

LE CONGÉ POUR MALADIE PROFESSIONNELLE

Agents contractuels de droit public

1. Références, définition et conditions d'octroi

Références : articles 9, 12, 27 à 32 du décret n°88-145 du 15 février 1988, articles L 242-1, L 321-1, L 323-1, L 371-5, L 431-1, L 433-1, L 434-2, L 441-2, L 441-5, L 461-1, R 323-1, R 433-1, R 433-5, R 441-4, R 441-10, R 441-14, R 461-5 du code de la sécurité sociale, article 81 du code général des impôts.

Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. Les tableaux précisent les conditions nécessaires et suffisantes pour qu'une maladie soit présumée professionnelle tels que les temps d'exposition au risque, les travaux susceptibles de provoquer des maladies. Ils indiquent les délais de prise en charge de la maladie. Il est nécessaire qu'une relation de cause à effet soit établie entre l'affection et le service.

Peuvent être reconnues d'origine professionnelle après avis motivé du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles :

- une maladie désignée dans un tableau mais une ou plusieurs conditions au tableau ne sont pas remplies et qu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel du salarié ;
- une maladie caractérisée, non inscrite au tableau, si elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel du salarié et qu'elle entraîne soit le décès soit une incapacité permanente partielle d'au moins 25 %.

2. La déclaration de la maladie professionnelle

L'agent doit déclarer à la CPAM le caractère professionnel de sa pathologie en lui faisant parvenir un certificat médical de son médecin, dès la première constatation médicale. La sécurité sociale sera informée dès la première constatation médicale ou dans les 15 jours après la cessation de son travail (article R 461-5 du code de la sécurité sociale). La Caisse Primaire d'Assurance Maladie adresse à l'employeur un double de la déclaration établie par l'agent et délivre la feuille de maladie professionnelle. L'employeur établit l'attestation de salaire. Cette attestation permet de calculer l'indemnité journalière (article R 441-4 du code de la sécurité sociale).



Le médecin doit établir un imprimé qui sert pour le certificat initial décrivant les blessures et leurs conséquences, le certificat de prolongation des soins ou d'arrêt de travail et le certificat final qui indique les séquelles éventuelles de la maladie professionnelle (les volets 1 et 2 sont adressés à la Caisse primaire, le volet 3 est conservé par l'employé, le volet 4 est adressé par l'agent à son employeur).

La CPAM doit statuer dans un délai de 3 mois à compter de la date d'arrivée de la déclaration qui est attestée par un tampon dateur apposé sur celle-ci (article R 441-10 du code de la sécurité sociale). En retour, elle adresse à la victime un accusé de réception précisant notamment les délais à l'issue desquels il y a décision implicite de reconnaissance en cas de non réponse. La caisse dispose d'un délai supplémentaire de 3 mois en cas d'impossibilité matérielle de se prononcer et ce, à titre exceptionnel. Si le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles doit se prononcer, la caisse dispose d'un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration de la maladie (article R 441-14 du code de la sécurité sociale). Elle en informe la victime. Si le caractère professionnel n'est pas reconnu, la CPAM informe l'employeur en lui envoyant un double de la notification adressée à la victime.

Les soins peuvent être prolongés ou prescrits après la date de consolidation lorsqu'ils sont imputables à la maladie professionnelle (article L 431-1 du code de la sécurité sociale, circulaire DSS/AT/2000-178 du 31 mars 2000).

Pour qu'il y ait rechute (article L 443-2 du code de la sécurité sociale), il est nécessaire qu'un lien de causalité existe entre la maladie et les troubles postérieurs (aggravation de la lésion).

Après la consolidation ou la guérison apparente de l'état de l'agent, une rechute peut entraîner une nouvelle incapacité de travail. Le médecin établit le certificat médical de rechute mentionnant la date de la maladie professionnelle. Après examen médical, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie fera savoir à l'agent si la rechute est reconnue comme suite de la maladie professionnelle.

Le congé pour maladie professionnelle est attribué, par la CPAM, sans limitation de durée. Un contrôle du médecin conseil ou un arrêt final du médecin traitant pourra mettre fin à ce congé.

Le médecin du service de médecine préventive et le comité technique sont informés (articles 25 et 41 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985).

3. La décision d'attribution du congé par la collectivité

La collectivité notifie à l'agent sa décision en prenant un arrêté. L'arrêté doit faire mention des voies et délais de recours. Ce dernier devra être signé par l'agent. Si l'agent refuse de signer son arrêté, la collectivité l'adressera à son domicile en recommandé avec accusé de réception, l'avis de dépôt faisant foi. L'arrêté n'est pas obligatoirement transmissible au contrôle de légalité (Code général des collectivités territoriales, article L 2131-2).

Le réemploi à l'issue d'un congé de maladie professionnelle est subordonné aux nécessités de service (article 33 du décret n° 88-145 du 15 février 1988). Dans le cas où l'intéressé ne pourrait être réaffecté dans son précédent emploi, il bénéficie d'une priorité pour occuper un emploi similaire assorti d'une rémunération équivalente. Pour les agents en contrat à durée déterminée, le réemploi est prononcé pour la période restant à courir jusqu'au terme de l'engagement.



4. La rémunération pendant le congé pour maladie professionnelle

L'agent bénéficie d'un congé pendant toute la période d'incapacité de travail, jusqu'à la guérison complète, la consolidation de la blessure ou le décès.

Les agents contractuels bénéficient d'une protection sociale et statutaire.

a) Une protection sociale

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie verse à l'agent des prestations en nature et des prestations en espèces dès lors qu'il remplit les conditions d'octroi.

- **Les prestations en nature**

Aucune condition d'octroi n'est exigée.

- **Les prestations en espèces**

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie verse à l'agent des indemnités journalières. Aucune condition de durée de travail ou d'immatriculation n'est requise. L'agent a droit au versement d'une indemnité journalière pendant toute la durée de son incapacité jusqu'à sa guérison, la consolidation de sa blessure. L'indemnité est due à partir de la cessation de travail pour la maladie professionnelle sans distinction entre les jours ouvrables ou non ouvrables (article L 433-1 2° et 3° alinéas, R 433-1 du code de la sécurité sociale).

L'indemnité journalière varie en fonction de la durée d'incapacité. Elle est majorée à compter du 29e jour d'arrêt. Elle est calculée en pourcentage du salaire journalier de base (article R 433-5 du code de la sécurité sociale). Le salaire journalier de base est le salaire brut du mois précédant l'arrêt divisé par 30,42 si la périodicité de la paie est mensuelle. En cas de travail discontinu, il est égal aux salaires bruts des 12 mois précédant l'arrêt divisé par 360. Le salaire journalier de base ne peut pas être supérieur à 0,834 % du plafond annuel de sécurité sociale.

Le gain journalier net est égal à 60 % du salaire journalier de base les 28 premiers jours consécutifs et à 80 % à compter du 29e jour d'arrêt de travail consécutif. Le salaire journalier de base plafonné ne peut pas dépasser le gain journalier net perçu par la victime avant son arrêt. Le gain journalier net est égal au salaire de référence diminué des cotisations sociales d'origine légale et conventionnelle ainsi que la CSG (article R 433-5 du code de la sécurité sociale). La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit est intégralement à la charge de l'employeur (article L 433-1 du code de la sécurité sociale).

b) Une protection statutaire par l'employeur

Les indemnités journalières auxquelles peut prétendre l'agent non titulaire, en application des articles L 323-1 et R 323-1 du code de la sécurité sociale, ne se cumulent pas avec le traitement versé par la collectivité. Les sommes viennent en déduction de la rémunération maintenue pendant le congé pour maladie professionnelle (article 12 du décret n° 88-145 du 15 février 1988) que la collectivité employeur ait ou non adopté le système de la subrogation. La collectivité doit donc assurer à l'agent la continuité du versement de son plein traitement et récupérer en temps utile auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie concernée les indemnités journalières. Le cumul de l'intégralité du traitement et des indemnités journalières est illégal sachant que la rémunération à laquelle peut prétendre un agent du régime général placé en congé pour indisponibilité physique ne peut excéder le montant de son traitement d'activité (CAA Paris n° 99PA03643 du 19 avril 2001, Ministère de l'Education Nationale c/Mme Jeune).

Les Centres de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de Bretagne



Au regard de l'article R 323-11 du code de la sécurité sociale, lorsque le salaire est maintenu en totalité ou en partie sous déduction des indemnités journalières, la subrogation est facultative et n'est possible que si le salaire maintenu est au moins égal au montant des indemnités dues. Dans les autres cas, l'employeur est seulement fondé à retenir la somme correspondant aux indemnités journalières dans la limite du salaire maintenu. L'employeur ne peut pas conserver l'excédent des indemnités journalières, le différentiel étant versé directement à l'assuré social.

Les agents doivent communiquer à leur employeur le montant des prestations reçues sous peine de voir leur traitement suspendu jusqu'à la transmission des informations demandées. Lorsque les prestations versées à l'agent sont réduites du fait de la non transmission de l'arrêt à la sécurité sociale dans le délai de 2 jours, le traitement versé par l'employeur est réduit à due concurrence de la diminution pratiquée.

L'employeur verse une rémunération à l'agent en plein traitement pendant une période limitée. L'agent a droit à :

- dès son entrée en fonction, un mois à plein traitement ;
- après un an de service, deux mois à plein traitement ;
- après trois ans de service, trois mois à plein traitement.

L'agent conserve la totalité de son supplément familial, de l'indemnité de résidence.

A l'issue de la période rémunérée à plein traitement, l'agent pour lequel il n'y a pas guérison complète ou consolidation demeure en congé pour maladie professionnelle sans maintien de traitement. Il ne perçoit plus que les seules prestations servies par le régime général de sécurité sociale.

Contrairement au congé de maladie ordinaire, il n'y a pas de période de référence pour apprécier le droit à plein traitement. Le maintien du plein traitement est dû pendant la durée variant selon l'ancienneté de services pour chaque arrêt. Chaque arrêt est un congé unique.

Pour l'appréciation de la durée des services exigée, l'agent peut se prévaloir des services effectifs accomplis auprès de la collectivité l'ayant recruté, y compris ceux effectués avant une interruption de fonctions sous réserve que celle-ci n'excède pas 4 mois.

Certains congés sont pris en compte dans l'ancienneté :

Congé annuel, congé de maladie ordinaire rémunéré, congé de grave maladie, congé accident du travail, congé maladie professionnelle, congé de maternité et adoption rémunéré, congé de présence parentale, congé de solidarité familiale, congé pour événements familiaux, congé pour formation syndicale, professionnelle, des cadres et d'animateurs de la jeunesse, congé pour siéger en qualité de représentant d'une association ou mutuelle, congé pour accomplissement des obligations du service nationale ou dans la réserve opérationnelle.

Les services peuvent être discontinus, avec les conséquences en résultant sur la reconstitution des droits à congés.

Le montant du traitement servi pendant une période de maladie est établi sur la base de la durée journalière d'emploi de l'intéressé à la date d'arrêt du travail.

Il n'y a pas de cotisations ouvrières et de charges patronales à effectuer sur le montant correspondant à la subrogation. Par contre, les indemnités journalières sont soumises à CRDS et CSG sur la totalité du montant

Les Centres de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de Bretagne



(article L 242-1 du code de la sécurité sociale). Les retenues assurances sociales et vieillesse sont dues sur la différence entre le salaire maintenu en tout ou partie et les indemnités journalières.

Les prestations de l'assurance maladie professionnelle sont assujetties à l'impôt sur le revenu pour 50% de leur montant (article 81 du code général des impôts).

Pour déterminer l'assiette de cotisations et charges, la collectivité détermine un salaire brut résiduel sur lequel portent les prélèvements, en soustrayant de la rémunération l'équivalent reconstitué du montant brut des indemnités journalières. Les indemnités versées sont majorées des cotisations salariales calculées fictivement sur lesdites indemnités journalières. Si la collectivité n'est pas subrogée, elle déduit le montant des indemnités journalières brutes du montant de la rémunération brute, puis elle calcule les prélèvements. L'agent perçoit parallèlement les indemnités journalières de la CPAM.

