

L'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ (ATI)

CNRACL : Stagiaires et titulaires à TNC > ou = 28h et à TC

1. Références, définition et conditions d'octroi

- ▶ décret n° 2005-442 du 2 mai 2005. Note d'information n° 2005-32 du 1 décembre 2005. Décret n° 68-756 du 13 août 1968 modifié par le décret n° 2001-99 du 31 janvier 2001 pris en application de l'article 28 du code des pensions civiles et militaires. Articles L 461-1 et R 461-8 du code de la sécurité sociale. Articles L 417-8, L 417-9 du code des communes

L'ATI est une prestation attribuée à un fonctionnaire (titulaire et stagiaire, détaché d'Etat sur un emploi CNRACL) qui, à un congé pour invalidité temporaire imputable au service, présente des infirmités permanentes lui permettant néanmoins de reprendre ses fonctions. Elle vise à indemniser l'invalidité résiduelle de l'accident de service ou de la maladie survenue dans l'exercice des fonctions et non la diminution consécutive à la réduction de la capacité de travail puisque l'agent continue de percevoir son traitement d'activité.

En cas d'incapacité permanente partielle (IPP) d'au moins 10 % à la suite d'un accident de service (le taux inférieur à 10 % ne peut pas être arrondi, CAA Nantes n° 96NT00960 du 16 novembre 2000, *Ministre de l'économie et des finances c/M. D*) et d'une maladie professionnelle (taux supérieur à 0 %), énumérée par les tableaux prévus à l'article L 461-2 du code de la sécurité sociale et la maladie reconnue d'origine professionnelle dans les conditions mentionnées aux alinéas 3 et 4 de l'article L 461-1 du code de la sécurité sociale, le fonctionnaire peut prétendre à une allocation temporaire d'invalidité.

L'agent doit en faire la demande de façon expresse, par écrit auprès de sa collectivité dans le délai d'un an qui court :

- à compter de la date de reprise des fonctions si cette reprise a eu lieu après consolidation des infirmités ;
- à compter de la date de constatation officielle de la consolidation par la commission de réforme ou à défaut, par un médecin agréé, dès lors qu'il n'y a pas eu arrêt de travail, ou que la consolidation est postérieure à la reprise des fonctions.

Pour un agent stagiaire, le dossier peut être constitué mais ne sera traité par la Caisse des Dépôts et Consignations que lorsque la titularisation de l'agent sera prononcée.



2. La procédure auprès de la commission de réforme

La collectivité n'a aucune obligation d'inviter l'agent à faire une demande d'allocation (CE, 29 juin 1990, M. H, req n° 70630).

La collectivité se procure auprès du service gestionnaire de l'ATIACL de la Caisse des Dépôts et Consignations un dossier médical et administratif (documents imprimables depuis le site internet de la caisse des dépôts et consignations : [lien vers le site ATIACL](#)). Elle désigne un médecin agréé et lui transmet le dossier médical à compléter accompagné des pièces médicales en sa possession en y joignant le rapport hiérarchique.

Pour les accidents de service, selon le taux d'invalidité, le dossier de l'agent sera transmis à la commission de réforme ou classé.

- **Taux inférieur à 10 % et sans contestation de l'agent** : si le taux fixé par le médecin agréé est inférieur et si l'agent ne conteste pas ce taux, la commission n'est pas saisie, avec l'accord du fonctionnaire (attestation établie par le fonctionnaire). L'autorité territoriale notifie à l'agent le rejet de sa demande d'ATI et lui indique le motif, les délais et voies de recours. En cas d'aggravation de son invalidité ou de survenance d'un nouvel accident, le fonctionnaire pourra présenter une nouvelle demande.
- **Taux inférieur à 10 % et contestation de l'agent** : si le fonctionnaire conteste le taux, l'autorité territoriale soit transmet le dossier à la commission de réforme, soit demande un nouvel avis d'un médecin agréé. Si le taux demeure inférieur à 10 %, en cas de nouvelle contestation, la collectivité transmet le dossier à la commission de réforme. Le dossier complet est ensuite transmis au service ATIACL à la Caisse des Dépôts.
- **Taux égal ou supérieur à 10 %** : l'autorité territoriale saisit la commission de réforme. En cas de contestation du taux par le fonctionnaire, la collectivité soit transmet le dossier en l'état à la commission de réforme, soit sollicite un autre avis d'un médecin agréé puis transmet le dossier à la commission de réforme.

La collectivité doit saisir pour avis la commission de réforme. Elle transmet au secrétariat de la commission de réforme les pièces suivantes : dossier initial et procès-verbaux des commissions de réforme antérieurs, dossier administratif, rapport hiérarchique et dossier médical (expertise médicale faite par un médecin agréé) accompagné de toutes les pièces médicales notamment le rapport du médecin du service de médecine professionnelle et préventive, dossiers des accidents antérieurs en cas de révision pour un nouvel accident, demande de l'intéressé (sauf pour révision quinquennale).

Si l'employeur n'a pas adressé la demande de l'agent au secrétariat de la commission de réforme dans un délai de 3 semaines, passé ce délai, l'agent peut saisir directement la commission en adressant un double de sa demande par lettre en recommandé avec accusé réception.

Comment bien missionner un expert : [modèle de courrier](#).

Les frais résultant des examens sont à la charge de la collectivité.

3. Les avis de la commission de réforme

Un avis de passage est adressé à l'agent. Celui-ci est invité à prendre connaissance de son dossier, présenter des observations écrites, se faire entendre en séance et se faire assister d'un médecin de son choix ou d'un conseiller (article 16 de l'arrêté du 4 août 2004).

La Médecine Préventive est informée du passage des dossiers et peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif aux séances de la commission de réforme (article 15 de l'arrêté du 4 août 2004).

A l'issue de la séance, le procès-verbal de séance est adressé à l'autorité territoriale.

Exemples

Cas 1

Un agent présente une infirmité rémunérée par une ATI (séquelles d'entorse cervicale) aggravée à la radiation des cadres, et entraînant l'inaptitude.

ATI de 15 %, à la radiation des cadres 20 %.

Le taux de la rente sera de 20 %.

Cas 2

Un agent présente une infirmité rémunérée par une ATI (séquelles d'entorse cervicale) non aggravée, et une infirmité imputable à un accident différent (fracture de la jambe droite). L'inaptitude résulte du 2e accident.

ATI : 1ère infirmité 20 %, 2e infirmité 0 %. A la radiation des cadres : 1ère infirmité 20 %, 2e infirmité 40 %.

L'ATI non aggravée est maintenue et considérée comme préexistante. Soit validité restante : $100 \% - 20 \% = 80 \%$.

La rente d'invalidité est égale à $(80 \times 40) / 100 = 32 \%$.

Cas 3

Situation du 1er cas mais l'ATI a été aggravée et l'inaptitude résulte des 2 accidents.

ATI : 1ère infirmité 20 %, 2e infirmité 0 %. A la radiation des cadres : 1ère infirmité 30 %, 2e infirmité 40 %.

L'ATI aggravée est supprimée. Les taux retenus sont ceux fixés à la radiation des cadres soit pour la 1ère affection 30 % : validité restante = $100 \% - 30 \% = 70 \%$, pour la 2e affection : $(70 \times 40) / 100 = 28 \%$.

La rente d'invalidité est égale à $30 \% + 28 \% = 58 \%$.

4. L'avis de l'ATIACL (caisse des dépôts et consignations)

Après l'avis de la commission de réforme, la décision d'accorder l'allocation temporaire d'invalidité revient à l'autorité territoriale sous réserve de l'avis conforme de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC).

A réception du dossier, la CDC procède à un examen de droit à l'issue duquel elle donnera un avis favorable ou défavorable à l'attribution de l'allocation. Elle informera la collectivité de sa décision qui la communiquera à l'intéressé. L'avis conforme de la CDC est requis sous peine d'illégalité.

Le dossier adressé à la CDC doit comprendre :

- un dossier administratif : une demande de l'agent datée et signée, son adresse, l'arrêté d'attribution, renseignements administratifs concernant l'agent, l'identification de la collectivité, l'enquête si tiers en cause, un original du RIB ou RIP ;
- un rapport hiérarchique : différent selon la nature du sinistre ;
- un rapport médical : complété par un médecin agréé ;
- le procès-verbal de la commission de réforme.

La CDC effectue la liquidation, la concession et le paiement de l'allocation temporaire d'invalidité. Le certificat d'attribution attestant le droit à l'allocation est envoyé au fonctionnaire.

L'ATI est accordée pour une période de 5 ans (révision quinquennale) sauf en cas de nouvel accident de service (cette demande entraîne automatiquement la révision du taux des infirmités déjà indemnisées par une allocation au jour de la consolidation du dernier accident). A l'issue de cette nouvelle procédure, il convient de rappeler que, dans le cas où le nouvel accident n'entraîne pas d'IPP, la collectivité ne doit pas adresser le dossier à la Caisse des Dépôts et Consignations. A l'expiration de cette période, les droits du fonctionnaire font l'objet d'un nouvel examen et l'allocation est attribuée sans limitation de durée sur la base du nouveau taux d'invalidité constaté ou l'allocation est supprimée. La révision est à l'initiative de la

Caisse des Dépôts et Consignations (sous-section ATIACL) 4 mois avant l'échéance quadriennale. Elle demandera à la collectivité d'engager une nouvelle procédure. En cas de révision lors d'un nouvel accident, la révision quinquennale ne partira qu'à compter de la date de ce nouvel accident.

Une révision sur demande de l'agent est possible mais au plus tôt 5 ans après la révision précédente et ce jusqu'à la date de radiation des cadres.

Exemple : ATI attribuée à compter du 5 janvier 1991, révision quinquennale le 5 janvier 1996, nouvelle demande possible par l'agent qu'à partir du 5 janvier 2001.

Au moment de la mise en retraite, l'allocation est révisée (si la révision quinquennale n'a pas eu lieu) et se transforme en rente d'invalidité.

5. La rémunération de l'ATI

Conformément aux dispositions du barème indicatif d'invalidité, lorsqu'il existe une infirmité préexistante à l'accident ou lorsque l'agent conserve plusieurs séquelles, le pourcentage de rémunération de l'allocation doit être calculé selon la règle de la validité restante (*CAA Bordeaux, 9 décembre 2003, M. G ; CAA Marseille, 16 décembre 2003, Mlle M*).

Montant = taux d'invalidité x valeur de l'indice brut du traitement de référence de la fonction publique

12

Cette allocation attribuée par l'ATIACL est cumulable avec le traitement. C'est une prestation non imposable.

L'allocation est versée tous les mois à l'intéressé qui recevra un bulletin de paiement de la CDC. Un nouveau bulletin de paiement ne sera transmis qu'en cas de modification du montant versé.

Lorsque l'accident de service met en cause un tiers responsable, la Caisse des Dépôts et Consignations doit être informée pour qu'elle exerce son droit de subrogation.

Exemples de calcul de taux d'invalidité

Cas 1

Lésion unique à l'origine de troubles multiples touchant la même fonction sans taux préexistant.

Le médecin indique soit un taux global soit des taux intrinsèques pour chaque lésion.

Un écrasement du disque L4-L5 génère : une paralysie (10 %), un enraidissement du dos (20 %), des lombalgies (20 %).

Taux : $10 + 20 + 20 = 50 \%$.

Cas 2

Lésions multiples sans infirmité préexistante.

Un même événement occasionne plusieurs infirmités distinctes affectant une même fonction.

Le médecin indique soit un taux global soit des taux intrinsèques pour chaque lésion.

Fracture de deux doigts : taux global 20 % (ou 10 et 10).

Taux : 20 %.

Cas 3

Lésions multiples sans infirmité préexistante affectant des fonctions différentes.

Le praticien indique le taux intrinsèque de chaque lésion.

Cardio : 10 %, rhumato : 5 %.

Application de la règle de Balthazar dans l'ordre d'apparition des lésions.

1ère : 10 %.

2e : $(100 - 10) \times 5 \% = 4,5 \%$.

Taux : $10 + 4,5 = 14,5 \%$.

Cas 4

Lésions successives sans infirmité préexistante présentant entre elles une relation médicale d'aggravation.

Les lésions occasionnées (par le 1er accident de service puis le 2e) contribuent à une même manifestation invalidante. Soit la 2e aggrave la 1ère, soit au 2e accident, apparition d'une nouvelle infirmité médicalement liée à l'infirmité du précédent accident.

1- Infirmités médicalement séparables : le médecin fixe les taux intrinsèques pour infirmité aggravée et infirmité aggravante. La 1ère est retenue pour son taux intrinsèque, puis application de la règle de Balthazard.

Arthrose : 10 %, lombalgies : 20 %.

1ère infirmité : 10 %.

2e infirmité : $(100 - 10) \times 20 \% = 18 \%$.

Le taux est égal à $10 + 18 = 28 \%$.

2- Infirmités médicalement non séparables : le médecin fixe un taux global d'IPP.

Arthrose et lombalgies : 30 %.

Cas 5

Lésions en présence d'infirmités préexistantes.

Lésions totalement indépendantes. Si le médecin ne fait pas ressortir clairement l'existence ou l'absence de rapport d'aggravation entre deux lésions anatomiquement proches, il convient de demander un complément d'expertise.

En l'absence de rapport d'aggravation : le médecin mesure le taux intrinsèque de chacune des lésions : lombalgie préexistante : 5 %, entorse du genou suite à accident : 15 %. Les deux lésions étant totalement indépendantes, le taux retenu sera 15 %.

Si un lien fonctionnel d'aggravation est constaté entre les deux lésions. La lésion préexistante altérait déjà la fonction en cause, la lésion à prendre en compte accroît cette altération (même membre, même organe)

Entorse de la cheville droite : 10 % préexistant, fracture du tibia droit accroît de 30 % l'altération de la motricité.

La validité restante est de $100 - 10 = 90 \%$.

Le taux est de $90 \times 30 = 27 \%$