

## LE CONGÉ POUR INVALIDITE IMPUTABLE AU SERVICE (Maladie professionnelle)

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

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

- ▶ *article 37 du décret n°91-298 du 20 mars 1991,*
- ▶ *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 443-2, L 461-1, R 323-1, R 433-1, R 433-5, R 441-4, R 441-10, R 441-14, R 461-5, R 461-8 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

Le fonctionnaire 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 dispose d'un délai de 120 jours francs pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie ou saisir le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. Le délai court à compter de la date à laquelle la caisse dispose de la déclaration (déclaration et certificat).

La CPAM engage des investigations en adressant un questionnaire à la victime ou son représentant ainsi qu'à l'employeur. Le questionnaire est retourné dans un délai de 30 jours francs à compter de sa réception. La caisse peut recourir à une enquête complémentaire. Elle informe la victime et l'employeur de la date d'expiration du délai de 120 jours francs. A l'issue de l'investigation et au plus tard 100 jours francs à compter de la réception de la déclaration, la CPAM met le dossier à la disposition de la victime ou son représentant et à l'employeur. La victime ou son représentant ont 10 jours pour le consulter et faire connaître leurs observations. Au-delà, le dossier est consultable mais sans pouvoir formuler d'observations.

Lorsque le comité régional de la reconnaissance des maladies professionnelles est saisi, la CPAM dispose d'un délai de 120 jours francs à compter de la saisine pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie. Elle informe la victime ou son représentant et l'employeur et met le dossier à leur disposition pendant 40 jours. Ceux-ci peuvent pendant les 30 premiers jours le consulter et le compléter par tout élément jugé utile, faire part d'observation. Au cours des 10 jours suivants, seule la consultation reste possible. A l'issue de cette procédure, le comité régional rend son avis motivé à la CPAM dans un délai de 110 jours francs à compter de sa saisine.

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).

La commission de réforme n'est pas compétente pour l'étude des dossiers des titulaires et stagiaires du régime général.

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

Si la collectivité accorde le congé, un arrêté sera pris (cf. modèle d'arrêté sur le site du CDG). 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).

### **4. La rémunération pendant le congé pour invalidité imputable au service**

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 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

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 29<sup>ème</sup> jour d'arrêt.

Les indemnités journalières sont égales à un pourcentage d'un salaire journalier de référence qui varie en fonction de la durée de l'arrêt maladie dans la limite d'un montant appelé gain journalier net (le salaire journalier moins 21 %). Leur montant est plafonné.

Durée de l'arrêt maladie	Pourcentage salaire journalier de référence
1 <sup>er</sup> au 28 <sup>ème</sup> jour	60 %
A compter du 29 <sup>ème</sup> jour	80 %

#### Exemple de calcul :

Pour un salarié ayant perçu 2 000 € bruts le mois précédant son arrêt maladie, le gain journalier net du salarié pendant son arrêt est égal à  $2\,000 - (21\% \times 2\,000) / 30,42 = 51,93$  €.

Les indemnités journalières sont calculées ainsi :

- Pendant les 28 premiers jours d'arrêt, le montant des IJ est de  $(2\,000/30,42) \times 60\% = 39,44$  €.
- À partir du 29<sup>e</sup> jour d'arrêt le montant serait 52,59 € soit  $(2\,000/30,42) \times 80\%$ . La limite du gain journalier net étant dépassée, le montant versé à partir du 29<sup>e</sup> jour sera ramené à 51,93 €.

La CSG et la CRDS sont ensuite déduites du montant des indemnités journalières dues.

### 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 pour maladie professionnelle (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 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.

L'employeur verse une rémunération à l'agent en plein traitement jusqu'à l'expiration de son congé.

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

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 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 professionnelle sont assujetties à l'impôt sur le revenu pour 50% du 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.

Lorsqu'un fonctionnaire exerce plusieurs emplois à temps non complet, les charges sont réparties entre chaque collectivité au prorata du temps de travail effectué dans chacun d'eux (article 43 du décret n° 91-298 du 20 mars 1991). Les frais médicaux sont pris en charge par la CPAM.