

## LE CONGÉ DE GRAVE MALADIE

### IRCANTEC : Stagiaires et titulaires à TNC < 28h

#### 1. Références, définition et conditions d'octroi

- ▶ *article 36 du décret n°91-298 du 20 mars 1991,*
- ▶ *articles L 242-1, L 321-1, L 322-3, L 323-1, L 323-4, L 342-1 et R 313-3, R 313-12, R 323-1, R 323-3, R 323-5, R 323-9, D 322-1 du code de la sécurité sociale,*
- ▶ *article 80 du code général des impôts.*

Ce congé est attribué lorsque l'agent est atteint d'une affection nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée le mettant dans l'impossibilité d'exercer son activité.

Le congé de grave maladie débute le premier jour où la maladie y ouvrant droit est médicalement constatée. Si l'agent était en congé de maladie ordinaire, la partie du congé de maladie ordinaire est transformée en congé de grave maladie. Le congé de grave maladie est attribué par période de trois à six mois. Il est d'une durée maximale de trois ans, toutes pathologies confondues. La durée minimale de congé de 3 mois est apparue inadaptée à l'égard des fonctionnaires dont l'état de santé autorise une reprise des fonctions sous réserve de soins médicaux nécessitant des absences régulières et de courte durée, de l'ordre d'une demi-journée à une journée (exemple : hémodialyse). Afin de régler ces situations particulières, les absences peuvent être imputées au besoin par demi-journées sur présentation d'un certificat médical (circulaire NOR/MCT/B/06/00027/C n° 012808 du 13 mars 2006).

Le fonctionnaire qui a bénéficié d'un congé de grave maladie, ne peut bénéficier d'un autre congé au titre de la même affection ou pour une autre maladie s'il n'a pas repris ses fonctions pendant une période d'un an. Il n'est pas exigé que la reprise soit continue (reprise des fonctions de manière discontinue pendant un an sur une période de 4 ans par analogie aux dispositions relatives au congé de longue maladie des fonctionnaires affiliés à la CNRACL).

Dans le cas où l'agent n'a pas repris pendant un an, le nouveau congé s'ajoute au précédent.

#### 2. La procédure auprès du comité médical départemental

Au vu d'un certificat médical transmis par l'agent précisant que la pathologie dont il est atteint ouvre droit au congé de grave maladie, la collectivité saisit le comité médical départemental avec la demande de l'agent.



Elle produit toutes les pièces nécessaires à l'élaboration du dossier : une lettre manuscrite de l'agent, précisant la nature du congé demandé, adressée à l'autorité territoriale ; un certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'agent est susceptible de bénéficier du congé demandé ; un résumé des observations du médecin traitant ou spécialiste et les pièces justificatives sous pli confidentiel cacheté adressés à la collectivité, un compte rendu de consultation spécialisée d'un centre hospitalier ou compte rendu opératoire.

Le secrétariat du comité médical diligente une expertise auprès d'un médecin agréé. L'agent sera donc invité à se rendre chez ce médecin agréé. Les conclusions du médecin agréé permettront au comité médical de se prononcer sur l'attribution du congé de grave maladie.

Le secrétariat du comité médical informe le fonctionnaire de la date à laquelle le comité médical examinera son dossier, de ses droits concernant la communication de son dossier et de la possibilité de faire entendre le médecin de son choix, des voies de recours possibles devant le comité médical supérieur.

L'avis du comité médical est transmis à l'autorité territoriale sous la forme d'un procès-verbal.

L'avis du comité médical est transmis au fonctionnaire sur sa demande.

L'expertise est à la charge de l'employeur (article 41 du décret du 30 juillet 1987).

La Médecine Préventive est informée du passage des dossiers et peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif aux séances des comités médicaux. L'intéressé et la collectivité peuvent faire entendre le médecin de leur choix par le comité médical (article 9 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987).

### 3. Les avis du comité médical départemental

Le comité médical départemental pourra émettre l'un des avis suivants :

- Avis de placement en congé de grave maladie.
- Avis de prolongation du congé de grave maladie.
- Avis de remplacement en congé de maladie ordinaire. Cela signifie que la pathologie n'ouvre pas droit au congé de grave maladie.
- Avis de reprise à temps réduit pour motif thérapeutique (temps réduit pour motif thérapeutique de la sécurité sociale).
- Avis de reprise sur poste aménagé.
- Avis d'inaptitude temporaire. L'agent sera placé en disponibilité d'office au terme du congé de grave maladie (pour les stagiaires en congé sans traitement).
- Avis d'inaptitude totale et définitive à l'exercice des fonctions assorti d'un reclassement professionnel. L'agent sera reclassé sur un autre poste après avis de la Commission Administrative Paritaire.
- Avis d'inaptitude totale et définitive aux fonctions de l'agent sans possibilité de reclassement ou inaptitude totale et définitive à toutes fonctions. L'agent sera licencié pour inaptitude physique après avis de la Commission Administrative Paritaire (CAP).

### 4. La décision d'attribution du congé par la collectivité

Le procès-verbal établi par le comité médical n'est qu'un acte préparatoire à la décision de la collectivité. L'employeur décidera de suivre ou ne pas suivre l'avis du comité médical. En cas de refus d'octroi de ce congé, la collectivité devra motiver sa décision sans divulguer les éléments médicaux couverts par le secret médical (loi du 11 juillet 1979 sur la motivation des actes administratifs, CE, 31 mai 1995, Mme G, req n° 114744). Cependant, il est recommandé d'avoir l'avis d'experts médicaux avant d'attribuer ou de refuser un congé de grave maladie qui irait à l'encontre de l'avis du comité médical. En effet, en octroyant un congé de grave maladie refusé par le comité médical, la collectivité s'exposerait au refus de

remboursement des salaires par l'assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance des risques statutaires. Dans l'hypothèse où la collectivité prend une décision différente de l'avis rendu par le comité médical, l'agent peut demander, sur sollicitation écrite, à sa collectivité de justifier sa décision par écrit. Le secrétariat du comité médical est informé des décisions qui ne sont pas conformes à l'avis du comité médical.

Si la collectivité accorde le congé, un arrêté sera pris. L'arrêté doit être notifié à l'agent. Il 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).

Bien que le texte précise que la demande de renouvellement du congé est à formuler un mois avant l'expiration du congé accordé, il est conseillé de faire la démarche auprès du comité médical deux mois avant la fin du congé déjà accordé. Il est important d'anticiper les demandes de renouvellement pour que l'agent ne se retrouve pas sans position statutaire. Les formalités de renouvellement sont identiques à celles de l'attribution initiale. Une nouvelle expertise n'est pas forcément exigée en cas de pathologie cancéreuse.

Le bénéficiaire d'un congé de grave maladie ne peut reprendre ses fonctions que s'il est reconnu apte après examen par un spécialiste agréé et avis favorable du comité médical (article 31 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987). Il sera soumis à une visite médicale effectuée par le médecin du service de médecine préventive (article 22 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985).

## 5. La rémunération pendant le congé de grave maladie

Les agents stagiaires et titulaires de moins de 28 heures hebdomadaires 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

L'agent relève de la CPAM pour les prestations en nature (remboursement des soins). L'ouverture du droit est subordonnée à certaines conditions de travail ou de cotisations.

Durée du droit	Période de référence	Conditions
3 mois	Dès l'entrée dans le régime	25 ans Justifier de cotisations égales à celles dues pour 60 SMIC ou de 60 heures de travail
6 mois (3 mois + 3 mois)	1 mois civil ou 30 jours consécutifs	Justifier de cotisations égales à celles dues pour 60 SMIC (taux au 1 <sup>er</sup> jour du mois de référence) ou 60 heures de travail
1 an	3 mois civil ou 3 mois de date à date	Justifier de cotisations égales à celles dues pour 120 SMIC (taux au 1 <sup>er</sup> jour des 3 mois de référence) ou de 120 heures de travail
2 années civiles	1 année civile	Justifier de cotisations égales à celles dues pour 2030 SMIC (taux au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année de

		référence) ou de 1200 heures de travail
--	--	---

### Les prestations en espèces

Les prestations en espèces ou indemnités journalières compensent une perte de revenu des agents contraints de cesser provisoirement leur travail pour cause de maladie.

#### 1) Arrêt d'une durée inférieure à 6 mois :

Période de référence	Temps de travail	Minimum de cotisations	Durée d'immatriculation
Soit : Au cours des 6 mois civils précédant la date d'interruption du travail	Néant	Cotisation maladie (0.75%) calculée sur 1015 fois la valeur du SMIC horaire au 1 <sup>er</sup> jour de la période de 6 mois	Néant
Soit : Au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant la date d'interruption du travail	150 heures	Néant	Néant

#### 2) Arrêt d'une durée supérieure à 6 mois

Période de référence	Temps de travail	Minimum de cotisations	Durée d'immatriculation
Soit : Au cours des 12 mois civils précédant la date d'interruption du travail	Néant	Cotisation maladie (0.75%) calculée sur 2030 fois la valeur du SMIC horaire au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année de référence dont au moins 1015 fois la valeur du SMIC horaire au cours des 6 premiers mois	12 mois
Soit : Au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption du travail	600 heures au cours de la période de référence dont 150 heures au moins au cours des trois premiers mois	Néant	12 mois

Les indemnités journalières sont versées à partir du 4<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail et ce pour une durée totale maximale de 3 années (délai de carence 3 jours). L'assuré ne peut percevoir, au titre d'une ou plusieurs maladies, plus de 360 indemnités journalières pour une même période quelconque de 3 ans (articles L 323-1 et R 323-1 du code de la sécurité sociale). Ce droit s'apprécie pour chaque arrêt de travail. La caisse primaire détermine la période de 3 ans précédant l'arrêt de travail de date à date. Ainsi, la période de référence évolue au fur et à mesure que la durée de l'arrêt se prolonge. Le droit peut être recouvré au cours d'une même période d'arrêt dès lors que les 360 jours indemnisés ne sont plus atteints. En cas d'affection de longue durée, les indemnités journalières peuvent être servies pendant une période de 3 ans calculée de date à date pour chaque affection après l'application du délai de carence de 3 jours, une seule fois (articles L 323-1, L 324-1, et R 323-1).

Ces affections figurent sur une liste (article D 322-1 du code de la sécurité sociale - cf. page 6). Il est également pris en compte des affections qui répondent aux critères suivants : affections graves et invalidantes, affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse, affections poly pathologiques (article L 322-3 4° du code de la sécurité sociale).

Pour le paiement des indemnités journalières, l'employeur doit établir une attestation de salaire qu'il remettra à l'agent. Ce dernier transmettra l'attestation à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Si l'employeur est subrogé dans les droits de l'agent aux indemnités journalières, il est habilité à faire parvenir cette attestation directement à la CPAM. Le délai de règlement des indemnités journalières dépend donc de la rapidité de l'employeur à établir ce document et de la promptitude de l'agent à l'adresser à la CPAM.

Les indemnités journalières sont dues pour chaque jour de la semaine ouvrable ou non.

Le calcul des indemnités journalières est fondé sur la détermination du revenu d'activité antérieur qui représente 1/91,25<sup>e</sup> du montant des 3 dernières paies à la date de l'interruption de travail lorsque l'agent est rémunéré mensuellement, dans la limite d'un plafond.

L'article R 323-5 du code de la sécurité sociale dispose que le montant de l'indemnité journalière versée correspond à la moitié du montant ainsi déterminé. Le montant de l'indemnité journalière nette est égal à ce montant diminué du montant des cotisations dans la limite d'un maximum.

En cas de pluralité d'employeurs, l'indemnité journalière est calculée pour chaque employeur en totalisant tous les salaires se rapportant à la période de référence dans la limite du plafond de sécurité sociale correspondant puis en ramenant chaque salaire à la part du plafond pour chaque mois et chaque employeur.

#### Exemple de calcul d'indemnités journalières

Salaire brut : 2000 euros par mois – pas d'enfant.

6000 euros (montant des 3 dernières paies) :  $91,25 = 65,75$  euros

Montant IJ =  $65,75 : 2 = 32,88$  euros

Montant IJ ne peut pas dépasser un plafond.

### **b) Une protection statutaire par l'employeur**

Les indemnités journalières auxquelles peut prétendre l'agent à temps non complet non affilié à la CNRACL, 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 de grave maladie (article 38 du décret n° 91-298 du 20 mars 1991), 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 ou demi-traitement et, en cas de subrogation, 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 J).

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.

Le principe de déduction s'applique de la même manière pour la pension d'invalidité versée par la CPAM. En effet, lorsqu'un agent perçoit une pension d'invalidité du régime général, il doit le signaler à son employeur en lui fournissant une copie du titre de pension mentionnant le montant. L'employeur public ne peut pas être subrogé dans les droits de l'agent.

L'employeur verse une rémunération à l'agent en plein traitement ou demi-traitement pendant une période limitée. Les droits à congés de maladie des fonctionnaires s'apprécient par référence à l'année médicale dite année médicale glissante, qui débute rétroactivement à compter du premier jour du congé de maladie en cours.

L'agent conserve l'intégralité de son traitement pendant une durée d'un an. Pendant les 2 années suivantes, il perçoit un demi-traitement. L'intéressé conserve la totalité du supplément familial et de l'indemnité de résidence. La NBI est maintenue tant que l'agent n'est pas remplacé sur l'emploi qu'il occupait. Elle est versée en totalité pendant un an et réduite de moitié pendant les 2 années suivantes.

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 (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 sont assujetties à l'impôt sur le revenu (article 80 quinquies du code général des impôts) sauf pour les affections de longue durée.

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.

## 6. Le congé de grave maladie fractionné

Aucune disposition statutaire ne prévoit le congé de grave maladie fractionné. Néanmoins et sous réserve de l'appréciation du juge, il semble possible d'étendre les dispositions relatives au congé de longue maladie applicable aux fonctionnaires CNRACL. Ainsi, tous les 4 ans, le droit à congé de grave maladie serait reconstitué.

Si l'agent a bénéficié de plusieurs périodes de congé de grave maladie (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse), mais sans jamais reprendre le travail plus d'un an, le calcul se fait sur une période de 4 ans à compter de la date de la première constatation médicale de la grave maladie. Le comité médical doit être saisi, un protocole d'accord médical sera transmis par le médecin au comité médical. La collectivité en a connaissance.

Le temps passé en disponibilité pour convenances personnelles et en congé parental doit être soustrait de la période de quatre ans.

Ce système de décompte conduit, en cas de congé de grave maladie fractionné, à apprécier au jour le jour les droits à rémunération du bénéficiaire du congé. Ainsi, les droits du fonctionnaire en congé de grave maladie fractionné s'apprécient selon le système de l'année de référence mobile.

Le fonctionnaire en congé de grave maladie perçoit un plein traitement tant que, pendant la période de référence de 4 ans précédant la date à laquelle ses droits à rémunération sont appréciés, il ne lui a pas été attribué plus d'1 an de congé de grave maladie. Dans le cas contraire, le fonctionnaire perçoit un demi-traitement jusqu'à ce qui lui soit attribué 3 ans de congé de grave maladie pendant la même période de référence de 4 ans.

### Exemple

L'agent souffre d'une maladie ouvrant droit à congé de grave maladie et celle-ci a été médicalement constatée pour la première fois le 1<sup>er</sup> janvier 2002.

L'agent a bénéficié des périodes de congés suivantes :

1.01.02 au 30.06.02	Congé de grave maladie (181 jours plein traitement)
1.07.02 au 31.12.02	Reprise du travail
1.01.03 au 30.11.03	Congé de grave maladie du 01.01.03 au 3.07.03 (184 jours plein traitement) du 04.07.03 au 30.11.03 (150 jours demi-traitement)
1.12.03 au 15.02.04	Reprise du travail
16.02.04 au 31.05.05	Congé de grave maladie du 16.02.04 au 31.12.04 (320 jours demi-traitement)
1.01.05 au 31.05.05	(151 jours demi-traitement)
1.06.05 au 31.08.05	Reprise du travail
1.09.05 au 18.12.05	Congé de grave maladie (109 jours demi-traitement)

## **CODE DE LA SÉCURITE SOCIALE (partie réglementaire - décrets simples)**

### **Section 1 : Participation de l'assuré**

#### Article D 322-1

La liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie, en application du 3<sup>o</sup> de l'article L. 322-3, est établie ainsi qu'il suit :

- accident vasculaire cérébral invalidant
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- bilharziose compliquée ;
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- hypertension artérielle sévère ;

- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- sclérose en plaques
- scoliose idiopathique structurale évolutive ;
- spondylarthrite grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.