

Journal officiel

de l'Union européenne

ISSN 1725-2431

C 109

46^e année

7 mai 2003

Édition de langue française

Communications et informations

Numéro d'information

Sommaire

Page

I *Communications*

Cour des comptes

2003/C 109/01

Rapport spécial n° 3/2003 relatif au régime de pension d'invalidité des institutions européennes, accompagné des réponses des institutions

1

FR

1

I

(Communications)

COUR DES COMPTES

RAPPORT SPÉCIAL N° 3/2003

relatif au régime de pension d'invalidité des institutions européennes, accompagné des réponses des institutions

(présenté en vertu de l'article 248, paragraphe 4, deuxième alinéa, du traité CE)

(2003/C 109/01)

TABLE DES MATIÈRES

	Points	Page
SYNTHÈSE	I-VII	3
OBJECTIFS ET APPROCHE DE L'AUDIT	1-2	4
LE RÉGIME DE PENSION D'INVALIDITÉ	3-14	4
Réglementation	3-9	4
Statistiques et analyses	10-14	5
LES TRAVAUX ANTÉRIEURS DE LA COUR ET LES SUITES QUI LEUR ONT ÉTÉ DONNÉES	15-19	9
Les travaux antérieurs de la Cour	15	9
Les suites données	16-19	9
Les recommandations du «rapport Caston»	16-17	9
Les mesures prises	18-19	9
OBSERVATIONS RELATIVES AUX SYSTÈMES DE GESTION DES ABSENCES POUR CAUSE DE MALADIE	20-40	10
Taux d'absence	20	10
Politique générale des institutions	21	10
Rôles et coordination des interventions des différents acteurs	22-40	10
Observations de caractère général	22-23	10
Carences propres à certaines institutions	24-29	11
Le contrôle médical des absences	30-40	11
OBSERVATIONS RELATIVES AUX PENSIONS D'INVALIDITÉ	41-73	13
Mesure et suivi du coût du régime	41-43	13
Notion d'invalidité	44-47	14
Suivi, analyse des causes et mesures correctrices	48-52	15
Détection précoce, synergie médico-administrative et solutions de rechange	53-55	16

	<i>Points</i>	<i>Page</i>
Ouverture de la procédure de mise en invalidité	56-57	16
La commission d'invalidité	58-64	16
Constitution	58-62	16
Fondement des avis	63-64	17
Décision de mise en invalidité	65	17
Contrôles médicaux postérieurs à la mise en invalidité	66-69	18
Projet de réforme du régime	70-73	18
CONCLUSIONS	74-79	19
RECOMMANDATIONS	80-82	20
Les réponses des institutions		21

SYNTHÈSE

I. La Cour a réalisé un audit du régime de pension d'invalidité afin d'estimer son coût, de déterminer les possibilités d'économie, de vérifier que les pensions d'invalidité ne sont octroyées que pour les seuls cas où cette invalidité a été valablement reconnue et d'établir si les institutions se sont dotées des systèmes de gestion nécessaires à un suivi adéquat et à un contrôle efficace du fonctionnement de ce régime.

II. Quelque 200 pensions d'invalidité sont accordées chaque année, ce qui représente un coût actuariel net total de l'ordre de 74 millions d'euros par an. Les dépenses annuelles du régime ont connu récemment une augmentation due principalement à l'élévation du nombre et de l'âge des agents des institutions. Toutefois, les modifications du statut des fonctionnaires figurant dans le projet actuel de réforme sont susceptibles de réduire le coût des pensions d'invalidité.

III. L'audit de la Cour a révélé un tableau complexe. D'une part, le taux de départ à la retraite pour raison d'invalidité est resté stable au cours des 15 dernières années et, selon l'avis du médecin expert mandaté par la Cour, les pensions d'invalidité ont été accordées de manière justifiée. D'autre part, les mises à la retraite pour raison d'invalidité sont plus fréquentes que les départs normaux à la retraite, parmi les agents de certains grades, et certains éléments probants attestent que les frustrations ressenties dans l'environnement de travail affectent certains membres du personnel qui finissent par prendre leur pension pour raison de santé.

IV. Des carences ont été constatées dans la politique globale ainsi que dans les systèmes de gestion des absences pour cause de maladie, qui sont caractérisés par une approche médicale plutôt qu'administrative, par un manque de transparence et de coordination entre les différents services impliqués, par une insuffisance de moyens, par l'inadaptation des outils informatiques et par des entraves résultant de certaines dispositions statutaires.

V. En conséquence, les retards dans l'ouverture et dans le déroulement de la procédure de mise en invalidité se révèlent fréquents et coûteux, la longueur de la procédure allant elle-même de pair avec la dégradation de la santé. Dès lors, les taux de réintégration sont extrêmement faibles, en particulier dans les 50 % de cas d'invalidité dus à des affections psychiques.

VI. L'audit a permis de constater l'existence de possibilités d'économies par l'adoption de mesures administratives adéquates relatives à la prévention et au traitement précoce des cas d'invalidité, en particulier lorsque leurs causes sont d'ordre psychique. Ces mesures devraient comprendre l'élaboration par les institutions d'une politique globale en matière d'absences pour cause de maladie, une répartition plus claire des rôles et des responsabilités entre les services médicaux et les services du personnel, des contrôles médicaux plus précoces et renforcés, la mise en œuvre de systèmes d'information de gestion permettant d'identifier les profils d'absence et les facteurs de risque associés à une invalidité potentielle, ainsi que la modification de certaines dispositions du statut des fonctionnaires.

VII. Il conviendrait d'envisager certaines modifications du statut des fonctionnaires, afin notamment de pouvoir faire face aux situations dans lesquelles un agent entrave un contrôle médical ou s'y soustrait délibérément, de prévoir des possibilités d'appel et un mécanisme d'arbitrage plus faciles et plus rapides, de réduire la période minimale de congé de maladie au terme de laquelle l'institution peut entamer la procédure, de définir les conditions dans lesquelles des contrôles médicaux doivent être réalisés après le départ en pension et de modifier la composition de la commission d'invalidité pour créer une structure permanente et interinstitutionnelle.

OBJECTIFS ET APPROCHE DE L'AUDIT

1. L'objectif global de l'audit a été de procéder à une évaluation de la politique et de la pratique des institutions européennes en ce qui concerne le régime de pension d'invalidité. Il a visé à estimer le coût de ce régime, à déterminer les possibilités d'économie et à établir si les institutions se sont dotées des systèmes de gestion nécessaires à un suivi adéquat et à un contrôle efficace du fonctionnement de ce régime. Un des objectifs particuliers de l'audit a été de vérifier que les pensions d'invalidité ne sont octroyées que pour les seuls cas où cette invalidité a été valablement reconnue.

2. L'audit a comporté un ensemble de procédures analytiques destinées à mettre en évidence les risques éventuels d'utilisation abusive du régime. Il a inclus une évaluation du système de contrôle interne concernant les absences pour maladie, centrée sur les aspects liés aux suivis médical et administratif des absences de longue durée pour cause de maladie, qui conduisent en général à une mise en invalidité. Des tests de validation ont été effectués sur un échantillon de dossiers administratifs de pensions d'invalidité sélectionnés de manière aléatoire, mais également, pour partie, dans le cadre d'une approche orientée sur une partie de la population présentant des risques potentiellement plus élevés d'octroi injustifié de la pension d'invalidité ⁽¹⁾. Cela a abouti à sélectionner, en grande majorité, des dossiers liés à des affections psychiques, dont l'appréciation était présumée plus difficile à établir. Un questionnaire a également été adressé par la Cour à un échantillon de bénéficiaires concernés ⁽²⁾. Par ailleurs, la Cour a mandaté un médecin expert (ci-après dénommé «médecin expert de la Cour») pour procéder à l'examen de la moitié des dossiers médicaux concernés afin d'établir si les avis des commissions d'invalidité étaient fondés sur des travaux suffisants et adéquats et si la mise en invalidité paraissait médicalement justifiée ⁽³⁾. Les travaux ont été centrés sur les pensions d'invalidité accordées au cours de la période allant de 1996 à 2000. À des fins de

⁽¹⁾ Les facteurs de risques pris en compte ont été les suivants:

- absence de reconnaissance d'une maladie grave par le régime commun d'assurance maladie (RCAM),
- absence d'intervention chirurgicale lourde,
- faiblesse du montant des remboursements de frais médicaux par le RCAM au cours des deux années précédant la mise en invalidité,
- agents ayant fait l'objet d'une enquête administrative ou d'une procédure disciplinaire ou pour insuffisance professionnelle ou de rapports de notation insuffisants,
- attribution du minimum vital,
- taux de la pension d'ancienneté qui aurait été obtenue à l'âge de 60 ans inférieur au taux maximal.

⁽²⁾ Le taux de réponse à ce questionnaire a été de 57 %.

⁽³⁾ Les constatations de la Cour ont été présentées de manière à respecter les règles du secret médical, le rapport du médecin expert ne contenant aucune information permettant de faire le lien entre une personne identifiable et une pathologie.

comparaison, la Cour a visité cinq États membres ⁽⁴⁾, représentatifs d'un large éventail de traditions administratives présentes au sein de la Communauté, ainsi que plusieurs organisations internationales ⁽⁵⁾ confrontées à des défis semblables à ceux des institutions. Les informations ont été collectées sur la base d'entretiens avec des représentants de ces États membres et de ces organisations.

RÉGIME DE PENSION D'INVALIDITÉ

Réglementation

3. La pension d'invalidité des fonctionnaires et des agents temporaires trouve sa base juridique dans, respectivement, l'article 78 du statut des fonctionnaires et l'article 33 du régime applicable aux autres agents des Communautés européennes ⁽⁶⁾. Le droit à une pension d'invalidité est reconnu si le fonctionnaire ou l'agent est atteint d'une invalidité permanente considérée comme totale et le mettant dans l'impossibilité d'exercer des fonctions correspondant à un emploi de sa carrière.

4. La procédure de mise en invalidité est ouverte, soit à l'initiative de l'institution lorsque l'agent a cumulé plus de douze mois d'absence pour maladie sur une période de trois ans (article 59, paragraphe 1, du statut), soit à la demande de l'intéressé.

5. Une commission d'invalidité est constituée [article 9, paragraphe 1, point b) du statut]. Elle est appelée à se prononcer sur la question de savoir si l'agent est atteint d'une invalidité au sens du statut (article 13 de l'annexe VIII du statut). Elle est composée (article 7 de l'annexe II du statut) de trois médecins désignés:

- a) le premier par l'institution;
- b) le deuxième par l'agent;
- c) le troisième du commun accord des deux médecins ainsi désignés.

6. S'il n'y a pas accord sur le choix du troisième médecin, le président de la Cour de justice le désigne d'office. La commission d'invalidité rend son avis à l'unanimité ou, à défaut, à la majorité.

⁽⁴⁾ Allemagne, France, Autriche, Suède et Royaume-Uni.

⁽⁵⁾ Banque européenne d'investissement (BEI), Banque européenne pour la reconstruction et pour le développement (BERD), Bureau international du travail (BIT) et Organisation mondiale de la santé (OMS), Caisse commune des pensions du personnel des Nations unies (ONU).

⁽⁶⁾ Règlement (CEE, Euratom, CECA) n° 259/68 du Conseil (JO L 56 du 4.3.1968, p. 1) modifié en dernier lieu par le règlement (CE, CECA, Euratom) n° 1986/2001 du Conseil (JO L 271 du 12.10.2001, p. 1).

7. Si l'agent est reconnu invalide par la commission d'invalidité, il est mis d'office à la retraite le dernier jour du mois au cours duquel est prise la décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination (AIPN) constatant l'incapacité définitive pour l'agent d'exercer ses fonctions (article 53 du statut). Le droit à la pension d'invalidité naît à compter du premier jour du mois civil suivant la décision de mise à la retraite (article 14 de l'annexe VIII du statut).

8. Tant que l'agent bénéficiant d'une pension d'invalidité n'a pas atteint l'âge de 60 ans, l'institution peut le faire examiner périodiquement en vue de s'assurer qu'il réunit toujours les conditions requises pour bénéficier de cette pension (article 15 de l'annexe VIII du statut). Lorsque l'ancien agent bénéficiant d'une pension d'invalidité est réintégré, le temps pendant lequel il a perçu la pension d'invalidité est pris en compte, sans rappel de cotisation, pour le calcul de sa pension d'ancienneté (article 16 de l'annexe VIII du statut).

9. Le taux de la pension d'invalidité est égal au taux de la pension d'ancienneté à laquelle l'agent aurait eu droit à 65 ans s'il était resté en service jusqu'à cet âge. Lorsque l'invalidité résulte d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, d'une maladie professionnelle, d'un acte de dévouement accompli dans un intérêt public ou du fait d'avoir exposé ses jours pour sauver une vie humaine, le taux de la pension d'invalidité est fixé à 70 % du traitement de base du fonctionnaire. La

pension d'invalidité est calculée sur le traitement de base que le fonctionnaire aurait perçu dans son grade s'il avait été encore en service au moment du versement de la pension (ce qui signifie que l'agent en invalidité bénéficie de la progression d'échelon dans son grade). La pension d'invalidité ne peut être inférieure à 120 % du minimum vital, qui correspond au traitement de base d'un fonctionnaire du grade D 4 au premier échelon (article 78 du statut). Cela signifie que, pour les agents du grade D 4 au grade C 2 cinquième échelon, de grade C 1 deuxième échelon, de grade B 5 et de grade B 4 deuxième échelon, le montant d'une pension d'ancienneté (70 % du salaire de base) est inférieur au montant minimal d'une pension d'invalidité. Si l'on s'en réfère à la proposition modifiée de statut soumise par la Commission au Conseil en avril 2002, le montant minimal d'une pension d'invalidité sera ramené à 100 % du minimum vital.

Statistiques et analyses

10. Les crédits destinés à couvrir les pensions d'invalidité des fonctionnaires et des autres agents de l'ensemble des institutions sont imputés sur la ligne budgétaire A-1 9 0 1 de la Commission. Le *tableau 1* retrace les dépenses budgétaires au cours de la période 1985 à 2000. En 2000, les paiements effectués s'élèvent à 123,7 millions d'euros. En prix constants, les dépenses annuelles ont presque triplé au cours de la période en question. Comme le montrent le *tableau 1* et le *graphique 1*, ces dépenses ont connu une croissance nettement moins forte que celles relatives aux pensions d'ancienneté, qui ont presque sextuplé.

Tableau 1

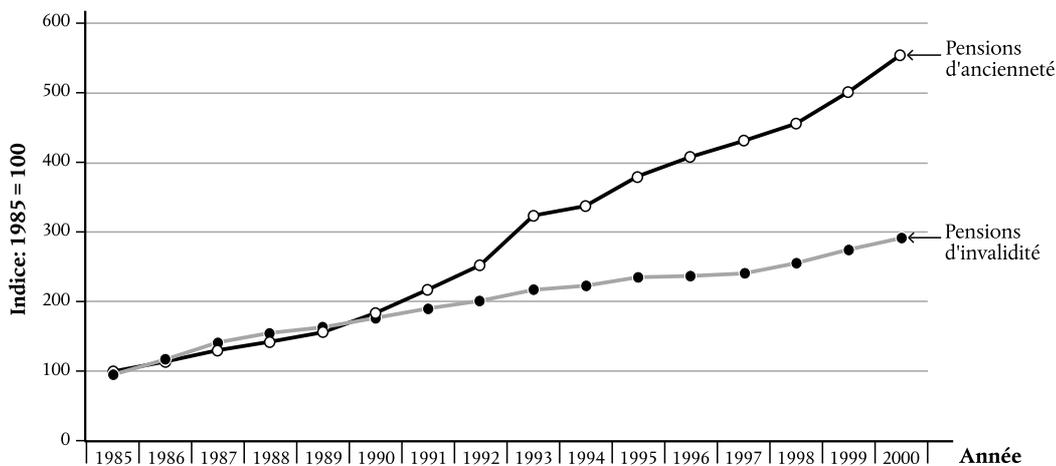
Évolution des dépenses budgétaires relatives aux pensions d'invalidité et aux pensions d'ancienneté pour toutes les institutions

	Pensions d'invalidité (poste A-1 9 0 1, ex 1 2 0 1 et 1 1 2 1)		Pensions d'ancienneté (poste A-1 9 0 0, ex 1 2 0 0 et 1 1 2 0)	
	En millions d'écus/euros (prix courants)	Indice 1985 = 100 (prix constants)	En millions d'écus/euros (prix courants)	Indice 1985 = 100 (prix constants)
1985	26,1	100,0	35,3	100,0
1986	31,4	116,0	41,7	113,9
1987	39,3	140,6	49,3	130,3
1988	44,6	154,0	56,0	142,9
1989	49,6	162,7	63,9	155,0
1990	57,3	178,0	79,7	182,9
1991	64,5	190,6	99,5	217,1
1992	70,6	200,3	119,9	251,2
1993	79,0	216,7	159,8	323,7
1994	83,5	222,0	171,1	336,3
1995	91,1	234,9	198,8	378,8
1996	94,2	237,1	218,7	406,6
1997	97,8	241,2	236,5	431,0
1998	104,9	254,3	254,2	455,6
1999	114,3	273,8	282,8	500,5
2000	123,7	290,4	319,1	553,5

Source: Compte de gestion, volume II, section III, Commission.

Graphique 1

Évolution comparative des dépenses relatives aux pensions d'ancienneté et aux pensions d'invalidité entre 1985 et 2000 (paiements en prix constants)



11. Au cours de la période 1985-2001, le nombre des départs en invalidité s'établit en moyenne à 166 par an (tableau 2). Les années 1986 et 1987 avaient connu une nette hausse par rapport à la période antérieure. Ce rythme a considérablement fléchi dès 1988 et a évolué modérément jusqu'en 1997. Le seuil des 200

départs annuels a été franchi en 1998; une nette tendance à la hausse s'est dessinée à partir de cette date. En 2001, 226 personnes sont parties à la retraite pour raison d'invalidité, soit 0,78 % du personnel employé au 31 décembre 2000. Le graphique 2 montre (à des intervalles de 5 ans) que le taux des départs en invalidité

Tableau 2

Nombre de mises en invalidité pendant la période 1985-2001

Année	Commission	Parlement	Conseil	Cour de justice	Cour des comptes	CES/CdR	Agences	Total
1985	108	19	8	2	1	0	0	138
1986	166	13	9	4	2	4	0	198
1987	146	22	13	4	2	3	3	193
1988	130	12	16	2	3	5	0	168
1989	102	24	9	1	1	0	0	137
1990	108	18	11	2	2	1	1	143
1991	105	13	9	2	3	1	1	134
1992	89	17	12	1	3	2	2	126
1993	99	21	11	2	6	1	0	140
1994	109	17	8	5	0	2	1	142
1995	113	19	12	3	2	2	2	153
1996	120	13	7	2	2	7	2	153
1997	107	18	15	4	3	5	5	157
1998	140	27	19	1	7	4	4	202
1999	151	19	17	7	3	4	4	205
2000	153	23	14	10	7	5	1	213
2001	157	30	18	6	6	7	2	226
2001 en % du personnel ⁽¹⁾	0,78	0,78	0,71	0,61	1,15	0,92	0,15	0,78
Total	1 946	295	190	52	47	46	26	2 602
Moyenne 1985-2001	124	19	12	3	3	3	2	166

(¹) Fonctionnaires et agents temporaires (situation au 31 décembre 2000).

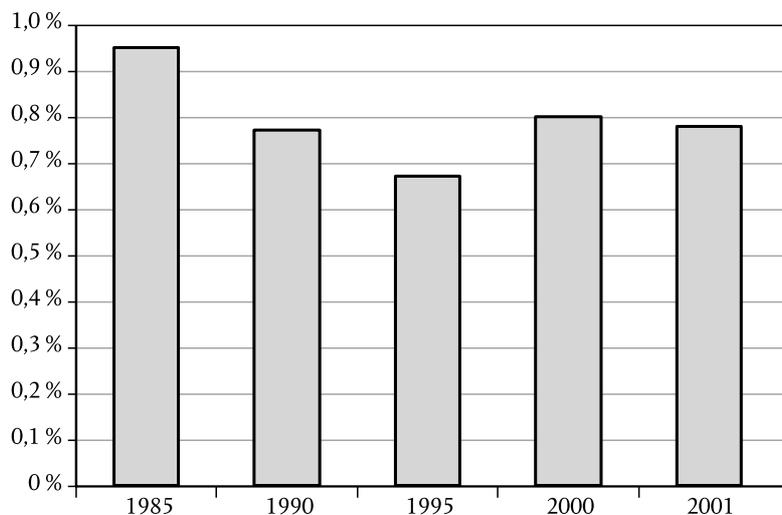
Note: Les chiffres se fondent sur la date d'effet de la décision de mise en invalidité.

Source: Base de données Sysper de la Commission.

Graphique 2

Évolution du taux de départs en invalidité ⁽¹⁾ à la Commission

Années	Pourcentages
1985	0,95
1990	0,77
1995	0,67
2000	0,80
2001	0,78



⁽¹⁾ Le taux de départs en invalidité peut être défini comme le nombre d'agents qui partent à la retraite pour des raisons médicales divisé par le nombre total de fonctionnaires et d'agents temporaires de la Commission.

Source: Base de données Sysper de la Commission.

à la Commission ⁽¹⁾ a chuté entre 1985 et 1995, mais qu'il est reparti à la hausse entre 1995 et 2000 avant de connaître une légère baisse en 2001.

12. L'évolution des départs en invalidité sur l'ensemble de la période ne traduit pas, en tant que telle, une tendance anormale puisque, comme il ressort de l'analyse effectuée en ce qui concerne la Commission, elle semble principalement imputable à l'augmen-

tation et au vieillissement des effectifs. Comme le montre le *tableau 3*, au cours de la période allant de 1970 à 2000, les effectifs ont triplé et l'âge moyen des agents est passé d'environ 40 à 45 ans. Alors qu'elle n'était que de 13,7 % en 1970, la part des agents âgés de plus de 50 ans représente 28,6 % en 2000. Or, comme le fait apparaître le *tableau 4*, le taux d'exposition au risque d'invalidité augmente significativement pour les agents de plus de 50 ans, qui représentent environ les trois quarts des mises en invalidité.

Tableau 3

Évolution de la pyramide des âges du personnel de la Commission

	< 25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	Total	Âge moyen	
1970	3,4 %	11,3 %	19,2 %	19,0 %	17,9 %	15,5 %	7,5 %	4,7 %	1,5 %	100 %	6 162	39,79
1975	3,8 %	13,8 %	16,2 %	18,6 %	16,1 %	14,0 %	10,6 %	4,7 %	2,2 %	100 %	8 524	40,02
1980	2,1 %	9,7 %	18,0 %	16,1 %	16,7 %	13,9 %	11,8 %	8,5 %	3,2 %	100 %	9 751	41,84
1985	1,4 %	8,5 %	16,6 %	19,9 %	14,6 %	14,2 %	11,3 %	8,6 %	4,8 %	100 %	11 406	42,40
1990	0,5 %	6,9 %	15,8 %	20,6 %	19,4 %	13,8 %	11,9 %	7,4 %	3,7 %	100 %	14 113	42,53
1995	0,4 %	5,6 %	13,7 %	19,9 %	19,4 %	16,9 %	11,4 %	8,9 %	3,9 %	100 %	16 840	43,36
2000	0,0 %	2,2 %	11,7 %	18,7 %	20,6 %	18,2 %	15,1 %	9,2 %	4,3 %	100 %	19 097	44,74

Source: Base de données Sysper de la Commission.

⁽¹⁾ Quelque 75 % des bénéficiaires des pensions d'invalidité sont des membres du personnel de la Commission.

Tableau 4

Évolution du taux de mise en invalidité par tranche d'âge pour la période 1968-2000 (en %)

	< 25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	Total
1968-1972	0,00 %	0,06 %	0,03 %	0,07 %	0,09 %	0,19 %	0,30 %	0,76 %	2,34 %	0,17 %
1973-1977	0,00 %	0,00 %	0,07 %	0,11 %	0,03 %	0,18 %	0,40 %	1,00 %	1,06 %	0,18 %
1978-1982	0,00 %	0,02 %	0,09 %	0,31 %	0,37 %	0,77 %	1,41 %	4,23 %	6,96 %	0,99 %
1983-1987	0,00 %	0,02 %	0,08 %	0,25 %	0,79 %	1,00 %	1,87 %	4,05 %	6,03 %	1,17 %
1988-1992	0,26 %	0,06 %	0,13 %	0,19 %	0,41 %	0,68 %	1,33 %	3,23 %	3,18 %	0,76 %
1993-1997	0,00 %	0,02 %	0,10 %	0,20 %	0,34 %	0,53 %	0,94 %	2,43 %	2,96 %	0,65 %
1998-2000	0,00 %	0,00 %	0,09 %	0,14 %	0,30 %	0,59 %	1,27 %	2,82 %	2,74 %	0,77 %
Moyenne	0,04 %	0,03 %	0,09 %	0,18 %	0,33 %	0,56 %	1,07 %	2,65 %	3,61 %	0,67 %

Source: Base de données Sysper de la Commission.

13. Comme la Cour le relevait déjà dans son rapport annuel relatif à l'exercice 1987, la majorité des bénéficiaires des pensions d'invalidité appartiennent aux catégories C et D, qui présentent la particularité, d'une part, de partir plus fréquemment en invalidité que les agents des autres catégories et, d'autre part, de partir plus fréquemment en pension d'invalidité qu'en pension d'ancienneté.

En effet, comme le montre le tableau 5, à la fin de l'année 2000, les catégories C et D représentaient 62 % des bénéficiaires de pensions d'invalidité, mais seulement 21,7 % des bénéficiaires de pensions d'ancienneté. De même, les pensions servies conformément aux dispositions relatives au minimum vital continuent de représenter environ un tiers de l'ensemble des pensions d'invalidité et

Tableau 5

Évolution de la répartition par grade du nombre de bénéficiaires des pensions d'invalidité et des pensions d'ancienneté centre fin 1987 et fin 2000

	Pensions d'ancienneté				Pensions d'invalidité				dont: pensions d'invalidité versées aux agents ≥ 65 ans			
	1987		2000		1987		2000		1987		2000	
A 1	67		134		2		3		2		2	
A 2	133		278		7		12		4		4	
A 3	225		654		47		69		10		47	
A/LA 5/4	373		1 461		197		362		44		185	
A/LA 7/6	29		40		36		93		5		15	
A/LA 8	0		0		0		1		0		0	
Total A	827	55,6 %	2 567	50,1 %	289	20,3 %	540	18,7 %	65	19,9 %	253	22,2 %
B 1	211		1 051		129		229		42		136	
B 3/2	129		370		130		259		28		119	
B 5/4	12		21		41		69		9		21	
Total B	352	23,7 %	1 442	28,2 %	300	21,1 %	557	19,3 %	79	24,2 %	276	24,2 %
C 1	161		851		250		628		63		242	
C 3/2	78		132		336		624		58		177	
C 5/4	5		8		46		128		8		17	
Total C	244	16,4 %	991	19,3 %	632	44,4 %	1 380	47,9 %	129	39,6 %	436	38,2 %
D 1	51		106		125		255		41		116	
D 3/2	13		16		75		150		12		59	
D 4	0		0		1		1		0		0	
Total D	64	4,3 %	122	2,4 %	201	14,1 %	406	14,1 %	53	16,3 %	175	15,4 %
Total général	1 487	100 %	5 122	100 %	1 422	100 %	2 883	100 %	326	100 %	1 140	100 %

Note: Nombre de bénéficiaires = nombre de mises à la retraite – décès – réintégrations.

Source: Base de données Sysper de la Commission.

d'être versées dans leur quasi-totalité, soit à concurrence de 97 %, à des agents des catégories C et D ⁽¹⁾. Les grades C 3 à D 4 en bénéficient systématiquement.

14. Environ deux tiers des commissions d'invalidité sont convoquées à l'initiative de l'institution lorsque l'agent a accumulé plus de douze mois d'absence pour cause de maladie sur une période de trois ans, le dernier tiers l'étant à la demande de l'agent. Dans plus de 90 % des cas, la procédure aboutit à la mise en invalidité. Les affections psychiques représentent environ la moitié des pathologies à l'origine de l'invalidité. Les autres causes principales sont les maladies ostéo-musculaires (environ 20 %) et cardio-vasculaires (environ 15 %).

Les affections psychiques sont également la première cause d'invalidité (30 % à 60 % des cas d'invalidité) dans les administrations nationales et les organisations internationales ⁽²⁾.

TRAVAUX ANTÉRIEURS DE LA COUR ET LES SUITES QUI LEUR ONT ÉTÉ DONNÉES

Travaux antérieurs de la Cour

15. Dans son rapport annuel relatif à l'exercice 1987 ⁽³⁾, la Cour des comptes avait mis en lumière un ensemble d'éléments qui pouvaient laisser craindre l'existence d'effets pervers du régime, présumé peu contraignant et à forte dominante sociale, à savoir:

- a) une augmentation importante des départs en invalidité au cours de la période 1983-1987;
- b) un nombre élevé de pensions d'invalidité parmi les agents des catégories C et D, pour la grande majorité desquels la pension d'invalidité est supérieure à la pension d'ancienneté au taux maximal de 70 %, du fait du dispositif statutaire en matière de minimum vital.

⁽¹⁾ Pour les catégories A/LA et B, la règle du minimum vital n'entre en application que dans des cas rares où l'invalidité intervient après une période d'activité relativement courte.

⁽²⁾ En Allemagne, 30 % en 2000 (Données et conclusions relatives au deuxième rapport du gouvernement fédéral sur les régimes de pension, Ministère fédéral de l'intérieur, 12 septembre 2001); à l'ONU, 60 % en 1998-1999 selon les données obtenues lors de la visite à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations unies.

⁽³⁾ JO C 316 du 12.12.1988, p. 151.

Suites données

Recommandations du «rapport Caston»

16. À la suite des travaux de la Cour, et à la demande du collège des chefs d'administration, un comité interinstitutionnel *ad hoc* a été constitué. Il a remis son rapport (dit «rapport Caston», du nom du président du comité) à la commission du contrôle budgétaire en 1989. Ce rapport préconisait l'adoption d'une combinaison de modifications statutaires et de mesures administratives pour éviter une utilisation abusive du régime et pour réduire l'attrait financier des pensions d'invalidité. Le rapport recommandait également que des mesures appropriées assurent la détection et le traitement précoces des problèmes de carrière, de mobilité, de rapports hiérarchiques ou de comportement susceptibles d'aggraver les problèmes de santé des agents.

17. Le comité interinstitutionnel notait le manque de statistiques et de contrôles valables relatifs aux absences pour cause de maladie. Il suggérait une amélioration de la coordination des mesures médicales et administratives pour une identification précoce des invalides potentiels. Il soulignait aussi la nécessité dans certains cas de mesures administratives plus rapides afin d'éviter des situations où la pension d'invalidité pourrait en définitive être retenue par commodité.

Mesures prises

18. Le rapport a reçu un accueil favorable de la part du collège des chefs d'administration qui a transmis les conclusions du rapport à la Commission afin qu'elle donne suite aux mesures impliquant une réforme statutaire, l'administration de chaque institution devant pour sa part prendre les mesures administratives adéquates.

19. Des propositions de modification du statut en matière de pensions d'invalidité ont été élaborées par la Commission. Elles se sont heurtées à l'opposition des représentants du personnel. En 1991, la Commission a retiré ces propositions au motif qu'elle était arrivée à la conclusion que le mécanisme des pensions d'invalidité tel que prévu au statut était bon et qu'il convenait plutôt de renforcer les contrôles et de pénaliser les abus qui seraient constatés. Dans le cadre du projet actuel de réforme du statut, soit dix ans plus tard, la Commission propose une série de modifications statutaires très similaires à celles envisagées à l'époque, pour être retirées ensuite. Quant aux mesures administratives, comme cela est expliqué dans le présent rapport, elles n'ont pas été prises ou sont demeurées largement insuffisantes, et aucune action significative dans ce domaine n'est actuellement envisagée.

OBSERVATIONS RELATIVES AUX SYSTÈMES DE GESTION DES ABSENCES POUR CAUSE DE MALADIE

Taux d'absentéisme

20. L'absentéisme a une incidence financière considérable. Selon les informations soumises par la Commission au Parlement en juillet 2001 ⁽¹⁾, le taux d'absentéisme calculé pour 2000 varie selon les institutions entre 3,3 % et 5,9 % du temps de travail théorique ⁽²⁾, ce qui équivaut à environ 7 à 12 jours ouvrables par personne et par an ⁽³⁾.

L'examen des taux d'absentéisme moyens dans quelques administrations nationales et organisations internationales a révélé une situation similaire même si des méthodes de calcul différentes ont pu être appliquées.

Politique générale des institutions

21. Si certaines règles et procédures internes ont été mises en place, aucune institution n'a arrêté de politique globale assortie d'objectifs clairs et d'un éventail de mesures indispensables pour traiter de manière adéquate tous les aspects du phénomène de l'absentéisme, c'est-à-dire de manière juste, constructive, mais ferme. En conséquence, les institutions ne sont pas en mesure de faire en sorte:

- a) que, le cas échéant, le personnel qui est dans l'incapacité de travailler durant de longues périodes bénéficie d'une assistance;
- b) que les efforts appropriés soient fournis pour assurer une assiduité maximale dans l'intérêt du personnel et des services d'affectation;
- c) que l'assiduité ne soit pas affectée négativement par l'inadéquation des fonctions assignées ou des conditions de travail.

Comme exposé ci-après, certaines carences et insuffisances ont été observées en ce qui concerne le rôle exercé par le personnel d'encadrement, la coordination des différents services administratifs et médicaux, ainsi que l'organisation des contrôles.

⁽¹⁾ SEC(2001) 1128 final (rapport annexé à la proposition de virement de crédits 17/2001 destinés à couvrir des dépenses de personnel d'appoint).

⁽²⁾ L'absence pour maladie est comptabilisée en jours calendrier. Elle est mesurée généralement sur une période de référence d'une année civile et est exprimée sous la forme d'un taux d'absence moyen pour l'ensemble de la population sur l'année (nombre de jours d'absence divisé par 365).

⁽³⁾ Sur la base de 205 jours ouvrables par an.

Rôles et coordination des interventions des différents acteurs

Observations de caractère général

22. La gestion des absences fait intervenir trois acteurs principaux, à savoir le service d'affectation de l'agent, le service du personnel et le service médical. L'efficacité du système est amoindrie par le manque de clarté dans la répartition des rôles et des responsabilités respectifs, ainsi que par les carences ou les retards affectant le nécessaire échange d'informations. Si les rôles et les responsabilités en matière de notification des absences et d'actualisation de ces enregistrements sont en général clairement répartis, il est par contre difficile de savoir:

- a) qui est censé être la personne de contact avec l'agent durant son absence et quels sont la fréquence et les moyens de contact les plus appropriés;
- b) qui est chargé de surveiller l'évolution des taux d'absentéisme sur le plan individuel et à l'échelle de l'institution, et sur la base de quels critères;
- c) qui est chargé de déterminer les profils d'absentéisme préoccupants et de prendre les mesures nécessaires;
- d) à qui appartient la décision de faire procéder ou non à des contrôles médicaux, et dans quelles conditions;
- e) qui est chargé de fournir à l'agent toute l'assistance complémentaire requise, par exemple en diagnostiquant ses problèmes de santé en temps opportun et en déterminant leur relation avec son environnement de travail et leur incidence sur celui-ci, ainsi que de prendre les mesures nécessaires pour faciliter sa réintégration;
- f) si des entretiens relatifs à la réintégration doivent être conduits à l'issue de la période d'absence, par qui, dans quelles conditions, selon quelles modalités et à quelle fin.

23. La répartition des responsabilités touchant à la décision de faire procéder à une visite médicale de contrôle en cas d'absence et l'objectif premier de ces contrôles manquent de clarté. Cela peut expliquer pourquoi, à la Commission, peu de demandes de contrôle émanent du service du personnel et du service d'affectation. En effet, ceux-ci considèrent que de telles demandes relèvent de la responsabilité du service médical. Ce dernier interprète le faible nombre de demandes de contrôle formulées par les autres services comme une preuve d'un manque d'intérêt pour ce qui est au premier chef une responsabilité du personnel d'encadrement. Sur ce point précis, les institutions devraient envisager de suivre le modèle des bonnes pratiques de la Cour de justice et du Conseil, qui ont mis en place un organe conjoint comprenant des membres du service du personnel et du service médical, qui se réunit régulièrement pour analyser les absences et décider des contrôles.

Carences propres à certaines institutions

24. La Commission a procédé à partir de 1999 à la décentralisation de la gestion des congés et des absences dans les directions générales. Cette réforme s'est opérée dans des conditions qui sont à l'origine de faiblesses importantes du dispositif de contrôle et semble plutôt avoir conduit à certaines pertes de maîtrise de la part de l'institution au niveau central, dont sont révélatrices les difficultés rencontrées par la Commission pour fournir, dans le cadre de l'audit de la Cour, des données et informations pourtant nécessaires à la gestion courante.

25. Les directions générales ⁽¹⁾ n'étaient pas demandeuses de cette décentralisation, qu'elles ont perçue comme une charge administrative supplémentaire plutôt que comme un outil de gestion de leurs ressources humaines. Le partage des responsabilités avec la direction générale «Personnel et administration» (DG ADMIN) est également confus, puisque rien ne permet de savoir si cette dernière a une simple fonction de conseil et d'appui ou si elle doit jouer un rôle d'orientation, de coordination et de supervision. De même, chaque direction générale s'est dotée d'un responsable des ressources humaines et d'un gestionnaire des congés. Aucun élément n'indique avec certitude si leurs fonctions en matière d'absences doivent aller au-delà des tâches purement administratives, telles que l'enregistrement des absences, auxquelles ils semblent se limiter.

26. Alors que la Commission disposait antérieurement d'une base de données centralisée qui lui fournissait une information globale sur l'ensemble de son personnel, la décentralisation s'est accompagnée d'une fragmentation de ce système impliquant la mise en place, dans chaque direction générale, d'une base de données distincte, appelée SIC Congés. Cette application SIC Congés offre relativement peu de fonctions d'analyse et de production de données ou de rapports, et celles qui sont disponibles ne sont pas toujours adaptées aux besoins du suivi de l'application des dispositions du statut. L'obligation pour chaque direction générale de développer ses propres programmes d'analyse, forcément similaires à ceux des autres directions générales, semble inopportune.

27. Par ailleurs, le service médical de la Commission n'a pas accès à l'application SIC Congés et a développé sa propre base de données, dénommée Sermed, qui, à la différence de SIC Congés, ne reprend pas les absences pour maladie sans certificat médical, dont, en principe, le service médical n'est pas informé. Cette duplication est source de retards dans la transmission des informations et de difficultés pour les rapprocher.

28. Il existe au Parlement une inutile duplication des bases de données des congés et des absences, puisque les directions générales d'affectation, d'une part, et la direction générale du personnel (division du personnel et service médical), de l'autre, possèdent une base de données distincte. Aucun lien n'existe entre ces deux bases qui reprennent dans l'ensemble les mêmes informa-

tions. En l'absence d'accès des directions générales d'affectation à la base de données de la direction générale du personnel, et réciproquement, l'échange d'informations s'opère sur support papier.

29. Au Conseil, les directions générales d'affectation n'ont pas accès, pas même pour consultation, à la base de données de la direction générale du personnel et de l'administration, qui chapeaute le service du personnel et le service médical. La notification des absences par les directions générales est faite sur support papier, ce qui engendre des retards dans l'enregistrement de l'absence dans la base de données et, par voie de conséquence, dans la réalisation des éventuels contrôles. Les directions générales d'affectation reçoivent de la direction générale du personnel et de l'administration les extraits du registre des absences, mais ne sont pas destinataires des rapports, analyses et listes d'alerte que cette dernière produit, selon le cas, régulièrement ou occasionnellement, et ne sont pas en mesure de produire elles-mêmes ce genre d'informations.

Contrôle médical des absences

30. Outre les difficultés déjà évoquées ci-dessus, le contrôle médical des absences se heurte à un ensemble de faiblesses et de contraintes qui en affectent largement l'efficacité.

Fonctions multiples des médecins conseils des institutions

31. Les médecins-conseils des institutions assument un large éventail de missions. Leurs principales tâches sont les suivantes:

- a) la médecine du travail, avec les visites d'embauche, les visites médicales annuelles, et les questions relatives à l'hygiène et à la sécurité;
- b) la médecine de contrôle, avec le contrôle des absences;
- c) la médecine d'expertise, avec la participation aux commissions d'invalidité;
- d) la médecine «statutaire», avec les avis sur les aspects médicaux relatifs aux demandes de droits (par exemple, doublement des allocations familiales pour enfant handicapé, etc.);
- e) les urgences, ainsi que les soins et les avis sollicités par les agents.

⁽¹⁾ Des entretiens ont été réalisés dans trois directions générales.

32. Selon les règles déontologiques prévues par la convention 161 du Bureau international du travail ⁽¹⁾ et par les législations nationales ⁽²⁾ adoptées en application de la directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail ⁽³⁾, les fonctions d'un médecin du travail sont incompatibles avec celles d'un médecin contrôleur. Or, contrairement à ces dispositions, les médecins conseils de la Cour de justice et de la Cour des comptes cumulaient les fonctions de médecin du travail et de médecin contrôleur durant la période de référence du présent audit. Au Parlement, les contrôles médicaux relatifs aux absences sont réalisés par un médecin contrôleur recruté à cet effet et placé sous la supervision des médecins de l'institution. Ces situations posent des problèmes déontologiques pour les médecins ⁽⁴⁾ et sont sources de confusion quant à la perception de leur rôle dans chaque situation spécifique, que ce soit par l'institution ou par ses agents.

Intensité des contrôles

33. Les moyens dont disposent les institutions en matière de médecins contrôleurs sont limités. Ainsi, pour son personnel à Bruxelles (environ 16 000 agents), la Commission ne disposait jusque récemment que de deux médecins contrôleurs vacataires à mi-temps, dont la charge de travail était telle qu'elle excluait pratiquement toute possibilité de visite à domicile ⁽⁵⁾ et de contrôle précoce ou inopiné. Le Conseil dispose d'un médecin contrôleur à mi-temps. À la Cour de justice et à la Cour des comptes, le médecin-conseil, employé à temps partiel, doit réaliser ces contrôles lui-même, dans la mesure du possible, en plus de toutes ses autres tâches.

⁽¹⁾ L'article 15 de la Convention 161 du BIT prévoit que «les services de santé au travail doivent être informés des cas de maladie parmi les travailleurs et des absences du travail pour des raisons de santé, afin d'être en mesure d'identifier toute relation qu'il pourrait y avoir entre les causes de cette maladie ou de cette absence et les risques pour la santé qui pourraient se présenter sur les lieux de travail. Le personnel qui fournit des services en matière de santé au travail ne doit pas être requis par les employeurs de vérifier le bien-fondé des raisons de l'absence du travail.»

⁽²⁾ S'agissant du Luxembourg, l'article 12 de la loi du 17 juin 1994 concernant les services de santé au travail prévoit que «le médecin du travail exerce sa fonction en toute indépendance professionnelle par rapport à son employeur et aux travailleurs. En aucun cas le médecin ne peut vérifier le bien-fondé des congés de maladie. La fonction de médecin du travail est incompatible avec l'exercice libéral de la profession.»

⁽³⁾ JO L 183 du 29.6.1989.

⁽⁴⁾ Le médecin-conseil du Parlement à Luxembourg a d'ailleurs, pour ces raisons, décidé récemment de renoncer à effectuer tout contrôle du bien-fondé des absences pour cause de maladie.

⁽⁵⁾ Depuis fin 2000, la Commission a recours à une société externe pour la réalisation des contrôles à domicile.

34. Bien que la Cour n'ait pu obtenir que des informations incomplètes sur ce point, il apparaît qu'en raison du faible nombre de médecins, les contrôles sont relativement peu fréquents. Ainsi, à la Commission, le taux de contrôle est d'environ 6 % des absences; aucune donnée chiffrée permettant de déterminer l'intensité des contrôles n'a pu être obtenue auprès du Parlement; à la Cour de justice et à la Cour des comptes, les contrôles sont rares; au Conseil, ils sont un peu plus fréquents. Les contrôles sont généralement orientés sur les longues absences répétées et sur celles présentant un risque d'abus particulièrement élevé. En raison de l'absence de dispositif de contrôle plus précoce et renforcé, le système n'assure ni le nécessaire effet de dissuasion ⁽⁶⁾ ni un appui en temps opportun aux agents qui sont vraiment en difficulté (points 53 et 54).

Délais de présentation des certificats médicaux et de réalisation des contrôles

35. Le statut (article 59, paragraphe 1) autorise une tolérance de 12 jours annuels pour des absences pour cause de maladie qui ne dépassent pas 3 jours. Il prévoit qu'un certificat doit être produit à partir du quatrième jour d'absence. Le statut ne fixe toutefois pas de délai pour la présentation du certificat médical. Les institutions ont adopté des dispositions d'application ou des pratiques qui varient légèrement de l'une à l'autre ⁽⁷⁾. Ces règles, qui manquent dans certains cas de clarté, sont appliquées avec une grande souplesse, ce qui est de nature à affecter l'efficacité du contrôle des absences, notamment de courte durée.

36. Les délais ainsi tolérés pour la présentation du certificat médical, ajoutés à la durée des procédures internes de transmission de l'information entre les différents intervenants, sont tels que l'éventualité d'un contrôle ne peut généralement être envisagée dans les deux semaines suivant le premier jour d'absence. Les contrôles sont donc réalisés tardivement, parfois même, comme cela se pratique couramment au Conseil, après la reprise du travail de l'agent. Cela affecte leur efficacité en cas d'absences problématiques, puisqu'il n'est plus possible alors de mettre en cause le

⁽⁶⁾ Par ailleurs, bien que cela n'ait pas d'incidence dans le cadre de l'invalidité, il faut observer que les absences de courte durée échappent largement aux contrôles, notamment celles de moins de trois jours sans certificat médical, qui présentent le risque d'une utilisation abusive d'une tolérance pouvant être interprétée par certains comme un droit acquis de douze jours de congés annuels supplémentaires.

⁽⁷⁾ Les délais prévus par ces règles internes sont les suivants:

- Commission: aucun délai explicite («dans les plus brefs délais»);
- Parlement: au plus tard le quatrième jour calendrier;
- Conseil: au plus tard le sixième jour ouvrable;
- Cour de justice: aucune règle écrite; en principe au plus tard après une semaine;
- Cour des comptes: aucun délai explicite; en principe au plus tard lors de la reprise du travail.

bien-fondé de l'absence, même dans les cas les plus douteux. Une jurisprudence constante ⁽¹⁾ du Tribunal de première instance (TPI) interdit en effet de mettre en cause la validité d'un certificat médical couvrant la période antérieure à la date du contrôle.

Droits de l'institution d'exiger un contrôle médical

37. Le statut prévoit (article 59, paragraphe 1) que l'agent absent pour maladie peut être soumis à tout contrôle médical organisé par l'institution et (article 60) que, sans préjudice de l'application éventuelle des dispositions prévues en matière disciplinaire, toute absence irrégulière dûment constatée est imputée sur la durée du congé annuel et, en cas d'épuisement de celui-ci, donne lieu à récupération sur la rémunération. Le statut est muet sur les dispositions à appliquer dans le cas où un agent ferait obstacle ou se soustrairait à la réalisation d'un tel contrôle médical.

38. Il semblerait raisonnable que l'impossibilité pour l'institution d'exercer son contrôle du fait d'un refus délibéré de l'agent, puisse la conduire, sur ce simple motif, à déclarer l'absence irrégulière à compter de la date fixée pour le contrôle. Or, seul le secrétariat général du Conseil a établi des dispositions internes claires dans ce sens. Les dispositions internes du Parlement précisent uniquement, à ce sujet, que l'agent manque à ses obligations et engage sa responsabilité disciplinaire; mais, en pratique, cette institution met en œuvre une approche identique à celle prévue par le Conseil. Ces deux institutions ont dû toutefois y mettre un terme à la suite d'une jurisprudence du Tribunal de première instance ⁽²⁾, qui a établi qu'elle était dépourvue de base légale. Le Tribunal de première instance considère en effet que la présentation d'un certificat médical crée une présomption de régularité de l'absence, que l'imputation d'une absence sur la durée du congé annuel suppose que l'irrégularité de l'absence a été dûment constatée, que l'agent est tenu de se soumettre à un contrôle, mais que le manquement éventuel à cette obligation ne saurait à lui seul autoriser l'institution à renverser la présomption de régularité de l'absence pour maladie qui s'attache à un certificat médical régulièrement produit; en revanche, un tel manquement peut, le cas échéant, relever d'une procédure disciplinaire. Dans les faits, les institutions se trouvent donc largement démunies face à des situations, heureusement rares, où il existe des doutes quant au bien-fondé de l'absence, dans la mesure où, en tout état de cause, aucune procédure disciplinaire ne permet de trancher le cas.

En France, conformément aux dispositions applicables aux fonctionnaires de l'État ⁽³⁾, si la personne concernée ne peut justifier son refus de se soumettre à un contrôle médical, l'administration peut suspendre le versement de son salaire, déclarer l'absence irrégulière et entamer une procédure pour «abandon de poste» qui peut conduire à sa révocation.

39. Les conclusions du médecin contrôleur quant à l'aptitude de l'agent à reprendre le travail peuvent, ce qui est normal, être contestées. Le mécanisme de contestation et d'arbitrage est cependant extrêmement lourd et inadapté. Si l'agent produit un nouveau certificat médical et si, à la suite d'un deuxième contrôle, le désaccord persiste entre le médecin traitant et le médecin contrôleur, le cas doit alors, selon la jurisprudence du TPI ⁽⁴⁾, être soumis à la commission d'invalidité. Les délais inhérents à cette procédure sont totalement inadaptés au traitement de ce type de différend, car il est difficile de concevoir que la commission d'invalidité puisse valablement statuer sur le fait de savoir si, plusieurs mois auparavant, l'agent était ou non capable de reprendre le travail ⁽⁵⁾.

En France, conformément aux dispositions applicables aux fonctionnaires de l'État ⁽³⁾, la personne doit reprendre le travail dès qu'elle reçoit la décision administrative lui enjoignant de le faire. Elle peut contester les conclusions du médecin contrôleur devant un collège médical, composé de médecins nommés par l'administration pour trois ans (qui se réunit au moins deux fois par mois). En cas de désaccord portant sur le renouvellement d'une absence de plus de six mois consécutifs, elle peut aller en appel de l'avis du collège médical devant un collège médical supérieur (nommé par le ministre de la santé pour trois ans).

40. Ces éléments affectent l'efficacité du contrôle médical, tout particulièrement dans les cas où il existe de sérieux doutes quant au bien-fondé de l'absence.

OBSERVATIONS RELATIVES AUX PENSIONS D'INVALIDITÉ

Mesure et suivi du coût du régime

41. Les institutions n'ont pas fait en sorte de pouvoir déterminer et suivre le coût du régime de pension d'invalidité. Cette carence entraîne également que le personnel, qui contribue au financement du régime, n'est pas mis devant ses responsabilités ni

⁽¹⁾ Notamment l'arrêt du 10 juillet 1997 dans l'affaire T-36/96: Gaspari contre Parlement européen.

⁽²⁾ Arrêt du 13 décembre 2000 dans les affaires jointes T-110/99 et T-260/99: F contre Parlement européen.

⁽³⁾ Fonctionnaires et stagiaires de l'État — Protection sociale contre les risques maladie et accidents de service (circulaire du 30 janvier 1989).

⁽⁴⁾ Arrêt du 22 février 2000 dans l'affaire T-171/98: Biasutto contre Conseil.

⁽⁵⁾ À titre d'exemple, cette procédure d'arbitrage a pris onze mois dans un cas à la Cour de justice.

en situation d'exercer un contrôle sur son fonctionnement. Cela tient sans doute au fait que, la charge des pensions d'invalidité étant financée annuellement à partir du budget, le besoin n'a pas été ressenti de mettre en place des mécanismes de surveillance et de contrôle similaires à ceux destinés à assurer l'équilibre d'un fonds de pension. Les institutions autres que la Commission, qui ne voient pas apparaître dans leurs états financiers la charge budgétaire des pensions qu'elles accordent à leurs agents, sont encore moins enclines à percevoir l'intérêt de tels mécanismes.

42. Les dépenses budgétaires imputées sur la ligne A-1 9 0 1 de la Commission ne renseignent pas sur le coût de ce régime pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elles ne reflètent que la charge des pensions versées au cours de l'exercice. La charge future spécifique des pensions d'invalidité n'est pas connue et est reprise dans le montant global de la charge future des pensions qui apparaît dans le bilan. Par ailleurs, contrairement à d'autres régimes, dans lesquels le versement de la pension d'invalidité cesse lorsque le bénéficiaire a atteint l'âge de la retraite et perçoit dès lors une pension d'ancienneté, la pension d'invalidité est versée, dans le régime communautaire, jusqu'au décès du bénéficiaire. Pour l'exercice 2000, sur les 123,7 millions d'euros de dépenses budgétaires de la ligne A-1 9 0 1, la Cour estime à environ 40 %, soit 50 millions d'euros, la part des pensions servies à des bénéficiaires âgés de plus de 65 ans, qui s'apparentent donc plutôt à des pensions d'ancienneté ⁽¹⁾. Les modifications statutaires actuellement envisagées visent à assurer cette distinction à l'avenir.

43. La Cour estime à environ 370 000 euros le coût net moyen d'une invalidité ⁽²⁾. Au rythme de départ actuel, soit environ 200 agents, les pensions d'invalidité accordées chaque année représentent donc un coût net total de l'ordre de 74 millions d'euros. Comme l'explique la note de bas de page de ce point, ce coût net ne correspond pas au montant de la pension d'invalidité versé à l'ancien agent.

⁽¹⁾ L'estimation s'appuie sur les informations extraites de Sysper, la base de données de la Commission, qui contient des données personnelles concernant les agents en activité et les agents retraités.

⁽²⁾ Dans le cadre du présent rapport, le coût net d'une invalidité est défini comme la valeur actuarielle nette de l'incidence (dépenses-recettes) sur le budget communautaire de l'octroi d'une pension d'invalidité. Cette incidence est égale à la valeur actuarielle de la différence entre, d'une part, le coût budgétaire net de la mise en invalidité (c'est-à-dire le coût de la pension d'invalidité augmenté du salaire de l'agent recruté pour remplacer l'invalidé) et, d'autre part, le coût budgétaire net de l'agent s'il avait poursuivi normalement sa carrière (c'est-à-dire le salaire de l'agent jusqu'à l'âge normal de la retraite, augmenté de sa pension d'ancienneté et du salaire de son remplaçant après cette date).

Appréciation de l'invalidité

44. L'article 78 du statut prévoit qu'un fonctionnaire ou un agent temporaire «a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il est atteint d'une invalidité permanente considérée comme totale et le mettant dans l'impossibilité d'exercer des fonctions correspondant à un emploi de sa carrière».

45. Si une «invalidité permanente considérée comme totale» s'entendait comme un état comportant une perte totale de l'intégrité physique et/ou psychique, pratiquement aucun des sujets admis à l'invalidité composant l'échantillon soumis à l'examen du médecin expert de la Cour ne serait classé en invalidité totale. Dans la pratique, conformément à l'esprit du statut, il y a lieu d'établir l'invalidité comme une incapacité de travail, c'est-à-dire l'impossibilité pour l'agent d'exercer des fonctions correspondant à un emploi de sa carrière. L'invalidité est par conséquent multifactorielle et s'apprécie sur la base, d'une part, d'éléments strictement médicaux, qui peuvent être identifiés et mesurés par un examen clinique et des tests et, d'autre part, d'éléments non médicaux qui font appel à des paramètres non mesurables mais au contraire subjectifs. Le statut ne prévoit pas d'autres solutions aux problèmes de santé, telles que la possibilité de travailler à temps partiel ou à un niveau de responsabilité moins exigeant dans l'organisation.

La plupart des administrations nationales et des organisations internationales visitées par la Cour recourent à une notion similaire. Toutefois, en France, conformément aux dispositions applicables aux fonctionnaires de l'État ⁽³⁾, le degré d'incapacité est déterminé sur la base d'une échelle d'invalidité officielle. En Suède, l'invalidité peut être totale ou partielle; en cas d'invalidité partielle (par exemple à 75 %), l'agent doit travailler à temps partiel (par exemple à 25 %) ⁽⁴⁾.

46. Pour apprécier «l'incapacité d'exercer des fonctions correspondant à un emploi de sa carrière», une bonne connaissance de l'environnement professionnel et une bonne synergie médico-administrative sont nécessaires, en particulier dans le cas des pathologies de nature psychique ⁽⁵⁾. Il est particulièrement important de connaître l'environnement professionnel spécifique de l'agent et d'explorer réellement et en temps utile d'autres solutions que la mise en invalidité. Les systèmes mis en place par les institutions européennes présentent des faiblesses importantes à cet égard.

47. En effet, l'invalidité n'est abordée actuellement que sous l'angle médical, ce que les médecins-conseils des institutions sont

⁽³⁾ Fonctionnaires et stagiaires de l'État — Protection sociale contre les risques maladie et accidents de service (circulaire du 30 janvier 1989).

⁽⁴⁾ Données obtenues lors de la visite auprès de l'Agence suédoise des employeurs du secteur public.

⁽⁵⁾ Ceux-ci constituent près de la moitié des cas d'invalidité dans les institutions européennes.

les premiers à déplorer. Les services en charge de la gestion du personnel et les services d'affectation se limitent dans une large mesure aux aspects purement administratifs de la procédure. La responsabilité est donc laissée à la commission d'invalidité d'apprécier non seulement la partie purement médicale du problème, mais aussi les facettes non médicales de celui-ci ⁽¹⁾. Il est très fréquent que la commission ne connaisse pas de manière suffisamment précise la nature des fonctions que le patient exerce ou qu'il pourrait valablement exercer. Dès lors, l'incapacité de travail est appréciée par rapport à un cadre de référence théorique, qui suppose une uniformité des postes de travail relevant de la catégorie en question, alors que la réalité est bien plus variée. L'environnement de travail et notamment les aspects relationnels constituent en effet un des principaux facteurs de spécificité. Le système se prête donc à une interprétation large de la notion d'invalidité.

Suivi, analyse des causes et mesures correctrices

48. Les institutions n'ont pas mis en place de système de suivi leur permettant, de manière continue ou à intervalles réguliers, de mesurer notamment la fréquence des départs en invalidité, de connaître les pathologies à l'origine de ces départs, d'analyser les tendances selon un ensemble de paramètres pertinents (âge, sexe, catégorie, ancienneté, etc.), d'identifier les groupes de population les plus exposés, d'analyser les causes des fréquences les plus élevées, et de concevoir et mettre en œuvre les mesures possibles en matière de prévention, de détection précoce, ou de recherche d'autres solutions. Cela est révélateur d'un certain manque d'intérêt de la part des institutions, tant pour ce qui concerne la gestion financière du régime que pour les aspects relatifs à l'environnement de travail et à la gestion du personnel qui sont davantage susceptibles d'avoir une incidence sur ce phénomène.

49. Quelques statistiques ont été établies au moment de la parution des observations de la Cour dans son rapport annuel relatif à l'exercice 1987, ou immédiatement après. L'essentiel de ces données a été communiqué par la Commission en réponse à deux questions parlementaires d'octobre 1991 et de juin 1993, et dans un rapport qu'elle a présenté en décembre 1993 à la demande du Conseil lors de l'examen de l'avant-projet de budget pour 1994, dont les analyses restent toutefois très sommaires. La Cour n'a relevé depuis lors aucune tentative de mesure et d'analyse globale du fonctionnement du régime.

50. Des informations éparses ou très ponctuelles sont parfois disponibles, par exemple sur les pathologies à l'origine des mises en invalidité, mais elles sont le résultat d'initiatives individuelles de certains médecins-conseils et non d'une demande des institutions. D'ailleurs, soit elles sont conservées par les services médicaux pour leur propre information, soit, lorsqu'elles sont transmises aux services de l'administration, elles ne donnent lieu à aucune

suite ⁽²⁾. La suggestion du collège médical interinstitutionnel de réaliser une étude épidémiologique n'a pas obtenu le financement nécessaire, et l'idée plus récente des gestionnaires du régime commun d'assurance maladie de réaliser une étude sur l'état général de la santé des fonctionnaires s'est heurtée à l'opposition des représentants du personnel et de certaines administrations au motif de garanties insuffisantes quant à l'utilisation de ces données.

51. S'agissant de l'analyse des causes de l'invalidité, il convient toutefois de relever l'initiative du médecin-conseil du Parlement à Luxembourg. Celui-ci a produit pour la période 1983-1998 des rapports quinquennaux qui donnent un exemple de ce qui pourrait être fait de manière systématique pour l'ensemble des institutions. Ces rapports sont riches en informations, notamment sur la fréquence des départs en invalidité et sur les pathologies à l'origine de ces départs. Ils formulent un certain nombre d'hypothèses sur les causes des invalidités et de recommandations sur la nature des actions possibles, notamment en matière d'organisation et d'environnement de travail, et concernant certains aspects de la gestion du personnel.

52. Selon ces rapports, l'organisation du travail et l'environnement psycho-social seraient des facteurs importants de stress et de démotivation, qui ont une incidence sur l'état de santé du personnel et peuvent contribuer au pourcentage élevé, en l'occurrence environ 50 %, des affections psychiques dans les pathologies à l'origine des départs en invalidité. Les sentiments d'une répartition inadéquate des tâches, de l'exclusion des agents du processus décisionnel et de carences au niveau de l'encadrement figureraient parmi les causes d'une insatisfaction professionnelle qui, en cas d'affection atteignant le physique et/ou le psychique d'un agent, peuvent avoir un effet déterminant dans le processus qui conduit à la mise en invalidité. Ces problèmes affectent plus particulièrement les agents des catégories inférieures, qui ont le sentiment que leur rôle est moins valorisant et moins reconnu. Cette analyse est largement partagée par les médecins conseils des autres institutions et par les services de gestion du personnel. Les réponses reçues par la Cour au questionnaire qu'elle a adressé à un échantillon d'agents en invalidité (point 2) semble confirmer cette analyse. En effet, dans environ un tiers des cas, les agents indiquent qu'ils n'étaient pas satisfaits de la nature de leurs fonctions et/ou des conditions dans lesquelles ils devaient les exercer et, dans deux tiers de ces cas, que cette insatisfaction a influé sur le fait qu'ils ont demandé ou accepté leur mise en invalidité. Ils mettent généralement en cause la surcharge de travail, la pression des délais, l'insuffisance des ressources humaines et matérielles et, assez fréquemment, le rôle de la hiérarchie à l'égard de ces problèmes.

⁽¹⁾ Ces facettes non médicales sont, par exemple, le degré de satisfaction professionnelle, la qualité des relations avec les collègues, la maîtrise de nouvelles technologies, etc.

⁽²⁾ Un médecin de la Commission à Bruxelles actualise depuis 1997 des statistiques sur les causes médicales des invalidités, qui ne sont pas diffusées à d'autres services. Depuis 1999, le médecin-conseil du Conseil soumet des statistiques annuelles similaires à l'administration; des mesures sont envisagées.

Détection précoce, synergie médico-administrative et solutions de rechange

53. En raison des faiblesses des systèmes de contrôle des absences, exposées précédemment, les institutions ne sont pas en mesure de détecter systématiquement à un stade précoce les personnes à risque, dont l'état de santé et/ou les performances se dégradent. Elles ne peuvent donc prendre les mesures appropriées (par exemple en matière de mobilité, d'organisation du travail, etc.) en temps utile, c'est-à-dire lorsqu'une action médico-administrative coordonnée permettrait d'éviter un engrenage qui conduit ensuite inéluctablement à l'exclusion de l'environnement professionnel, et donc à la mise en invalidité.

54. Les réponses à un questionnaire envoyé par la Cour à un échantillon d'anciens agents montrent que, dans environ la moitié des cas, ni les services de leur administration ni leurs supérieurs hiérarchiques ne se sont mis en contact avec eux lors de leurs périodes d'absence pour cause de maladie au cours de l'année qui a précédé l'ouverture de la procédure d'invalidité, pour s'informer de leur état de santé et d'une éventuelle reprise de leurs activités. Ils l'interprètent comme une indifférence générale à leur égard, précisément à un moment où ils connaissaient des difficultés et attendaient appui et sollicitude de la part de leur institution en général, et de leurs supérieurs hiérarchiques en particulier.

55. L'étude du médecin expert de la Cour a montré que, à quelques rares exceptions près, les dossiers examinés ne comportent aucune indication que des démarches sérieuses aient été entreprises en vue d'aboutir au préalable à une solution de rechange. Les éventuelles propositions du médecin-conseil, visant principalement à des changements d'affectation, ne sont pratiquement jamais suivies d'effet. L'offre d'une solution de rechange à la mise en invalidité est rare ou trop tardive. Un quart des agents en invalidité de l'échantillon auraient vraisemblablement pu rester en activité si l'institution avait détecté et traité ces cas de manière précoce. Les réponses reçues au questionnaire adressé à l'échantillon d'agents en invalidité confirment ce sentiment, 20 % des agents estimant qu'ils auraient pu poursuivre leur activité si une autre solution leur avait été proposée. Sur cette base, la Cour estime à quelque 10 millions d'euros par an, l'économie qui, en principe, pourrait être faite sur le coût net des pensions d'invalidité accordées dans l'année, par la mise en œuvre d'une politique de détection et de traitement précoces des absences pour maladie, répétées ou prolongées.

Ouverture de la procédure de mise en invalidité

56. L'article 59, paragraphe 1, du statut n'autorise l'institution à saisir la commission d'invalidité que lorsque l'agent a accumulé plus de douze mois d'absence pour cause de maladie sur une période de trois ans. La question, difficile, de la pertinence de la

longueur de l'incapacité temporaire préalable à l'ouverture de la procédure, se pose. En effet, pour tout médecin ayant une expérience en la matière et tout spécialiste des ressources humaines, il est notoire qu'un sujet éloigné de manière prolongée de son milieu professionnel ne s'y réinsère que très rarement, en raison d'un ensemble de facteurs médicaux, psychologiques, technologiques ou sociologiques. Ce phénomène est confirmé par le fait que les procédures aboutissent pratiquement toujours à la mise en invalidité dans pareils cas. Un examen approfondi de l'échantillon soumis à l'étude du médecin expert de la Cour donne à penser qu'un seuil d'absence de six mois serait plus approprié pour, d'une part, traiter les cas où une action coordonnée est encore utile et possible et, d'autre part, ne pas maintenir dans une situation financièrement privilégiée ⁽¹⁾ ceux dont les possibilités de reprise durable d'activité sont d'ores et déjà irrémédiablement exclues. Sur la base des informations dont elle dispose, la Cour observe d'ailleurs que les procédures ouvertes à la demande de l'agent le sont en moyenne après une durée d'absence de cinq mois sur une période de trois ans.

La durée de la période d'incapacité permettant aux administrations nationales et organisations internationales d'entamer la procédure à leur initiative varie considérablement selon les régimes d'invalidité. Par rapport au régime de la Communauté, cette période est plus courte en Allemagne (trois mois sur une période de six mois) et à la BERD (six mois). Au BIT (dix-huit mois sur une période de quatre ans), les conditions sont plus proches de celles du régime de la Communauté ⁽²⁾.

57. De surcroît, si les plus petites institutions (Cour de justice et Cour des comptes) saisissent la commission d'invalidité dès que le seuil des douze mois d'absence est atteint, il n'en est pas de même dans les plus grandes qui tardent fréquemment. Ainsi, dans l'échantillon examiné, la procédure a été lancée après plus de quatorze mois d'absence dans 20 % des cas à la Commission et 38 % des cas au Parlement, la durée moyenne d'absence cumulée s'établissant à environ dix-sept mois ⁽³⁾ dans ces deux institutions.

Commission d'invalidité

Constitution

58. Une particularité du système communautaire, qui le rend assez lourd par rapport à d'autres régimes de pensions d'invalidité (voir ci-après), est que deux des trois médecins composant la

⁽¹⁾ Maintien de la rémunération intégrale.

⁽²⁾ Données obtenues lors des visites.

⁽³⁾ Cette analyse n'a pas pu être faite pour le Conseil parce que celui-ci n'a pas fourni les données nécessaires.

commission d'invalidité ne sont pas désignés par l'organisme qui finance la pension. Il s'agit du médecin représentant l'agent et du troisième médecin désigné d'un commun accord avec celui représentant l'institution.

Les administrations des États membres visités procèdent de la manière suivante.

En Autriche, le «Bundespensionsamt» (office fédéral des pensions) fait procéder à deux examens médicaux réalisés chacun par un seul médecin. En Allemagne, l'avis médical est remis par le médecin-conseil de l'administration; au Royaume-Uni, par le «Medical Services Advice Board» (conseil consultatif des services médicaux), en Suède par le médecin du régime de pension et à la BERD par le médecin de la compagnie d'assurance. À l'ONU, le comité des pensions du personnel formule une recommandation sur la base d'un rapport médical du service médical commun. Le comité est constitué de représentants du personnel, de l'administration et des États membres. En France, l'avis est remis par la «commission de réforme» du ministère concerné, qui est constituée du chef de service, du contrôleur financier, de deux représentants du personnel et des trois médecins de la commission médicale. Le médecin conseil du service concerné peut avoir accès au dossier, exprimer son opinion et assister à la réunion de la commission à titre consultatif. Si elle le souhaite, la commission peut également entendre les médecins choisis par l'agent et par l'administration ⁽¹⁾.

59. La coopération de l'agent, qui doit désigner un des membres de la commission d'invalidité, est apparue moins évidente dans les cas où la procédure était ouverte à l'initiative de l'institution. En effet, il a été constaté dans l'échantillon examiné qu'il faut en moyenne 50 jours pour que la commission d'invalidité puisse se réunir dans le cas où c'est l'agent qui en a fait la demande, mais qu'il en faut le double dans les cas où c'est l'institution qui en a pris l'initiative ⁽²⁾. Dans 20 % des cas, le délai moyen a été supérieur à six mois.

60. Ce phénomène peut s'expliquer dans une certaine mesure par le fait que les dossiers examinés sont liés essentiellement à des pathologies psychiques, qu'ils s'inscrivent peut-être parfois dans un contexte relationnel conflictuel avec l'institution et que l'agent en congé de maladie perçoit l'intégralité de sa rémunération.

61. Les délais sont également imputables à la difficulté, pour le médecin-conseil de l'institution et pour le médecin désigné par l'agent, d'aboutir à un accord sur le choix du troisième médecin. Les médecins-conseils ont indiqué qu'ils s'étaient assez souvent trouvés dans l'obligation de s'opposer à des propositions portant sur des médecins dont la propension à reconnaître l'invalidité serait bien connue. Les retards résultent enfin de la difficulté fréquente de réunir les trois médecins.

⁽¹⁾ Données obtenues lors des visites.

⁽²⁾ Cette différence est toutefois en partie inévitable dans la mesure où, lorsque la procédure est ouverte à l'initiative de l'agent, celui-ci communique en général le nom du médecin qui le représente immédiatement lors de sa demande.

62. L'étude des dossiers de l'échantillon par le médecin expert de la Cour conduit néanmoins à conclure que le choix du troisième médecin composant la commission d'invalidité a toujours été bien adapté, les critères ayant été la compétence et la notoriété, l'indépendance vis-à-vis des parties et la connaissance tant du mécanisme de l'expertise que de la spécialité médicale concernée par les travaux.

Fondement des avis

63. Comme indiqué au point 1, l'un des objectifs particuliers de l'audit a été de vérifier que les pensions d'invalidité ne sont octroyées que pour les seuls cas où cette invalidité a été valablement reconnue. Dans la totalité des 63 cas de l'échantillon étudiés par le médecin expert de la Cour, celui-ci est parvenu à la conclusion que les avis sont fondés sur des travaux suffisants et adéquats démontrant l'existence d'un lien clair et compréhensible, pour un médecin, entre les constatations et les conclusions de la commission d'invalidité. Ils sont systématiquement motivés par le diagnostic, l'évolution, les possibilités d'amélioration ou de guérison ou, au contraire, le caractère probable ou certain de la persistance des causes invalidantes. Ils tiennent compte tant des éléments médicaux que de ceux relatifs à l'intégration de l'agent dans son environnement socioprofessionnel dans les limites, cependant, auxquelles sont soumis les travaux de la commission d'invalidité, exposées au point 47. L'étude n'a pas révélé de cas où la mise en invalidité aurait été clairement injustifiée; dans deux cas, la gravité de l'affection et son caractère totalement invalidant semblaient toutefois pouvoir être discutés, ce qui en soi n'est pas anormal compte tenu de l'inévitable marge d'interprétation inhérente à une telle appréciation.

64. Les pathologies non psychiatriques sont établies par des examens techniques appropriés, autorisant un diagnostic précis et exact. Les avis se fondent sur une démarche classique d'expertise, correctement effectuée, autorisant un avis fiable, reproductible, et dont la lisibilité est irréprochable. En ce qui concerne les pathologies psychiatriques, les éléments du dossier imposent également le diagnostic et permettent d'apprécier la gravité relative de l'affection.

Décision de mise en invalidité

65. Lorsque l'agent est reconnu invalide par la commission d'invalidité, il est mis d'office à la retraite le dernier jour du mois au cours duquel est prise la décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination (AIPN) constatant l'incapacité définitive pour l'agent d'exercer ses fonctions. Le droit à la pension d'invalidité naît à compter du premier jour du mois civil suivant cette décision. La Cour a observé, dans près de 25 % des dossiers de l'échantillon, des retards dans l'adoption de la décision de l'AIPN, qui ont eu pour effet de différer inutilement la mise en invalidité de l'agent d'un mois.

Contrôles médicaux postérieurs à la mise en invalidité

66. Le statut (article 15 de l'annexe VIII) prévoit que l'institution peut faire examiner régulièrement l'ancien agent mis en pension d'invalidité jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 60 ans, en vue de s'assurer qu'il réunit toujours les conditions requises pour bénéficier de cette pension.

67. La fréquence de ces contrôles varie sensiblement d'une institution à l'autre. La Cour de justice et la Cour des comptes soumettent les agents à un contrôle systématique tous les deux ans, à l'exception de ceux pour lesquels la commission d'invalidité a estimé ce contrôle inutile en raison du caractère irréversible de la maladie. À la Commission, le contrôle est effectué selon une fréquence fixée par la commission d'invalidité, en général, tous les ans ou tous les deux ans. Au Conseil, un seul contrôle est effectué, entre un an et demi et trois ans après le départ en pension d'invalidité, et ceci dans une faible proportion des dossiers (environ 17 % selon le médecin-conseil). Au Parlement, de tels contrôles médicaux sont rares.

68. Dans l'échantillon qui a fait l'objet de l'étude du médecin expert de la Cour, 60 % des dossiers ⁽¹⁾ n'ont pas été soumis par la commission d'invalidité à l'obligation de tels contrôles. Dans tous les cas, la décision de la commission d'invalidité est justifiée par des considérations appropriées concernant la santé de la personne en cause et son évolution prévisible. Dans les cas où le contrôle a été prévu, les examens ont été correctement effectués et les conclusions auxquelles ils aboutissent sont fondées.

69. Dans la pratique, la possibilité de faire procéder à un examen médical prévue par le statut ne permet pas réellement de mettre un terme à la situation d'invalidité. En effet, il est extrêmement rare qu'une telle interruption aboutisse à une réintégration réussie. Pour les raisons mentionnées au point 56, dans les rares cas où il y a reprise du travail, l'agent est ensuite presque toujours mis en invalidité après une période relativement brève.

Projet de réforme du régime

70. La Commission a formulé, dans le cadre du projet de réforme du statut, un ensemble de propositions visant à réduire l'attrait financier des pensions d'invalidité. Pour l'essentiel, ces propositions sont identiques à celles figurant dans le «rapport Caston» de 1989 (points 16 et 17):

- a) remplacement de la pension d'invalidité par une allocation d'invalidité à laquelle succède une pension d'ancienneté à l'âge de la pension (entre 60 et 65 ans, lorsque le taux maximal est atteint);
- b) calcul de l'allocation d'invalidité à hauteur de 70 % du traitement de base et non plus sur la base du taux de la pension d'ancienneté à laquelle l'agent aurait eu droit à 65 ans s'il était resté en activité jusqu'à cet âge;
- c) suppression de l'avancement d'échelon durant la période d'invalidité;
- d) réduction du minimum vital de 120 % à 100 % du traitement de base d'un agent au premier échelon du grade le moins élevé;
- e) introduction d'une règle anticumul qui consiste à déduire de l'allocation d'invalidité un montant équivalent à la partie des revenus cumulés (allocation et revenus d'activités lucratives) qui dépasse le montant total de la dernière rémunération perçue par l'agent lorsqu'il était en service;
- f) assujettissement de l'allocation d'invalidité à la contribution au régime de pension;
- g) calcul du montant de la pension d'ancienneté sur la base du dernier traitement de base en activité.

71. De l'avis de la Cour, ces mesures se traduiraient par une diminution d'environ 25 % du coût net total des pensions d'invalidité accordées chaque année qui, au rythme actuel des départs, passerait d'environ 74 millions d'euros (voir point 43) à environ 55 millions d'euros. Par ailleurs, la Cour estime à environ 10 % la réduction moyenne qui résulterait de ces mesures sur le montant de la pension d'invalidité servie aux agents; l'incidence serait plus forte pour les agents des catégories C et D bénéficiant du minimum vital, qui enregistreraient une diminution d'environ 14 %.

72. La modification de la règle du minimum vital devrait se traduire par une économie d'environ 2 millions d'euros sur le coût net des pensions d'invalidité accordées chaque année. Pour les bénéficiaires concernés, elle entraînerait une diminution d'environ 6 % du montant de la pension servie. Cette mesure vise à assurer une plus grande équité avec les agents qui poursuivent leur activité jusqu'à l'âge normal de la retraite et à encourager la poursuite du travail en la rendant financièrement plus intéressante que l'invalidité. Dans certains cas, la pension d'invalidité minimale restera cependant plus élevée que la pension d'ancienneté.

⁽¹⁾ 38 cas sur 63.

73. La Commission n'a mené aucune réflexion avec les médecins-conseils des institutions, qui sont pourtant les principaux acteurs du fonctionnement du régime, et a omis de prendre en considération les paramètres autres que financiers qui, comme la Cour le montre dans le présent rapport, ont une incidence prédominante. Le problème de l'invalidité est, en effet, à la fois humain et financier. La réforme envisagée ne tient pas compte des actions qui devraient être prises en amont dans le cadre d'une politique de prévention (conditions de travail, campagnes d'information, suivi des absences, mobilité, etc.) puis également en aval, dans le cadre d'une politique de réhabilitation ou de reclassement (travail à temps partiel, aménagement des horaires, etc.), afin d'encourager les agents de santé médiocre à poursuivre leur activité dans des conditions raisonnables, sans forcément devoir demander leur mise en pension d'invalidité.

CONCLUSIONS

74. Les principales conclusions de l'audit sont les suivantes:

- a) les pensions d'invalidité accordées chaque année représentent un coût net total de l'ordre de 74 millions d'euros, avec un coût net moyen d'environ 370 000 euros par cas d'invalidité (point 43);
- b) dans tous les cas d'invalidité examinés, celle-ci avait été dûment reconnue (point 63);
- c) les institutions n'ont pas élaboré de politique globale en matière de gestion des absences et de l'invalidité faute de motivation de la part de l'encadrement supérieur à cet égard (points 21 et 41);
- d) les systèmes de gestion ont souffert de carences dans différents domaines, et la gestion des absences et de l'invalidité a été abordée sous le seul angle médical (points 20 à 39 et 44 à 54);
- e) l'adoption de mesures administratives adéquates en matière de prévention, de diagnostic et de traitement précoces permettrait de réaliser des économies financières (point 55).

75. L'audit de la Cour met en lumière une situation complexe. D'une part, sur les quinze dernières années, le taux des départs en invalidité est resté stable, l'accroissement des mises en invalidité pouvant s'expliquer par l'augmentation et le vieillissement des effectifs des institutions. Selon le médecin expert de la Cour, les pensions d'invalidité sont accordées de manière justifiée, les commissions d'invalidité effectuant des travaux suffisants et adéquats pour apprécier la réalité et la gravité des causes pathologiques

ainsi que l'incapacité qui en résulte. D'autre part, certains grades enregistrent un nombre plus élevé de départs pour raison d'invalidité que de départs normaux en pension. Selon les rapports des médecins conseils des institutions et des enquêtes réalisées auprès des personnes percevant une pension d'invalidité, les frustrations ressenties dans l'environnement de travail constituent un facteur important de démotivation du personnel qui finit par prendre sa pension pour raison de santé. Par ailleurs, une part importante des départs en invalidité pourrait être évitée si les mesures administratives adéquates étaient prises en temps opportun afin de prévenir et de traiter à un stade précoce les problèmes médicaux, ainsi que les problèmes professionnels qui leur sont liés.

76. Des déficiences ont été constatées dans la politique globale ainsi que dans les systèmes de contrôle des absences pour cause de maladie, qui souffrent de manière générale d'un manque de clarté et de coordination entre les différents services impliqués, d'un manque de moyens, de l'inadéquation des instruments de gestion informatiques et d'entraves résultant des dispositions statutaires. L'absence de synergie médico-administrative dans le traitement des cas d'absences pour maladie de longue durée et/ou répétées et le manque de priorité accordée à la recherche, en temps utile, de solutions de rechange se traduit par une relative facilité à enclencher un processus qui conduit ensuite inéluctablement à l'exclusion de l'environnement professionnel et à la mise en invalidité. Le traitement de l'invalidité est essentiellement abordé sous le seul angle médical, les services en charge de la gestion des ressources humaines et les services d'affectation s'impliquant peu dans le processus et se limitant dans une large mesure à une gestion purement administrative de la procédure.

77. Des retards fréquents dans l'ouverture et dans le déroulement d'une partie substantielle des procédures de mise en invalidité engendrent un coût significatif pour le budget et une mauvaise utilisation des ressources humaines. Les difficultés à constituer et à réunir la commission d'invalidité, dont deux des trois membres sont désignés par ou avec l'accord de l'agent, en sont la cause principale. De même, des retards excessifs sont fréquemment observés dans l'adoption de la décision administrative de mise en invalidité.

78. Les dispositions statutaires en matière de contrôles médicaux postérieurs à la mise en invalidité sont théoriquement satisfaisantes mais, dans la pratique, sans effet perceptible, car il est extrêmement rare qu'elles aboutissent à une réintégration réussie, c'est-à-dire effective et de longue durée. Un sujet dont l'état de santé se dégrade, notamment s'il s'agit de troubles psychiques, et qui est éloigné de manière prolongée de son milieu professionnel, ne s'y réinsère que très rarement et l'invalidité a toujours un caractère définitif, sauf à de très rares exceptions.

79. La Commission a formulé, dans le cadre du projet de réforme du statut, des propositions qui se limitent aux seuls aspects financiers du régime de pension d'invalidité et qui sont, pour l'essentiel, une reformulation de celles qui avaient été faites en 1989, puis abandonnées. Elle n'a pas procédé préalablement à une évaluation d'ensemble du régime en vue d'identifier tous les facteurs qui ont une incidence sur le phénomène de l'invalidité, et elle n'a pas associé à ses réflexions préliminaires les médecins conseils des institutions, qui pourtant sont actuellement les principaux acteurs du processus et étaient en mesure de contribuer utilement à élargir le champ de la réflexion.

RECOMMANDATIONS

80. Il appartient aux institutions d'élaborer une politique globale en matière d'absences pour cause de maladie ou d'invalidité, une politique assortie d'indicateurs de performance, d'un soutien marqué de la part de l'encadrement supérieur, d'une répartition claire des rôles et des responsabilités, d'une forte synergie médico-administrative, et d'une attention soutenue et dotée de moyens importants à l'égard des besoins des agents pour qui une aide est nécessaire. Cette politique doit se centrer à la fois sur les initiatives à prendre à un stade précoce sous la forme de mesures préventives prenant en considération l'organisation et les conditions de travail, et sur les mesures à prendre ultérieurement pour faciliter la réintégration et encourager les agents dont la santé est plus précaire, à continuer à travailler dans des conditions acceptables.

81. Bien qu'elle touche à l'évidence à des matières médicales, cette politique relève avant tout de la responsabilité de l'encadrement. Il convient donc de faire prendre conscience au personnel d'encadrement de son rôle et de ses responsabilités, ainsi que de lui fournir les orientations et la formation nécessaires. Une information des responsables et un système de suivi appropriés doivent être mis en place afin de veiller à une détection en temps utile des cas préoccupants d'absences et de départs en pension d'invalidité, ainsi qu'à l'adoption des mesures adéquates. Les institutions doivent également établir des rapports annuels afin de contrôler les performances du système.

82. Il pourrait s'avérer nécessaire d'apporter certaines modifications au statut des fonctionnaires afin de pouvoir mieux faire face aux situations dans lesquelles un agent entrave un contrôle médical ou s'y soustrait délibérément, et de prévoir des possibilités d'appel et un mécanisme d'arbitrage plus faciles et plus rapides, lorsque les conclusions du médecin contrôleur sont contestées. S'agissant des dispositions relatives à l'invalidité, il pourrait s'avérer judicieux de reconsidérer la période minimale de congé de maladie avant laquelle l'institution peut entamer la procédure, ainsi que l'opportunité des contrôles médicaux après le départ en pension ou les conditions dans lesquelles ils sont réalisés. Une modification de la composition de la commission d'invalidité doit également être envisagée. Il convient enfin de réfléchir à la création d'une structure permanente et interinstitutionnelle.

Le présent rapport a été adopté par la Cour des comptes à Luxembourg en sa réunion du 27 février 2003.

Par la Cour des comptes
Juan Manuel FABRA VALLÉS
Président

LES RÉPONSES DES INSTITUTIONS

RÉPONSE DU CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE

Le texte du rapport de la Cour des comptes relatif au régime de pension d'invalidité des institutions européennes n'appelle pas d'observations de la part du Conseil.

RÉPONSE DU PARLEMENT EUROPÉEN

1 à 2. Objectifs et méthodologie

Le Parlement se félicite du fait que, au terme d'un examen approfondi de 127 des cas les plus difficiles (pensions d'invalidité attribuées pour des raisons psychologiques), et notamment de l'étude par un médecin expert désigné par la Cour de 63 de ces cas, le rapport ne relève aucun élément de nature à suggérer que des pensions d'invalidité ont été octroyées indûment ou que d'autres mesures auraient été plus appropriées. Il se réjouit également de l'accent mis dans le rapport sur le fait que l'amélioration des contrôles et les mesures préventives constituent la meilleure démarche face à un problème difficile.

10 à 14. Statistiques et analyse

Le rapport souligne le fort pourcentage, en termes relatifs comme en chiffres absolus, des fonctionnaires des catégories C et D qui cessent leurs fonctions en se voyant attribuer une pension d'invalidité, ainsi que la proportion substantielle de ces fonctionnaires qui bénéficient des dispositions relatives au minimum vital. Les auteurs du rapport désignent-ils, en évoquant ces statistiques, l'effet incitatif du type de celui qui a été mentionné antérieurement (points 1 et 2)? Si tel est le cas, le Parlement rappelle que, de son point de vue, dans la mesure où l'audit tend lui-même à montrer que les pensions d'invalidité versées à toutes les catégories de personnel ont été dûment attribuées, la question des effets incitatifs est sans objet. Il ressort des principales causes médicales d'invalidité (point 14) que les institutions européennes sont loin de posséder toute la panoplie des moyens susceptibles d'exercer un réel effet sur ces causes (notamment sous les aspects non professionnels).

21 à 23. Politique générale et coordination

Le Parlement accepte sans réserve les commentaires formulés au point 22 du rapport sur la nécessité de définir des procédures

appropriées ainsi que les rôles respectifs des acteurs et des services impliqués dans leur mise en œuvre. Ce sont justement ces principes qui, avec l'étroite association des services d'affectation, sont à la base des changements qu'il propose d'apporter à son système de gestion des absences (voir réponses aux points 30 à 34). Toutefois, il n'est pas tout à fait exact de suggérer (point 23) que le partage des responsabilités touchant à la décision de faire procéder à une visite médicale de contrôle en cas d'absence manque de clarté. Au Parlement, la décision en question relève du chef de la division du personnel, agissant soit de sa propre initiative, soit sur la recommandation d'un médecin-conseil ou à la demande du directeur général ayant la responsabilité du service d'affectation concerné. Une fois encore, rien ne permet de penser que ces procédures ne sont pas parfaitement comprises par toutes les parties impliquées.

28. Systèmes informatiques

La direction générale du personnel participe activement, à l'heure actuelle, à des travaux préparatoires en vue de l'acquisition d'un logiciel complet de gestion des ressources humaines, conçu selon les meilleures pratiques aujourd'hui disponibles et reposant sur des informations intégrées couvrant tous les services. Une fois mise en place, cette application devrait permettre d'éviter les problèmes auxquels il est fait référence dans le rapport, en particulier l'impossibilité actuelle d'enregistrer les congés de maladie en dehors des jours ouvrables.

30 à 34. Contrôles médicaux

Comme le rapport l'indique, les contrôles médicaux sont effectués par des médecins employés à cette fin, sur une base contractuelle, tant à Luxembourg qu'à Bruxelles, où 60 et 21 contrôles, respectivement, ont été réalisés en 2001 (des contrôles ont eu lieu également au cours des années précédentes, mais les statistiques sont inexistantes pour cette période).

Cependant, ces médecins contrôleurs interviennent aujourd'hui sous l'autorité des médecins conseils de l'institution. Les auteurs du rapport appellent à juste titre l'attention (point 32) sur les problèmes de compatibilité des rôles qui se posent inévitablement aux médecins conseils de l'institution et sur le fait que le régime actuel est contraire aux règles et aux normes internationales en la matière. Aussi la direction générale du personnel du Parlement est-elle en train de préparer une série de réformes qui devraient répondre dans une large mesure à ce reproche ainsi qu'aux autres critiques formulées dans le rapport. Parmi ces réformes figureront notamment:

- le transfert de toutes les responsabilités concernant les contrôles médicaux, y compris la responsabilité de la désignation des médecins contrôleurs, du service médical au service du personnel,
- un traitement amélioré des certificats médicaux, qui incomberait éventuellement non plus au service médical, mais à la division du personnel,
- un suivi attentif des congés de maladie par le bureau des congés en vue de la détection précoce des anomalies et de l'engagement des suites nécessaires,
- l'étroite implication, à un stade précoce, de la division des affaires sociales lorsque sont détectés des cas problématiques, ce service étant chargé d'assurer, en collaboration avec le médecin conseil et — le cas échéant — d'autres services d'assistance, l'adoption de mesures de suivi appropriées, éventuellement sous la forme de recommandations adressées à l'Autorité investie du pouvoir de nomination quant à la situation administrative de la personne concernée.

Il est envisagé que le système ébauché ci-dessus fonctionne moyennant une étroite collaboration entre les services de la direction générale du Personnel et les services d'affectation. Il ne s'agit pas seulement de résoudre le problème de la compatibilité des rôles tel qu'il a été exposé précédemment; ce qui importe c'est de mettre en place un cadre dans lequel les rôles de tous les intervenants seront convenablement définis et qui favorisera le suivi rigoureux et la détection précoce des problèmes auxquels la Cour des comptes attache à juste titre une grande importance. On peut espérer qu'un régime fondé sur les principes exposés ci-dessus sera mis en œuvre au début de 2003 et qu'il permettra également la réunion plus rapide, si nécessaire, des commissions d'invalidité et l'application à plus bref délai des recommandations formulées par ces dernières.

35 et 36. Délais de présentation des certificats médicaux

Selon la réglementation en vigueur au Parlement, les certificats médicaux doivent être présentés à partir du quatrième jour d'absence. Ce délai étant relativement court, il s'écoule généralement, dans la pratique, une plus longue période avant que des dispositions soient prises pour déterminer le statut de la personne concernée et, le cas échéant, tenter d'obtenir la régularisation de la situation. En pareil cas, les dispositions dont il s'agit signifient normalement que le bureau des congés prend tout d'abord contact avec le médecin-conseil afin d'établir si un certificat est en cours d'acheminement, puis avec le service d'affectation afin de déter-

miner si ce dernier dispose de renseignements susceptibles d'expliquer ou de justifier l'irrégularité apparente. La «sanction» ultime, lorsqu'il n'est présentée aucune explication valable ou aucun certificat médical, consiste à déduire, après en avoir saisi le chef de la division du personnel, le nombre de jours en question du congé annuel (ou à les imputer sur le traitement) de la personne et à adresser à celle-ci une lettre l'avisant de cette décision. Néanmoins, la production ultérieure d'un certificat médical ou d'une explication valable de la transmission tardive conduit normalement, en pratique, à l'annulation de cette décision.

Comme la Cour des comptes le souligne, un tel système ne permet guère, naturellement, à l'institution d'engager des contrôles médicaux avec la célérité voulue (dans les cas, sans doute minoritaires, où une telle procédure semblerait effectivement appropriée). Par contre, la volonté d'appliquer d'une manière draconienne la règle des quatre jours apparaît d'une utilité douteuse et semble, en tout état de cause, être vouée à l'échec eu égard aux implications de l'arrêt rendu par le Tribunal de première instance dans les affaires T-110/99 et T-260/99 (relativement à la présomption de régularité découlant de la présentation ultérieure d'un certificat médical). Par conséquent, les solutions qui peuvent être adoptées pour surmonter cette difficulté seront examinées au vu des autres aspects de l'arrêt en question (voir ci-après).

37 à 40. Mise en œuvre du droit de contrôle

Comme il est souligné dans le rapport, la présomption de régularité établie dans l'arrêt du Tribunal de première instance évoqué ci-dessus met en pièces le droit indéniable (devenu sans doute largement théorique) des institutions de diligenter des contrôles médicaux, tout comme se trouve compromis — si le raisonnement développé dans le paragraphe précédent est juste — le droit de contraindre à présenter rapidement des certificats médicaux.

Dans la recherche d'un moyen de sortir de cette apparente impasse — laquelle, comme la Cour des comptes le souligne, risque de rendre extrêmement difficile la prise en charge des cas de la petite minorité déterminée à exploiter les faiblesses du système — il importe d'admettre que le système effectivement récusé est celui qui consiste à déclarer les absences irrégulières lorsque la personne ne satisfait pas à l'obligation de se soumettre à un contrôle médical. Cette obligation n'est pas en elle-même remise en cause, de même qu'il demeure possible d'appliquer d'autres formes de sanction disciplinaire pour obtenir satisfaction. Le problème, évidemment, réside en ceci que la solution de remplacement — à savoir le recours aux procédures disciplinaires formelles — est un instrument plutôt lourd et peu discriminant qui ne peut être appliqué dans tous les cas. Même lorsque l'obligation d'un contrôle médical est satisfaite, le processus est encore compromis, comme la Cour le souligne (point 39), par les pesants mécanismes de règlement des litiges entre le médecin contrôleur et le médecin traitant.

Dans ces conditions, il est évident que les institutions devront moins recourir à des mécanismes standardisés comme la déclaration d'absence irrégulière susmentionnée, pour appliquer davantage des systèmes de gestion, tels ceux que le Parlement a proposés ci-dessus, qui permettraient de détecter, cibler et prendre en charge les cas manifestement les plus problématiques, quelles que soient la durée et la lourdeur des procédures, avec le degré de détermination dont on peut raisonnablement penser qu'il sera appliqué dans un nombre très restreint de cas. Une telle démarche serait, assurément, malaisée et ne produirait sans doute pas des résultats à brève échéance. Toutefois, appliquée avec l'énergie voulue, elle est susceptible de produire sur tout le personnel un effet pédagogique qui devrait être substantiel.

47. *La méthode d'instruction des cas d'invalidité*

Comme la Cour des comptes le souligne, l'invalidité est abordée aujourd'hui principalement sous l'aspect médical. Les mesures exposées dans la réponse aux points 30 à 34 du rapport visent notamment à lutter contre cette tendance. Le rôle qu'il est prévu d'attribuer à la division des affaires sociales, notamment, devrait permettre d'inscrire les décisions prises sur les cas individuels dans un cadre d'évaluation plus large, ce qui résoudrait le problème du cadre de référence théorique auquel il est fait allusion dans le rapport.

48 à 55. *Suivi, analyse des causes et mesures correctrices*

Les médecins conseils de l'institution accomplissent un utile travail de suivi des invalidités et de leurs causes. Les propositions formulées dans la réponse ci-dessus aux points 30 à 34, qui devraient permettre d'améliorer progressivement la surveillance, la détection précoce et les remèdes préconisés aux points 53 à 55 du rapport, constituent en elles-mêmes une réponse aux préoccupations des médecins conseils. Plusieurs autres mesures ont été prises, à savoir:

- l'affectation au service médical de Bruxelles de deux psychologues, une démarche identique étant envisagée pour Luxembourg,
- la création au sein de la division des affaires sociales d'une unité chargée d'analyser les causes des absences répétées ou prolongées et de prendre contact avec les fonctionnaires concernés en vue de trouver des solutions à leurs problèmes,
- la création, dans cette même division, d'une unité chargée de traiter, en étroite collaboration avec le service médical et les assistants sociaux de l'institution, des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie.

Ces dispositions particulières doivent être considérées dans le cadre plus large des divers aspects de la politique de l'institution à l'égard du personnel, notamment l'accent mis sur l'amélioration de la gestion des ressources humaines par la formation à la ges-

tion, le développement des plans de carrière et de l'orientation professionnelle, la mise en adéquation plus satisfaisante des qualifications et des profils d'emploi au moyen du projet ROME — PE, l'action engagée contre le harcèlement et les brimades sur le lieu de travail, ainsi que les mesures destinées à faciliter le travail à temps partiel.

Des suites sont réservées aux préconisations des médecins conseils dans le sens d'un changement d'emploi. Étant donné la rigidité des structures de l'institution s'agissant des postes de travail, des solutions de ce type ne sont pas toujours réalisables. Les cas dans lesquels elles ont été mises en œuvre avec succès n'apparaissent évidemment pas dans l'échantillon dont a disposé la Cour des comptes.

56 et 57. *Ouverture de la procédure de mise en invalidité*

Les auteurs du rapport font valoir que le seuil à retenir pour l'engagement de la procédure d'invalidité devrait éventuellement être ramené de douze à six mois, car — estiment-ils — un sujet éloigné d'une manière prolongée (soit probablement, en l'occurrence, au moins durant six mois) de son milieu professionnel ne s'y réinsère que très rarement. La pratique suggère, si l'on prend empiriquement en considération des cas de longue maladie (six mois ou plus) n'ayant pas donné lieu à une procédure d'invalidité, qu'une telle conclusion est excessivement pessimiste. Par conséquent, le Parlement est d'avis qu'il n'y a pas lieu de revoir — sinon, peut-être, dans des conditions discrétionnaires très strictes — le seuil de douze mois.

Les retards constatés dans l'engagement de la procédure au-delà même de la période de douze mois, auxquels la Cour des comptes fait référence, ne résultent pas systématiquement d'une inertie bureaucratique. On ne saurait affirmer que l'invalidité est chaque fois souhaitée. En effet, la décision prise par leur institution d'engager la procédure d'invalidité est susceptible de produire des effets psychologiques très préjudiciables sur certaines personnes qui luttent contre une longue maladie, éventuellement en phase terminale. En pareil cas, il convient de mettre en balance les intérêts financiers des institutions et leur devoir de sollicitude envers leur personnel. De plus, étant donné que, comme il est souligné dans le rapport, les décisions d'octroyer une pension d'invalidité sont presque toujours définitives et que ce régime constitue une lourde charge pour le budget communautaire, il ne va pas de soi que l'engagement plus rapide de la procédure (par exemple par la réduction du seuil de déclenchement suggérée au point 82 des conclusions du rapport) servirait nécessairement, dans tous les cas, les intérêts financiers des institutions.

65. *Décision de mise en invalidité*

Comme il a été souligné précédemment (voir réponse aux points 30 à 34), le Parlement espère que les réformes administratives qu'il envisage d'appliquer se traduiront par une mise en œuvre plus rapide des décisions arrêtées par les commissions d'invalidité.

66 et 69. *Contrôles médicaux postérieurs à la mise en invalidité*

La Cour des comptes déclare au point 56 de son audit que «pour tout médecin ayant une expérience en la matière et tout spécialiste des ressources humaines, il est notoire qu'un sujet éloigné de

manière prolongée de son milieu professionnel ne s'y réinsère que très rarement, en raison d'un ensemble de facteurs médicaux, psychologiques, technologiques ou sociologiques». À cet égard, le Parlement a l'intention, comme le suggèrent les réponses formulées ci-dessus, de concentrer ses efforts sur la détection précoce et la prévention des invalidités.

RÉPONSE DE LA COMMISSION**SYNTHÈSE**

I à VII. La Commission accueille favorablement les observations de la Cour concernant le régime d'invalidité. Pour l'essentiel, elles correspondent à l'analyse qu'elle en a faite.

Elle note que l'audit n'a pas relevé de grandes anomalies de fonctionnements telles que des cas de départ pour raisons de santé, non justifiés.

Elle adhère au point de vue de la Cour selon laquelle un soutien adéquat apporté aux fonctionnaires souffrant de problèmes de santé, des mesures préventives plus adaptées, un contrôle administratif plus rigoureux des dossiers voire la création, au sein de l'institution, d'un groupe permanent pluridisciplinaire chargé de suivre individuellement tous les cas problématiques pourraient contribuer à améliorer la situation. La Commission se propose d'examiner la faisabilité des mesures susmentionnées compte tenu des ressources humaines dont elle dispose.

En tout état de cause, l'effet de ces mesures serait progressif et ne devrait pas être escompté immédiatement.

La Commission estime que les mesures actuellement à l'étude pour lutter contre le harcèlement au travail, les expériences pilotes en cours dans le domaine de l'accompagnement familial mais également la réforme dont elle espère qu'elle sera prochainement adoptée par le Conseil concernant les conditions de travail telles que le nouveau système d'évolution de carrière ou même les nouveaux rapports d'évaluation des fonctionnaires peuvent contribuer à améliorer la motivation du personnel et, comme la Cour l'a noté, réduire ainsi les facteurs contribuant à l'invalidité.

LES TRAVAUX ANTÉRIEURS DE LA COUR ET LES SUITES QUI LEUR ONT ÉTÉ DONNÉES

19. Il est exact que les mesures administratives antérieures (en particulier dans le domaine de l'organisation) concernant les absences pour maladie et invalidité étaient insuffisantes. C'est pour cette

raison même que la Commission a proposé de modifier le statut dans son programme de réforme que la Cour a résumé au point 71.

OBSERVATIONS RELATIVES AUX SYSTÈMES DE GESTION DES ABSENCES POUR CAUSE DE MALADIE

21. La Commission estime elle aussi qu'une politique globale comprenant des mesures de prévention plus adaptées, un soutien suffisant apporté aux fonctionnaires souffrant de problèmes de santé et un suivi administratif plus rigoureux des dossiers pourraient contribuer à améliorer la situation. Certains aspects de la réforme administrative tels que les mesures destinées à lutter contre le harcèlement au travail, le soutien psychologique, des meilleures conditions de travail et le nouveau système d'évolution de carrière ainsi que des mutations internes devraient également contribuer à améliorer la motivation du personnel.

Dans le cas précis du soutien médical à apporter au fonctionnaire en cas de problèmes de santé, des dispositifs sont en cours de mise en œuvre au sein du service médical. La responsabilité en incombera à un psychiatre qui sera assisté de travailleurs sociaux; l'unité travaillera en coopération étroite avec les directions des ressources humaines.

Décentralisation ne veut pas dire absence de clarté concernant les rôles respectifs du service médical et, dans les directions générales, des responsables des ressources humaines et de leurs collaborateurs chargés de gérer les absences et les congés.

Au niveau central, le service médical joue un rôle clé puisque, avec l'aide d'une unité «contrôle», qui est très structurée sur le plan administratif, il met en évidence les cas problématiques qui exigent un suivi médical individuel assuré par un médecin qui n'est pas un médecin contrôleur. Il convient également de noter que l'unité «contrôle» partage avec les responsables de ressources humaines le droit de procéder à des contrôles en utilisant les applications informatiques pour cibler les cas les plus significatifs.

23. La méthode utilisée par la Cour de justice et au Conseil serait difficile à appliquer à la Commission qui effectue probablement dix fois plus de contrôles. En outre, dans un nombre croissant de cas, les contrôles sont effectués à la demande des chefs d'unité des directions générales. Cette situation est le résultat d'une campagne de sensibilisation du personnel, qui se poursuivra.

24. Les mesures de décentralisation mises en œuvre en 1998/1999 dans le cadre de la réforme «MAP 2000» a eu un certain nombre d'effets négatifs qui sont soulignés par la Cour. En particulier, l'objectif visant à déléguer des responsabilités aux directions générales n'a pas toujours été pleinement réalisé dans tous les cas. Cette situation s'est améliorée et continue à s'améliorer, en particulier grâce aux mesures visées aux points 21 et 22.

25. Voir observations figurant au point 24.

26 et 27. L'application SIC Congés fonctionne désormais de manière satisfaisante à la suite des importants efforts déployés pour en améliorer l'efficacité.

La base de données Sermed est un outil de travail utilisé exclusivement par les contrôleurs du service médical. Les données en sont naturellement soumises au secret médical. L'outil utilisé pour gérer les absences de congé est l'application SIC Congés.

Cette «duplication» est nécessaire étant donné que le service médical n'est pas compétent dans le domaine des absences du personnel. Cependant, il est évident qu'une amélioration serait souhaitable, notamment pour ce qui est de la vitesse à laquelle les informations nécessaires à la gestion sont transférées de l'unité «contrôle» du service médical vers l'application SIC.

33. La Commission tient à souligner que les médecins contrôleurs n'ont pas d'autres responsabilités dans le service. En outre, elle estime que la qualité ou la pertinence de ces contrôles est satisfaisante et que ces deux critères sont plus importants que le nombre effectif de contrôles (qui, quelquefois sont récusés au motif qu'ils constitueraient un facteur de harcèlement).

En outre, le service médical fait également appel aux services d'une société de contrôle médical (une firme extérieure travaillant sous contrat) qui, sur demande, procède à des contrôles au domicile des patients, dans des délais très brefs.

34. La Commission estime que la pertinence des contrôles compte plus que leur fréquence.

Dans ce contexte, à la fin de l'année 2001, elle a mis au point un système permettant de mieux «cibler» les contrôles effectués à l'initiative de l'unité «contrôle». Elle estime également que les services dont dépendent les membres du personnel sont souvent les mieux placés pour attirer l'attention sur les cas les plus intéressants. L'augmentation récente du nombre de demandes de contrôles présentées par les différents services est un élément positif confirmant la pertinence des contrôles.

35, 36 et 38. La Commission ne croit pas que les dispositions relatives à la présentation de certificats médicaux soient appliquées avec trop de souplesse. Au contraire, elle estime que ces règles sont mises en œuvre avec une telle sévérité que le nombre de réclamations introduites en application de l'article 90 du statut a augmenté.

En ce qui concerne les délais relatifs à la présentation de ces certificats, la Commission s'engage à préciser l'expression «dès que possible».

Elle craint qu'une sévérité accrue ne donne lieu à des réclamations, voire à des appels devant le TPI qui, malheureusement, ne lui donne que rarement gain de cause dans ce domaine.

37. Malgré l'absence de dispositions spécifiques dans le statut, le service médical recommande dans de tels cas que l'AIPN déclare l'intéressé en absence irrégulière. En conséquence, l'article 60, paragraphe 1, du statut est applicable: des journées de congé annuel peuvent être déduites ou une partie de la rémunération peut être retenue sans préjudice d'autres mesures disciplinaires (dans certains cas, c'est l'Office d'investigation et de discipline qui est saisi).

39. La Commission partage le point de vue de la Cour selon lequel la procédure actuelle relative aux litiges concernant les absences pour maladie est inadaptée. Il ne fait aucun doute qu'un réexamen général devrait être envisagé.

OBSERVATIONS RELATIVES AUX PENSIONS D'INVALIDITÉ

41. La Commission n'a pas publié de chiffres concernant le coût à long terme de l'invalidité, quoiqu'il apparaisse effectivement dans le budget sous une rubrique particulière. L'information est donc dans le domaine public et, en tant que telle, accessible au personnel.

Dans ce contexte, il ne faut pas perdre de vue que le personnel a manifesté son opposition, par la voie de certaines organisations syndicales et professionnelles, à l'égard des modifications proposées par la Commission dans le cadre de la réforme.

La Commission ne croit pas que le fait de connaître le coût de l'invalidité et des dépenses qu'elle entraîne réduirait le nombre de demandes de pensions d'invalidité. En l'occurrence, les décisions prises se fondent sur des évaluations médicales et sont prises au cas par cas.

42. Un aperçu du coût du système d'invalidité, en tant que dette à long terme, pourrait être donné dans la mesure où la Commission procède chaque année à une estimation de l'ensemble des engagements concernant le régime de pension. En évaluant l'effet de chaque élément du système, et notamment dans le cadre de l'invalidité, il serait possible d'établir un état de ce type, lorsque la prochaine étude actuarielle du système aura été effectuée.

Il est exact que, lorsqu'un bénéficiaire atteint un certain âge, il pourrait percevoir une pension de retraite. En conséquence, un certain nombre de dépenses qui figurent dans le cadre des pensions d'invalidité devraient figurer dans le cadre des pensions de retraite. La question sera réglée par la réforme proposée par la Commission qui établit une distinction entre le paiement de l'invalidité effective et la pension de retraite.

43. La Commission souhaiterait faire remarquer que, comme c'est le cas dans tous les États membres, un régime d'invalidité est absolument nécessaire. En l'absence d'un tel régime, la productivité d'un invalide est considérablement inférieure à celle d'un fonctionnaire en bonne santé. Le modèle appliqué par la Cour pour calculer le coût net de l'invalidité repose sur l'hypothèse que le fonctionnaire concerné a poursuivi sa carrière jusqu'à l'âge normal de la retraite.

44. Il est exact que le système actuel ne reconnaît que l'invalidité totale. Sur le plan humain, la Commission reconnaît l'intérêt d'une «invalidité partielle» qui permettrait à l'intéressé de continuer à travailler. Cependant, étant donné que le tableau des effectifs prévu par le système actuel contient des postes «complets», ces postes seraient occupés par des personnes travaillant à mi-temps, ce qui serait, en principe, contraire aux intérêts du service puisqu'il ne disposerait pas d'effectifs au grand complet.

Cependant, la Commission a proposé, dans le cadre de la réforme du statut une disposition précise qui autoriserait les fonctionnaires de plus de 55 ans à se préparer à la retraite en travaillant à temps partiel.

47. En ce qui concerne la Commission, l'observation selon laquelle, à l'heure actuelle, l'invalidité n'est pas considérée comme étant, pour un fonctionnaire, l'incapacité totale du point de vue médical d'exercer les fonctions qui lui sont assignées, est pertinente.

Il ne fait aucun doute qu'il faudrait tenter de régler ce problème avant que le comité d'invalidité ne soit saisi. Des mesures ont déjà été prises dans ce sens: les missions du médiateur ont été redéfinies, une unité spécialisée, chargée notamment de l'orientation de la carrière [le service central d'orientation professionnelle et d'évolution des carrières (SCOP)] a été mise en place au sein de la direction générale du personnel et de l'administration (DG ADMIN); souvent, des efforts sont déployés pour trouver un poste convenant mieux au fonctionnaire concerné. Naturellement, le SCOP jouera un rôle dans la structure mentionnée dans les réponses aux observations figurant dans la synthèse (troisième tiret).

48. La Commission tente d'introduire un système d'analyse statistique simple.

52. La Commission estime que les mesures actuellement mises au point pour lutter contre le harcèlement au travail, les expériences pilotes en cours dans le domaine de l'accompagnement familial mais également la réforme dont elle espère qu'elle sera prochainement adoptée par le Conseil concernant les conditions de travail telles que le nouveau système de carrière ou même les nouvelles modalités de notation peuvent contribuer à accroître la motivation du personnel et, comme la Cour l'a noté, réduire ainsi les facteurs contribuant à l'invalidité.

53. La Commission est tout à fait d'accord avec cette analyse. Elle estime que, au-delà des mesures visées au point 21, il faudrait également mettre au point des instruments administratifs (par exemple, l'autorisation donnée par l'autorité budgétaire de prévoir des postes «transitoires» qui rendraient plus facile la réintégration des fonctionnaires dans leur poste).

En outre, elle est en train de mettre en place un dispositif de «suivi médical» (voir observations figurant dans la synthèse).

55. Les dispositions actuellement en vigueur, et notamment l'article 78, paragraphe 1 du statut, aux termes duquel le fonctionnaire a droit à une pension d'invalidité «lorsqu'il est atteint d'une invalidité permanente considérée comme totale et le mettant dans l'impossibilité d'exercer les fonctions correspondant à un emploi de sa carrière», limitent la gamme des solutions de rechange. Sans mettre en doute la validité de l'échantillon, la Commission peut difficilement admettre des conclusions résultant d'impressions données par des personnes qui jugent, après coup, qu'elles auraient pu ne pas être mises en invalidité si des solutions de rechange leur avaient été proposées. En conséquence, la Commission ne croit pas qu'il aurait été possible de faire autant d'économies que la Cour l'estime. Quoi qu'il en soit, la Commission est convaincue que, une fois mises en œuvre les mesures qui seront adoptées dans le contexte de la réforme, il sera possible de faire des économies à l'avenir, par rapport à la situation actuelle.

56. La Commission souscrit à cette interprétation mais émet des doutes quant à la mise en œuvre à court terme des propositions qui, à son avis, exigeraient une modification du statut.

57. La Commission estime que, depuis l'audit de la Cour des comptes, des progrès significatifs ont été réalisés pour ce qui est des périodes concernées.

Dans la situation actuelle, les fonctionnaires souffrant de problèmes de santé sont systématiquement soumis à des contrôles médicaux dès que la période totale d'absence au cours des trente-six mois précédents dépasse 350 jours.

65. Depuis peu, ces retards ont été réduits d'environ 50 %.

70. La Commission souligne que la proposition qu'elle a présentée en vue de modifier le régime d'invalidité vise essentiellement à mettre en place un système plus cohérent et à rectifier certaines anomalies, comme le fait que, dans certains cas, la pension d'invalidité peut être plus élevée que la pension de retraite.

73. Le service médical a participé à la phase préparatoire de la réforme. En outre, les observations présentées concernent le comportement ou les structures administratives plus que la réforme du statut. La Commission tentera d'agir en conséquence (voir observation dans le résumé).

CONCLUSIONS

76. La Commission admet les observations présentées mais estime qu'il est important que la notion d'invalidité reste prioritairement une notion médicale. Comme il a été proposé par ailleurs, la participation d'autres parties doit être envisagée avant l'ouverture de la procédure.

77. Des progrès ont été réalisés et continueront à l'être en ce qui concerne les retards (voir observation au point 65).

RECOMMANDATIONS

80. Comme il a été indiqué ci-dessus (point 21), dans le cadre d'un politique globale, la Commission vise à intensifier ses efforts

pour informer et sensibiliser les directions générales. Elle introduit actuellement un dispositif de conseil et d'appui. Dès que le groupe multidisciplinaire responsable du suivi des cas individuels (comme indiqué dans les réponses aux observations figurant dans la synthèse) aura exercé ses activités depuis un certain temps, elle décidera s'il convient d'introduire un plan d'action plus large ou plus ambitieux, sans perdre de vue que des mesures à grande échelle exigent des ressources qui font actuellement défaut.

81. Le programme de formation des chefs d'unité comprend déjà un cours relatif à la gestion du personnel (qui porte donc aussi sur les absences).

Un système de suivi des causes d'invalidité sera prochainement mis en place.

82. Voir observations figurant au point 73. La Commission n'est pas convaincue qu'une modification de la composition de la commission d'invalidité aurait des effets significatifs.

RÉPONSE DE LA COUR DE JUSTICE

La Cour de justice constate que le rapport ne contient pas de critiques dirigées spécifiquement contre la façon dont son administration gère le régime d'invalidité ou les domaines administratifs et médicaux y afférents.

Elle relève cependant, au sujet des observations relatives aux contrôles des absences pour maladie, que son administration accorde une attention particulière au suivi administratif et médical des fonctionnaires et des agents en congé de maladie de longue durée. En effet, ces absences peuvent dissimuler des problèmes professionnels ou humains, voire mener dans certains cas à une invalidité future.

Dans cette optique, un groupe informel (le médecin-conseil, l'infirmière, l'assistante sociale, le directeur du personnel et des finances, le chef de la division du personnel et l'administrateur principal responsable des affaires sociales et médicales) se réunit, en principe une fois par semaine, pour discuter de ces absences et notamment de la nécessité ou non dans chaque cas de faire effectuer un contrôle médical.

Enfin, il convient de noter que l'administration de la Cour est en train de procéder aux dernières démarches en vue d'engager un médecin externe pour effectuer ces contrôles médicaux.

RÉPONSE DE LA COUR DES COMPTES

Les observations contenues dans ce rapport ont retenu toute l'attention de la Cour des comptes qui a déjà pris des mesures notamment pour améliorer le suivi de ces absences. En raison de

sa taille et des moyens limités dont elle dispose, la Cour collabore, à chaque fois que possible, avec les services compétents de la Commission.

RÉPONSE DU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

Une convergence de vue existe entre le Comité économique et social européen et la Cour des comptes sur plusieurs sujets traités dans les observations préliminaires, notamment en ce qui concerne les points suivants:

- contrôle de la situation ayant conduit à l'invalidité, et révision éventuelle;
- simplification et allègement du dispositif proposé par la réforme en cas de contestation d'un contrôle d'absence pour maladie.

Sur ces points, le Comité économique et social européen a déposé des propositions d'amendements devant le comité interinstitutionnel du statut, au début de l'année 2002, qui ont été ensuite

envoyées aux rapporteurs des différentes commissions du Parlement européen devant se prononcer sur la réforme.

Dans le même ordre d'idées, le CESE serait tout à fait en faveur de l'instauration de mesures complémentaires, telles qu'elles sont proposées dans les observations de la Cour des comptes, et notamment:

- politique générale de renforcement des contrôles d'absence pour maladie (ils ont été très notablement accrus en ce qui concerne notre institution, depuis ces deux dernières années),
- mesures claires et automatiques en cas de refus d'un contrôle d'absence pour maladie,
- analyse, de préférence interinstitutionnelle, des causes principales d'invalidité, et suivi accru.

RÉPONSE DU COMITÉ DES RÉGIONS

Le Comité des régions partage l'avis de la Cour des comptes en la matière et n'a aucune observation supplémentaire à formuler.
