de travail, maladies professionnelles et contestation de taux d'invalidité.

Le CMS est une instance exclusivement médicale, et n'a pas mission de régler ni les problèmes administratifs, ni des conflits employeurs-employés, ni d'arbitrer des différends entre assureurs et administrations.

Les médecins experts du CMS se prononcent uniquement sur la base des pièces médicales figurant au dossier tel qu'il lui a été soumis au jour ou il est examiné: ni l'intéressé, ni son médecin traitant, ni l'administration ne peuvent assister aux séances du CMS.

Le CMS est placé auprès du ministre chargé de la santé. Son secrétariat est assuré par un médecin inspecteur de la santé publique (MISP) de la direction générale de la santé (DGS).

Il revient à chacun des comités médicaux de conserver une copie de chaque PV en provenance du CMS et d'adresser l'original de ce PV à l'administration employeur, laquelle informera à son tour l'agent.