



GUIDE DU MANDATÉ AUX COMMISSIONS DE RÉFORME

- Questionnaire au mandaté
- Rôle du mandaté
- 27 fiches techniques



SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
QUESTIONNAIRE DU MANDATÉ	4
RÔLE DU MANDATÉ.....	8
FICHES TECHNIQUES	11

INTRODUCTION

La CFDT fait de la qualité de vie au travail dans la Fonction Publique une priorité incontournable. Elle a mis en avant sa volonté de développer une véritable culture de prévention des risques professionnels. La santé est un état complet de bien-être physique, moral et social.

Dans les 3 versants de la Fonction Publique (État, Territoriale et Hospitalière), la commission de réforme est sollicitée dans de nombreuses situations : accidents de service, maladies professionnelles, mise à la retraite pour invalidité, allocations d'invalidité temporaire, etc.

Le rôle de cette commission de réforme souvent méconnu par les agents a toute son importance, notamment s'agissant de leurs droits.

Si la commission de réforme n'émet que des avis, ceux-ci vont permettre aux établissements de prendre, en toute connaissance de cause, les décisions à l'encontre des agents publics.

L'enquête réalisée auprès des syndicats, révèle de plus en plus de « dérives » de la part des établissements où, malgré ces avis, les décisions de l'administration tendent à complexifier, voire restreindre la situation des agents dans leurs droits. Soit par une multiplicité de recours à des experts agréés, soit par des rejets lorsqu'il s'agit d'accident de service ou de reconnaissance de pathologies contractées en service.

Nous avons constaté également dans plusieurs départements, le non remplacement de médecins agréés, occasionnant des difficultés de fonctionnement des commissions de réforme.

La CFDT Santé-Sociaux, par sa présence dans ces commissions, y défend les intérêts des agents en faisant respecter le droit des personnes malades et/ou handicapées.

La Fédération y participe, en produisant ce guide, consacré aux commissions de réforme dans la Fonction Publique Hospitalière. Il a été conçu comme un outil pratique à l'usage des acteurs du domaine : représentants du personnel, mandatés CFDT, mais aussi de tous ceux qui participent à la mise en œuvre des dispositifs de protection de la santé et de la sécurité au travail des agents de la Fonction Publique Hospitalière. C'est aussi cela : des choix, des actes.

Elle tient à remercier les membres du groupe de travail fédéral « commissions de réforme », qui, de par leurs compétences et expériences, nous ont aidés pour la réalisation de ce guide ainsi que les syndicats qui ont répondu aux questionnaires « Commission de réforme » permettant de faire l'état des lieux.

Bonne lecture.

Annick BESSAT,
Secrétaire fédérale.

QUESTIONNAIRE DU MANDATÉ

Votre syndicat CFDT vient de vous désigner en tant que mandatés CFDT à la commission de réforme (CDR). Vous trouverez ci-dessous les questions que vous pouvez vous poser... et les réponses, bien sûr ! Votre syndicat pourra vous apporter toutes les précisions que vous souhaitez recevoir après ce premier aperçu. Vous trouverez aussi des informations plus détaillées dans les textes en annexe et les fiches techniques.

⇒ Textes réglementaires ([Fiche n°1](#))

1. C'est quoi une « commission de réforme » ?

Les commissions de réforme sont constituées dans chaque département pour **examiner des questions particulières liées à la santé (accidents de service, inaptitude, congés de maladie...), des fonctionnaires** territoriaux et hospitaliers.

Il y a une commission par département, instituée sous le contrôle du préfet. Mais en pratique, il y a plusieurs commissions, réparties selon les grades des agents concernés. Pour la Fonction Publique Hospitalière (FPH), il y a autant de CDR que de Commissions Administratives Paritaires Départementales (CAPD), et le syndicat vous a donc sollicité pour siéger dans celle correspondant à votre grade.

⇒ Répartition des grades par CAP ([Fiche n° 24](#))

2. Quels sont les autres membres de la commission ?

Chaque commission comporte 7 membres titulaires :

- **Un président**, nommé par le préfet. Il dirige les délibérations mais ne prend pas part au vote.
- **Deux médecins généralistes**, désignés par le préfet ; au besoin, et selon les dossiers examinés, un médecin spécialiste peut être adjoint à la commission, qui peut participer aux débats mais ne peut voter.
- **Deux représentants de l'Administration**, nommés par le préfet (par tirage au sort) parmi des membres des conseils d'administration ou de surveillance des établissements publics du département.
- **Deux représentants du personnel**, désignés respectivement par les deux organisations syndicales ayant obtenu le plus grand nombre de sièges aux élections des CAPD pour la commission concernée. Les représentants sont choisis, soit parmi les membres élus de la CAPD ou à défaut parmi les électeurs de cette même commission.

Chaque titulaire a deux suppléants désignés dans les mêmes conditions.

⇒ Composition de la CDR : ([Fiche n°3](#))

3. Quel est le rôle de la commission de réforme ?

La commission doit émettre un avis sur les dossiers qui lui sont soumis par les administrations employant les fonctionnaires concernés, et ce principalement sur les questions suivantes :

- **Reconnaissance d'accident de service ou de maladie imputable au service** (sauf si l'administration l'a reconnue d'emblée).
- En cas d'accident de service ou de maladie imputable au service reconnus :
 - Reprise de fonction à **temps partiel thérapeutique** ;
 - En cas d'invalidité : détermination du **taux d'ATI** (Allocation Temporaire d'Invalidité).
- Mise à la **retraite pour invalidité**.
- Mise en **disponibilité d'office** pour raison de santé.

La commission peut également être saisie par les agents sur toutes ces questions. L'agent doit alors adresser une demande écrite à son employeur qui transmet à la CDR, soit en s'adressant directement au secrétariat de la CDR.

- ⇒ Rôle de la CDR ([Fiche n°2](#))
- ⇒ Saisine de la CDR ([Fiche n°6](#))

4. Comment serai-je informé des réunions ?

Vous serez convoqué à chaque réunion, au moins **quinze jours avant**, et vous recevrez la **liste des dossiers** qui seront examinés et précisant, pour chaque agent, son établissement d'origine et le motif pour lequel l'avis est sollicité.

En principe, vous devriez recevoir le **calendrier** complet des réunions programmées (sur l'année), ceci notamment pour vous permettre de prévenir à temps votre employeur afin d'être libéré du service. Ce n'est pas obligatoire, mais vous pouvez le demander et l'inscrire lors de l'élaboration ou la révision du règlement intérieur. Même si ce dernier n'est pas obligatoire, il faut l'exiger pour garantir un bon fonctionnement de la CDR.

- ⇒ Convocation de la CDR ([Fiche n° 5](#))

Le temps nécessaire à la réunion, ainsi que le déplacement sont considérés comme du temps de travail. Vous pouvez également bénéficier de temps pour préparer les réunions (consultation des dossiers, etc.), vérifiez avec votre section syndicale ou le syndicat départemental, s'il existe un accord local plus favorable que les dispositions réglementaires.

- ⇒ Les moyens mis à disposition des mandatés : Autorisations d'absence et temps syndical ([Fiche n° 25](#))

À noter que vos frais de déplacements sont pris en charge par la CDR, en cas de difficultés, voyez avec votre section ou le syndicat.

- ⇒ Prise en charge des frais de fonctionnement ([Fiche n° 8](#))

5. Les agents concernés peuvent-ils assister aux réunions ?

Les agents sont également informés par courrier au moins quinze jours avant de la date de la CDR qui examinera leur dossier. Ils peuvent consulter leur dossier (au moins dix jours avant), personnellement ou par l'intermédiaire d'un représentant. Ils ont la possibilité d'ajouter des observations écrites ou des certificats médicaux complémentaires.

Les agents convoqués **peuvent être entendus par la CDR**, et se faire assister d'un médecin ou d'un conseiller de leur choix.

- ⇒ Saisine de la CDR ([Fiche n° 6](#))
- ⇒ Contenu du dossier administratif ([Fiche n°7](#))

6. Comment les avis de la commission de réforme sont-ils rendus ?

La commission statue sur chaque demande, après examen du dossier, par vote des membres titulaires présents et des suppléants remplaçant les titulaires absents. L'avis est donné à la majorité des votants. Ils doivent être motivés (mais dans le respect du secret médical).

Pour qu'une commission puisse délibérer régulièrement, il faut **au moins quatre membres présents**, dont deux médecins (les 2 généralistes ou un 1 généraliste + le spécialiste, qui peut alors prendre part au vote). C'est ce qu'on appelle le **quorum**.

- ⇒ Fonctionnement de la CDR ([Fiche n° 4](#))

7. Que deviennent ces avis ?

Les avis **sont communiqués à l'établissement** qui doit ensuite prendre une décision et la communiquer à l'agent. Le directeur n'est pas tenu de suivre l'avis de la CDR, mais il doit également motiver sa décision.

L'agent peut ensuite contester la décision du directeur, dans les deux mois suivant la notification. L'agent peut également demander à ce que la CDR lui communique directement l'avis rendu.

- ⇒ Fonctionnement de la CDR ([Fiche n° 4](#))

8. Je suis titulaire à la commission de réforme, que se passe-t-il si je ne peux pas siéger ?

Le membre titulaire **empêché momentanément** de siéger, lors d'une réunion de la commission, est **remplacé par l'un des suppléants**.

En cas d'**empêchement définitif**, par exemple en cas de perte de la qualité pour siéger (si vous quittez le département et/ou la Fonction Publique par exemple, ou en cas de démission notifiée par écrit au président), **le premier suppléant devient titulaire**. Le syndicat peut alors nommer un autre suppléant.

- ⇒ Composition de la CDR ([Fiche n° 3](#))

9. Quelle sera la durée de mon mandat ?



Les représentants du personnel, titulaires et suppléants, sont désignés après les élections aux commissions paritaires, et ce pour une durée allant **jusqu'aux prochaines élections** (en général 4 ans).

S'ils sont nommés entre-temps (par exemple en cas de démission d'un membre), leur mandat expire également aux élections suivantes.

Leur mandat peut être prolongé exceptionnellement jusqu'à ce que les nouveaux membres titulaires puissent siéger.

⇒ Composition de la CDR ([Fiche n° 3](#))

10. Quelles sont mes obligations ?

Les obligations des membres de la CDR sont **l'obligation de discrétion professionnelle et le respect du secret médical**. Vous ne devez divulguer à aucun tiers les éléments des dossiers dont vous avez eu connaissance à l'occasion de ces fonctions.

⇒ Secret et discrétion professionnel ([Fiche n° 9](#))



RÔLE DU MANDATÉ

Relations avec le syndicat départemental

Le militant doit se rapprocher de son syndicat départemental pour connaître l'organisation définie pour siéger à la commission de réforme et le nom de son suppléant.

Le syndicat départemental détient les contacts (n° tél., adresse mail) des mandatés titulaires et suppléants. Ces informations doivent être connues des sections et actualisées de façon à être transmises éventuellement à l'agent demandeur.

En proposant l'adhésion aux agents qu'il est amené à soutenir, il participe au développement.

AVANT LA COMMISSION

(Fiches n° 5, n°8, et n° 23)

Le mandaté doit :

- Dès réception de la convocation, demander une autorisation spéciale d'absence auprès de sa direction en joignant la convocation (au cas où un calendrier annuel est établi, faire une demande regroupant toutes les demandes d'absences) ;
- Contacter son suppléant et, si c'est le cas, le 2^{ème} suppléant CFDT pour faciliter le travail de préparation et organiser la participation de la commission ;
- Contacter le / les agents concernés afin de compléter les informations relatives à l'instruction des dossiers ;
- Au besoin, contacter éventuellement la section de l'établissement ;
- Consulter le dossier administratif à la direction départementale de la cohésion sociale (Fiche n°7)

* La consultation du dossier de façon approfondie par le mandaté peut nécessiter un courrier de l'agent pour accéder aux informations de son dossier médical. À contrario, l'absence d'autorisation de l'agent ne permettra pas au mandaté d'être en possession des pièces médicales mais seulement des conclusions d'expertises et des pièces administratives.

Cette phase est importante, elle permettra au mandatés de soutenir le dossier par un avis éclairé et faire valoir ses droits.

PENDANT LA COMMISSION

Le mandaté doit :

- Vérifier le quorum en début de séance (Fiche n°4)
- Être attentif à ce que chaque membre reste dans son rôle (Fiche n°3)

Les médecins sont les seuls membres de la commission de réforme à avoir accès à la totalité des pièces médicales (compte-rendu des expertises, rapport du médecin du travail...).

Les mandatés n'appartiennent pas toujours à la même organisation syndicale, ce qui peut être parfois un handicap ou une aide appréciable en fonction de l'investissement de la personne (connaissance de l'agent, voire du dossier, vote dans le même sens...)

Les mandatés peuvent poser toutes questions utiles pour émettre un avis en toute connaissance de cause.

Le président est le garant de l'examen de tous les dossiers soumis à l'avis de la commission.

La ou le secrétaire de séance présente les dossiers à l'ensemble de la commission, mais ne participe pas au débat et au vote.

Les représentants des employeurs ont une voix délibérative, et ont accès aux mêmes pièces que celles délivrées à la connaissance des mandatés.

Lorsque l'agent concerné est présent :

Si de nombreux dossiers sont à étudier, il convient de demander à ce que ce dernier intervienne en début de séance.

- Il peut se faire assister d'un représentant de son choix : un conseiller, un avocat, un représentant du personnel, un médecin...
- Il doit apporter la preuve de la matérialité des faits et la preuve qu'il existe un lien de cause à effet entre les blessures ou maladies présentées et l'exécution du service. L'agent peut présenter des pièces complémentaires à son dossier. (radio, écho, IRM, Scanner...)

Le fait de devoir expliquer sa situation face à l'assemblée peut être déstabilisant pour l'agent, et ne pas intercéder en sa faveur.

À l'issue de son intervention, l'agent doit quitter la séance car il ne peut prendre part aux débats qui vont suivre.

À l'issue des débats, il est possible d'informer l'agent de l'avis rendu et de le conseiller sur la ou les démarches à entreprendre ultérieurement.

Les dossiers dans certaines Commissions restent encore assez nombreux à traiter.

De ce fait le mandatés doit :

- Demander au président de ralentir le rythme de présentation pour ne pas perdre d'informations importantes dans une prise de note éventuelle ;
- Être attentif au fait qu'un médecin qui a expertisé l'agent ne doit pas prendre part aux votes, ni orienter par de quelconques propos l'avis qui sera rendu ;
- Intervenir pour modifier l'information qui a été donnée si cela nécessaire.

L'avis : (Fiche n°4)

Après étude du dossier et à l'issue des débats, un vote doit avoir lieu afin qu'un avis de la Commission de Réforme soit rendu.

- Pour
- Contre
- Abstention

Chaque avis doit être motivé dans le respect du secret médical, notamment s'il est différent du rapport médical ou si plusieurs avis médicaux divergents figurent au dossier.

L'avis est notifié sur un document spécifique paraphé par tous les membres ayant voix délibérative.

À noter que d'autres documents doivent être paraphés le cas échéant (l'octroi de la tierce personne, la mise en retraite pour invalidité...)

APRÈS LA COMMISSION

L'avis de la commission de réforme est communiqué par courrier simple à l'agent et à l'employeur.

Son contenu doit se limiter à indiquer un positionnement favorable ou défavorable de la commission, vis-à-vis de la demande de l'agent ou de son employeur.

L'avis doit également indiquer, de manière codifiée suivant les tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R 461-3 du Code de la santé, la pathologie à laquelle fait référence l'avis.

Exemple : avis favorable à l'imputabilité au service, de la maladie professionnelle 57 C.

Une fois rendu l'avis par la Commission de Réforme, le Chef d'établissement (l'autorité investie du pouvoir de nomination) prend sa décision qui est communiquée à l'agent, cette dernière doit être motivée, en droit (référence aux textes afférent) et en fait (circonstances).

La décision peut comporter les voies et délais de recours pour la contester le cas échéant.

Si ceux-ci n'ont pas été notifiés, l'agent pourra contester cette décision sans être restreint par des délais.

Dès réception de la décision de l'employeur, l'agent peut prendre contact avec le mandaté à la commission de réforme. Ce dernier aura à charge de mettre l'agent en contact avec la section ou le syndicat pour la suite de son dossier.

La carence décisionnelle (absence de décision de l'administration)

Cette situation est exceptionnelle et dommageable pour l'agent. Il n'existe aucun délai légal opposable à l'autorité administrative pour faire connaître sa décision, suite à un avis de la commission de réforme.

Il s'agit souvent de situations graves et compliquées où l'absence de décision prive l'agent de ses droits, soit à bénéficier des avantages générés par la décision favorable soit dans le cas contraire à faire valoir son droit de recours.

L'agent devra provoquer une décision de la part de l'administration pour connaître la position de celle-ci sur les suites de son dossier.

FICHES TECHNIQUES

1. TEXTES REGLEMENTAIRES
2. ROLE DE LA CDR
3. COMPOSITION DE LA CDR
4. FONCTIONNEMENT DE LA CDR
5. CONVOCATION DE LA CDR
6. SAISINE DE LA CDR PAR L'AGENT
7. ORGANISATION DE LA CDR
8. PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FONCTIONNEMENT
9. SECRET ET DISCRÉTION PROFESSIONNELLE
10. ACCIDENT DE SERVICE ET MALADIE PROFESSIONNELLE – GÉNÉRALITÉS
11. ACCIDENT DE SERVICE
12. ACCIDENT DE TRAJET
13. MALADIE PROFESSIONNELLE
14. MALADIES CONTRACTÉES EN SERVICE
15. DÉCLARATION D'UN ACCIDENT DE SERVICE OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE
16. TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE
17. ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES (ATIACL)
18. PENSION D'INVALIDITÉ CNRACL
19. RENTE D'INVALIDITÉ (RI)
20. INFIRMITÉS MULTIPLES : CALCUL DU TAUX REMUNÉRABLE
21. INVALIDITÉ NON IMPUTABLE AU SERVICE
22. MAJORATION SPÉCIALE POUR TIERCE PERSONNE
23. COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE L'ATIACL ET DE LA RENTE D'INVALIDITÉ
24. REPARTITION DES GRADES PAR CAP
25. MOYENS MIS À DISPOSITIONS DES MANDATÉS – AUTORISATIONS D'ABSENCE ET DROIT SYNDICAL
26. GLOSSAIRE
27. BIBLIOGRAPHIE

1. TEXTES RÉGLEMENTAIRES

La commission départementale de réforme est régie par :

- [Décret n°86-442 du 14 mars 1986](#) modifié, relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme (...)
(Dans sa version issue du Décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la FPH)
- [Décret n° 88-386 du 19 avril 1988](#) modifié, relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie de la fonction publique hospitalière
- [Décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003](#) relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales
- [Décret n° 2005-442 du 2 mai 2005](#) relatif à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité
- [Arrêté du 4 août 2004](#) relatif aux Commissions de réforme des agents de la FPT et de la FPH)
- [Circulaire n° DHOS/RH3/2009/52 du 17 février 2009](#) relative au décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur
- [Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2012/70 du 9 février 2012](#) relative à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers contre les risques maladie et accident de service.

Voir aussi le statut de la fonction publique hospitalière : (Titre IV)

- [Loi 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relative à la fonction publique hospitalière](#) (dont les articles 41 et 41-1)

2. RÔLE DE LA CDR

Une commission de réforme est instituée dans chaque département par arrêté du préfet.

Par décision particulière, il peut exister des CDR interdépartementales (par exemple dans la région parisienne).

Elle est compétente à l'égard des fonctionnaires exerçant leurs fonctions dans le département.

Elle émet principalement un avis sur :

- L'imputabilité au service des accidents (**accidents de service → fiches 10, 11 & 12**) et des maladies (**maladie professionnelle → fiches n° 10, 13 & 14**) **sauf si l'imputabilité est reconnue par l'administration.**
- L'attribution d'un congé de longue maladie, d'un congé de longue durée ou d'une cure thermale dans le cas d'une maladie contractée ou d'un accident survenu dans l'exercice des fonctions.
- L'attribution d'un temps partiel pour raisons thérapeutiques, après un congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions.
- La reconnaissance de l'invalidité temporaire et la détermination du taux d'invalidité temporaire ouvrant droit au bénéfice de l'allocation d'invalidité temporaire (**ATI → fiche n° 17**) ainsi que le bénéfice d'une tierce personne (**→ fiche n° 22**).
- L'incapacité permanente à l'exercice des fonctions et la mise à la retraite pour invalidité des agents affiliés à la CNRACL (fonctionnaires territoriaux et hospitaliers) (**→ fiches n° 18 & 19**).
- La mise en disponibilité d'office pour raison de santé.
- La contestation de l'aptitude physique de l'agent en cas de demande de prolongation d'activité au-delà de la limite d'âge.

La commission de réforme peut également être consultée chaque fois que des dispositions législatives et réglementaires le prévoient expressément.

Références pour la fonction publique hospitalière :

- [articles 41 et 41-1 de la loi du 9 janvier 1986](#)
- [article 13 du décret 86-442 modifié](#)
- [article 31 du décret 2003-1306 du 26 décembre 2003](#)
- [article 1er de l'arrêté du 4 août 2004](#)

3. COMPOSITION DE LA CDR

Elle comprend :

- deux médecins généralistes, auxquels est adjoint, le cas échéant, un médecin spécialiste pour l'examen des cas relevant de sa compétence. Le médecin spécialiste participe aux délibérations mais ne prend pas part au vote, sauf en l'absence d'un médecin généraliste ;
- deux représentants de l'Administration ;
- deux représentants du personnel appartenant à la même catégorie que l'intéressé.

Chaque titulaire a deux suppléants désignés dans les mêmes conditions que les titulaires.

Désignation des membres :

Le président de la commission de réforme est désigné par le préfet qui peut choisir soit un fonctionnaire placé sous son autorité, soit une personnalité qualifiée qu'il désigne en raison de ses compétences, soit un membre élu d'une assemblée délibérante dont le personnel relève de la compétence de la commission de réforme. Dans ce cas, un président suppléant, n'appartenant pas à la même collectivité, est désigné pour le cas où serait examinée la situation d'un fonctionnaire appartenant à la collectivité dont est issu le président.

Le président dirige les délibérations mais ne participe pas au vote.

Les médecins généralistes et spécialistes sont désignés par le préfet sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

S'il ne se trouve pas, dans le département, un ou plusieurs médecins spécialistes agréés nécessaires, il est fait appel à des spécialistes professant dans d'autres départements.

Les membres représentants de l'administration, sont désignés par le préfet après tirage au sort sur une liste de candidats proposés par les Conseils d'administration des établissements publics relevant de la commission. Chaque Conseil d'administration peut proposer 2 candidats élus parmi ses membres, en dehors des représentants du personnel.

Les représentants du personnel sont désignés dans les conditions suivantes : Pour la Fonction Publique Hospitalière, il y a deux représentants du personnel pour chaque Commission Administrative Paritaire Départementale (CAPD). Pour chacune des commissions, les deux organisations syndicales disposant du plus grand nombre de sièges désignent deux titulaires pour siéger à la commission départementale de réforme, soit au sein de la CAPD, soit parmi les électeurs à cette commission. **(Répartition des grades par CAP :→ voir fiche technique n°24).**

Pour pouvoir être désignés, les électeurs à la commission administrative paritaire devront être proposés par un représentant des personnels de la commission administrative paritaire et accepter ce mandat. Dans l'hypothèse où, pour un groupe donné, la CAPD ne comprend qu'un représentant titulaire du personnel et un suppléant, ce dernier participe également avec voix délibérative aux réunions de la commission départementale de réforme.

En cas d'égalité de sièges entre organisations dans la même commission, le partage est effectué en fonction du nombre total de voix obtenu lors des élections pour la constitution de la CAPD considérée.

Participation des suppléants :

Un membre titulaire temporairement empêché de siéger doit se faire remplacer par l'un de ses suppléants.

Un médecin membre de la commission peut également donner mandat à un médecin agréé dans l'hypothèse où les deux suppléants sont indisponibles, après accord du médecin inspecteur de la santé territorialement compétent.

Durée du mandat :

Le mandat des représentants du personnel au sein de cette commission prend fin à l'issue de la durée du mandat de la commission administrative paritaire visée à l'article 6.

Toutefois, en cas de besoin, notamment en cas d'urgence, le mandat des membres de la commission de réforme peut être prolongé jusqu'à l'installation des nouveaux titulaires.

En toute autre circonstance, en cas de perte de qualité pour siéger, de décès ou de démission d'un titulaire, le premier suppléant devient automatiquement titulaire.

Références :

- [Articles 3 – 4 – 5 – 6 & 8 de l'arrêté du 4 août 2004 :](#)

4. FONCTIONNEMENT DE LA CDR

Le **siège** de la Commission de Réforme est fixé par son président.
Son **secrétariat** est assuré par le préfet ou son représentant.

Quorum :

La commission ne peut délibérer valablement que si au moins quatre de ses membres ayant voix délibérative assistent à la séance.

Deux médecins (2 généralistes ou 1 généraliste + 1 spécialiste) doivent participer à la séance. En cas d'absence d'un des généralistes, le spécialiste a voix délibérative. Les médecins ne peuvent pas siéger avec voix délibérative, lorsque la commission examine le dossier d'un agent qu'ils ont examiné à titre d'expert ou de médecin traitant.

A noter cependant que lorsque le quorum n'est pas atteint sur un ordre du jour donné, l'organisme délibère valablement sans condition de quorum après une nouvelle convocation portant sur le même ordre du jour et spécifiant qu'aucun quorum ne sera exigé. La première séance doit être formalisée par un procès-verbal de carence.

Règlement Intérieur :

Les CDR peuvent se doter d'un règlement intérieur pouvant préciser certaines modalités de fonctionnement, dans le respect des dispositions réglementaires existantes (Par exemple : la participation des suppléants).

Avis de la CDR :

Les avis sont émis à la majorité des membres présents. En cas d'égalité des voix, l'avis est réputé rendu.

Chaque avis doit être motivé, dans le respect du secret médical, notamment s'il est différent du rapport médical ou si plusieurs avis médicaux divergents figurent au dossier.

À NOTER :

La commission de réforme donne un avis qui n'est pas créateur de droit et qui ne peut donc faire l'objet d'un recours contentieux.

Références :

- [Articles 12 & 17 de l'arrêté du 4 août 2004](#)

5. CONVOCATION DE LA CDR

Le secrétariat de la commission de réforme convoque les membres titulaires et l'agent concerné au moins quinze jours avant la date de la réunion.

Chaque dossier à examiner fait l'objet, au moment de la convocation à la réunion, d'une note de présentation dans le respect du secret médical.

La convocation mentionne :

- la liste des dossiers à examiner,
- les références de l'établissement employeur,
- l'objet de la demande d'avis.

La demande d'inscription à l'ordre du jour de la commission est adressée au secrétariat de celle-ci par l'employeur de l'agent concerné.

Référence :

- [Article 14 de l'arrêté du 4 août 2004](#) :

6. SAISINE DE LA CDR PAR L'AGENT

L'agent concerné peut adresser une demande de saisine de la commission à son employeur, qui doit la transmettre au secrétariat de celle-ci dans un délai de trois semaines. Le secrétariat accuse réception de cette transmission à l'agent concerné et à son employeur. Passé le délai de trois semaines, l'agent concerné peut faire parvenir directement au secrétariat de la commission un double de sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette transmission vaut saisine de la commission.

La commission de réforme doit statuer dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande. Ce délai peut être porté à 2 mois en cas d'instructions, enquêtes et expertises qu'elle estime nécessaires.

À NOTER :

Le traitement auquel l'agent avait droit à la date de saisie de la commission de réforme, doit lui être maintenu par la collectivité durant les délais précités, et, en tout état de cause, jusqu'à l'issue de la procédure justifiant la saisie de la commission de réforme.

Références :

- [Article 13 de l'arrêté du 4 août 2004](#) :

7. ORGANISATION DE LA CDR

Dix jours au moins avant la réunion de la commission, le fonctionnaire est invité à prendre connaissance, personnellement ou par l'intermédiaire de son représentant, de son dossier, dont la partie médicale peut lui être communiquée, sur sa demande, ou par l'intermédiaire d'un médecin.

La commission de réforme doit être saisie de tous témoignages, rapports et constatations propres à éclairer son avis.

Elle peut faire procéder à toutes mesures d'instructions, enquêtes et expertises qu'elle estime nécessaires.

La commission entend le fonctionnaire, qui peut se faire assister d'un médecin de son choix. Il peut aussi se faire assister par un conseiller. Il peut présenter des observations écrites et fournir des certificats médicaux.

Dans le cas des accidents de travail, la commission de réforme statue sur un dossier comprenant :

- ✓ la déclaration des circonstances de l'accident ;
- ✓ le certificat médical initial ;
- ✓ l'état récapitulatif des différents arrêts de travail se rapportant à l'accident ;
- ✓ le rapport hiérarchique, éventuellement le rapport de police ou les déclarations des témoins ;
- ✓ les pièces relatives à l'accident initial en cas de saisie pour une rechute ;
- ✓ un rapport écrit du médecin du travail concerné.

Le médecin du travail est informé par la CDR. Il peut obtenir, sur demande, communication du dossier. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion.

Références :

- [Article 15 & 16 de l'arrêté du 4 août 2004](#) :

8. PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FONCTIONNEMENT

Les honoraires et frais médicaux, sont à la charge de l'administration intéressée.

Le remboursement des frais de déplacements des membres de la CDR, de son président et de l'agent convoqué sont à la charge :

- de la Caisse des dépôts dans le cas de l'attribution de l'Allocation Temporaire d'Invalidité,
- de la CNRACL, pour la mise à la retraite pour invalidité, pension à jouissance immédiate d'un agent féminin, d'un veuf et pour les prolongations d'activité,
- de l'établissement pour l'AIT et les prestations en espèce S.S., l'imputabilité au service, le congé spécial des blessés de guerre, la prolongation d'un CLD imputable et la disponibilité après un CLD imputable.

À NOTER :

Pour le remboursement de leurs frais, les membres de la CDR doivent adresser leur demande au secrétariat.

Références :

- [Article 9,10 & 11 de l'arrêté du 4 août 2004](#) :



9. SECRET ET DISCRÉTION PROFESSIONNELLE

Les membres de la commission de réforme sont soumis aux obligations de secret et de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.

Références :

- [Article 8 de l'arrêté du 4 août 2004](#)

- *Article 26 de la loi 83-634 du 13 juillet 83 portant droits et obligations des fonctionnaires :*
« Les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le code pénal. »

- *Article 226-13 du Code pénal :*
« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par son état ou par sa profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

10. ACCIDENT DE SERVICE ET MALADIE PROFESSIONNELLE - GENERALITES

Un agent des collectivités locales ou des établissements publics peut, durant son service, être victime d'un **accident de service** ou contracter une **maladie professionnelle**.

Tout accident de service ou maladie professionnelle peut entraîner :

- **une incapacité temporaire de travail (ITT) :**
 - avec arrêt de travail,
 - avec frais médicaux et pharmaceutiques, frais chirurgicaux, d'hospitalisation...
- **une invalidité permanente partielle (IPP) :** avec séquelles subsistant après la consolidation (stabilisation) de l'état médical de l'agent et réduisant sa validité.

La charge de la réparation des accidents de service ou maladies professionnelles pour les agents titulaires et stagiaires (sous réserve de la titularisation) affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales incombe soit à l'ATIACL, soit à la CNRACL selon que l'agent peut ou non reprendre une activité.

- **Si l'agent reprend des fonctions**, il peut bénéficier d'une indemnisation sous certaines conditions à la charge du régime de l'Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL).

Référence :

- [Décret n° 2005-442 du 2 mai 2005](#) relatif à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité aux fonctionnaires relevant de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière

- **Si l'agent ne peut pas reprendre des fonctions**, il peut bénéficier d'une indemnisation sous certaines conditions à la charge de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) lorsque l'invalidité permanente entraîne la radiation des cadres.

Référence :

- [Décret n° 2003-1306 du 26.12.03](#) relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales

11. ACCIDENT DE SERVICE

Définition :

Trois éléments sont à prendre en compte pour caractériser l'accident de service :

- **le lieu** de l'accident, qui doit être le lieu de travail ;
- **l'heure** de l'accident, qui doit se situer pendant les heures de travail ;
- **l'activité exercée** au moment de l'accident, qui doit avoir un lien avec l'exercice des fonctions.

Le Conseil d'Etat a considéré, de façon constante, que l'accident correspondant aux trois critères cités ci-dessus, conservait la qualification d'accident de service, même en cas de faute de l'agent.

Seule une initiative personnelle de l'agent (ou une imprudence caractérisée), sans aucun lien avec le service, peut faire perdre à l'accident une telle qualification.

Pour que l'imputabilité au service soit admise, le **fonctionnaire doit donc apporter la preuve qu'il a été victime d'un accident de service** répondant aux trois critères retenus par le Conseil d'Etat, et que les séquelles qu'il présente sont la conséquence directe et certaine de cet accident.

Cette relation directe et certaine entre l'exercice des fonctions et les séquelles doit être établie médicalement. Le bénéfice du doute ne profite pas à l'agent.

En matière d'accident de service, **la présomption d'origine n'existe pas dans la Fonction Publique** (contrairement au régime général de la Sécurité Sociale).

De ce fait, les services ATIACL et CNRACL concernés sont amenés à examiner les demandes d'indemnisation au cas par cas.

À NOTER :

Les notions "d'action soudaine et violente d'une cause extérieure" ou de "fait traumatique" qui ne figurent dans aucune disposition réglementaire, ne peuvent donc être retenues dans les critères de reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident d'un point de vue réglementaire.

12. ACCIDENT DE TRAJET

L'accident survenu sur le trajet entre le domicile et le lieu de travail peut être assimilé à un accident de service :

- s'il survient sur « le parcours protégé », c'est à dire le trajet le plus direct entre le domicile et le lieu de travail (ou vice-versa) ;
- mais ce parcours peut être interrompu ou détourné en raison des nécessités essentielles de la vie courante (par exemple : pour déposer ou chercher les enfants à l'école ou chez une nourrice...).

La jurisprudence a étendu la notion de parcours protégé.

Lorsque l'agent présente un taux d'alcoolémie témoignant d'un état d'imprégnation alcoolique incompatible avec la conduite d'un véhicule (taux d'alcoolémie constaté supérieur à la norme légale autorisée), la faute lourde commise par l'agent fait perdre à l'accident en cause tout lien avec le service.

Un accident survenu dans le cadre d'une activité accessoire (mission, syndicat, sport, formation professionnelle...) est susceptible, sous certaines conditions, d'être reconnu imputable au service.

13. MALADIE PROFESSIONNELLE

Définition :

Une maladie est "**professionnelle**" si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle (Définition : INRS).

« Maladie professionnelle » recouvre une notion générique.

Toute affection qui répond aux conditions médicales, professionnelles et administratives mentionnées dans les tableaux annexés aux articles L.461-1 et L.461-2 du Code de la Sécurité Sociale, est systématiquement "présumée" d'origine professionnelle, sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve.

Ainsi, si les conditions énoncées au tableau en cause sont remplies (vérifications administratives et médicales), l'agent concerné bénéficie de la présomption sans avoir à fournir aucune preuve.

Indemnisation :

Le droit à indemnisation sera étudié différemment selon que l'on se trouve dans la réglementation ATIACL (→ **fiche 17**), ou dans la réglementation CNRACL (→ **fiche 18**)

L'allocation temporaire d'invalidité (ATI) est attribuée aux fonctionnaires **maintenus en activité** qui justifient d'une invalidité permanente résultant :

- soit de l'une des maladies d'origine professionnelle énumérées par les tableaux mentionnés à l'article L.461-2 du Code de la sécurité sociale .
- soit d'une 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, sous réserve des dispositions de l'article 6 du présent décret.

Les fonctionnaires justifiant se trouver dans ces deux cas ne peuvent bénéficier de cette allocation que dans la mesure où l'affection contractée serait susceptible, s'ils relevaient du régime général de sécurité sociale, de leur ouvrir droit à une rente en application des dispositions du livre IV dudit Code et de ses textes d'application.

[Consulter les tableaux en ligne](#)

14. MALADIES CONTRACTÉES EN SERVICE

Définition :

Cette notion de maladie contractée en service n'est pas définie par les textes spécifiques à la Fonction publique hospitalière. Lorsque la pathologie ne figure pas dans le tableau de maladies professionnelles, il peut alors s'agir, avec un faisceau d'indices, d'une maladie contractée en service, en lien avec le travail.

Il faut donc se référer à la jurisprudence, aux arrêts du Conseil d'Etat, pour mieux les appréhender.

Par exemple, arrêt n° 325935 du Conseil d'Etat du 29 septembre 2010 :

« Peut être également reconnue d'origine professionnelle, une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué et au moins égal à un pourcentage déterminé. »

Indemnisation :

La maladie contractée en service n'ouvre pas droit à une indemnisation au titre de l'ATIACL (→ fiche 17).

Par contre, elles peuvent être indemnisées par la CNRACL. Dans ce cas, le rapport médical devra établir la preuve du lien direct et certain entre la maladie constatée et les fonctions exercées (→ fiche 18).

15. DÉCLARATION D'UN ACCIDENT DE SERVICE OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Procédure :

Un agent victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle doit **souscrire une déclaration**.

Toute déclaration d'accident survenu sur le lieu et pendant les horaires de travail, à l'occasion du service est recevable.

L'agent doit apporter la preuve de la matérialité des faits et la preuve qu'il existe un lien de cause à effet entre les blessures ou maladies présentées et l'exécution du service. Il peut fournir des attestations de témoins.

Il appartient à l'employeur de s'assurer de la réalité des faits et d'établir **un rapport hiérarchique**.

Délai :

Aucun délai n'est opposable à l'agent pour refuser la prise en compte de cette déclaration.

Position administrative :

L'agent est placé en **congé pour accident de service** jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à la mise à la retraite.

L'agent doit demander le bénéfice de ce congé auprès de l'autorité dont il relève, en alléguant l'imputabilité au service et en transmettant **un certificat médical initial**.

L'agent se verra délivrer un certificat de prise en charge, la délivrance de celui-ci n'entraîne pas de fait la reconnaissance de l'imputabilité au service.

Si l'employeur a un doute quant à cette imputabilité, l'agent peut être placé en congé de maladie jusqu'à la prise de décision reconnaissant l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie.

Si l'imputabilité est ensuite reconnue, le congé maladie déjà attribué sera transformé en congé accident de service.

16. TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

Définition :

Le temps partiel thérapeutique (TPT) est une position particulière du fonctionnaire apte à reprendre son service après une interruption de travail pour raisons de santé (congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie ou de longue durée, pour accident de service ou maladie professionnelle) **d'au moins six mois consécutifs pour une même affection excepté pour la maladie professionnelle.**

Il peut être accordé parce que la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé, ou pour lui permettre de suivre une rééducation ou réadaptation professionnelle.

Procédure :

Le temps partiel thérapeutique doit faire l'objet d'une demande de l'agent auprès de l'établissement employeur.

L'employeur doit au préalable recueillir l'avis du comité médical (à l'issue d'un CMO, CLM ou d'un CLD), **ou de la commission de réforme** (après un congé résultant d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle ou contractée dans l'exercice des fonctions).

Le comité médical ou la commission de réforme pourront être saisis de cette demande simultanément, ou en lieu et place de la question de la prolongation ou non du congé de maladie.

Durée – Quotité de travail :

Le temps partiel thérapeutique peut être accordé pour **une période de trois mois renouvelable, dans la limite d'un an** pour une même affection.

En cas de reprise à l'issue d'un congé pour accident de service, maladie professionnelle ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions, le TPT peut être accordé pour une période **d'une durée maximale de six mois, renouvelable une fois.**

Un nouveau congé de maladie pendant la période de TPT ne prolonge pas de fait la durée octroyée. Mais l'agent en position de temps partiel thérapeutique peut bénéficier dans certaines circonstances, et sur demande, d'une suspension de cette mesure (par exemple en cas d'hospitalisation), permettant de conserver la durée de TPT restante.

Le TPT peut être effectué selon les quotités correspondant à **50 %, 60 %, 70 %, 80 % et 90 %** de la durée du service à temps plein.

La quotité de TPT accordée peut être modifiée, à l'occasion du renouvellement de la période, après du comité médical ou de la commission de réforme.

Situation administrative – Rémunération :

Les périodes de TPT sont assimilées à du temps plein s'agissant de :

- la détermination des droits à l'avancement d'échelon et de grade ;
- la constitution et la liquidation des droits à pension ;
- l'ouverture des droits à un nouveau congé de longue maladie.

Le fonctionnaire hospitalier en TPT perçoit l'intégralité de son traitement, du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Les primes et indemnités sont calculées au prorata de la durée effective de travail.

Attention : cas des agents à temps partiel avant l'attribution d'un TPT

L'instruction DGOS déjà citée stipule à ce propos : « *Ainsi, un agent qui bénéficierait d'un temps partiel thérapeutique au cours d'une période de travail à temps partiel devra percevoir la rémunération afférente à la quotité de temps partiel accordée, jusqu'à l'expiration de l'autorisation de cette dernière.* ».

Beaucoup d'administrations appliquent cette disposition à la lettre.

Mais un arrêt du Conseil d'Etat (*Conseil d'Etat, 12 mars 2012, n°340829*), contredit cette interprétation et précise que « *l'intéressé a droit de percevoir, dans cette position, l'intégralité du traitement d'un agent du même grade exerçant à temps plein les mêmes fonctions* ».

L'agent concerné peut donc demander à être payé sur la base d'un temps plein.

Régime des congés annuels :

Les droits à congés annuels d'un fonctionnaire autorisé à effectuer un TPP sont assimilables à ceux d'un fonctionnaire effectuant un service à temps partiel de droit commun.

Ainsi, sur la période de référence qui s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre, la durée des congés annuels du fonctionnaire est fixée à cinq fois ses obligations hebdomadaires de service, appréciée en jours effectivement ouverts.

Fin du temps partiel thérapeutique :

A l'issue de cette période de temps partiel, le fonctionnaire peut reprendre ses fonctions à temps plein, sans que cette reprise de fonctions ait fait l'objet préalablement d'une consultation du comité médical ou de la commission de réforme.

A l'épuisement de la durée du TPP, le fonctionnaire qui n'est pas apte à reprendre ses fonctions à temps plein peut solliciter une autorisation de travail à temps partiel au titre du dispositif de droit commun. L'agent dispose également de la possibilité de présenter à son employeur une nouvelle demande de congé de maladie, si ses droits ne sont pas épuisés.

Références :

- [Article 41-1 de la loi du 9 janvier 1986 modifié par la loi 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.](#)

17. ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES : ATIACL

- 1) **Généralités :**
 - a) Définition
 - b) Bénéficiaires
 - c) Mode de financement
- 2) **Circuit de transmission du dossier**
 - a) Rôle de l'agent
 - b) Rôle du médecin agréé
 - c) Rôle de la commission de réforme
 - d) Rôle de la collectivité
- 3) **Attribution du taux d'invalidité**
 - a) Procédure si taux rémunérable inférieur à 10 % pour un accident de service
 - b) Procédure si taux rémunérable supérieur ou égal à 10 % pour un accident de service
- 4) **Attribution de l'allocation**
 - a) Conditions d'attribution
 - b) Nature des séquelles et taux d'invalidité
 - c) Concession de l'allocation temporaire d'invalidité
 - d) Détermination de la date d'effet
 - e) Calcul du taux rémunérable et montant
- 5) **Les révisions**
 - a) Révision quinquennale
 - b) Révision sur demande
 - c) Révision au moment de la radiation des cadres
- 6) **Caractéristiques de l'allocation versée**

1) **Généralités :**

a) **Définition :**

L'ATIACL est une prestation attribuée à un fonctionnaire qui, à la suite d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie professionnelle, présente des infirmités permanentes lui permettant néanmoins de reprendre ses fonctions

À NOTER :

Les textes applicables ne permettent pas l'indemnisation par l'ATIACL de la maladie contractée en service.

L'ATIACL vise à indemniser l'invalidité résiduelle de l'accident de service ou de la maladie professionnelle, et non la diminution de rémunération consécutive à la réduction de capacité de travail. En effet, l'agent qui en bénéficie continue à percevoir son traitement d'activité.

b) Bénéficiaires :

Sont couverts par l'ATIACL les agents :

- **titulaires ou stagiaires affiliés à la CNRACL**, sauf les agents détachés sur des emplois ne conduisant pas à pension CNRACL ;
- détachés de l'Etat sur un emploi relevant de la CNRACL.

c) Mode de financement :

Le fonds est approvisionné par une cotisation **obligatoire** de l'employeur à hauteur de 0,5 % du traitement brut.

2) Circuit de transmission du dossier :

a) Rôle de l'agent :

L'attribution de l'ATI nécessite une demande expresse de l'agent.

Pour introduire valablement cette demande, certaines conditions doivent être remplies et un **délaï respecté** sous peine de forclusion.

L'agent doit déposer cette demande par écrit auprès de sa collectivité (qui doit en accuser réception) dans **le délaï d'un an** qui court :

- soit à compter de la date de reprise des fonctions si cette reprise a eu lieu après consolidation des infirmités ;
- soit à compter de la date de constatation officielle de la consolidation de ses blessures 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.

Ce délaï d'un an est impératif et aucune dérogation ne peut être admise. La forclusion fait perdre définitivement à l'agent tout droit à une ATI pour les séquelles de son accident.

b) Rôle du médecin agréé:

Il doit convoquer l'agent, l'examiner et compléter le rapport médical.

En cas d'accident de service, il doit :

- établir le lien direct et certain entre le fait accidentel et les séquelles ;
- décrire et chiffrer séparément chacune des séquelles ;
- fixer les taux d'invalidité permanente partielle à la date de consolidation de l'ensemble des séquelles.

En cas d'état préexistant à l'événement reconnu imputable, il convient de déterminer si cet état préexistant était caractérisé et invalidant avant l'événement en cause :

- Dans la négative, il s'agit d'un état préexistant latent qui ne doit pas donner lieu à la fixation d'un taux d'invalidité à la veille de l'événement. Dans ce cas, le médecin fixera le taux relatif aux seules séquelles imputables à l'événement.
- Dans l'affirmative, il convient d'indiquer s'il existe un rapport d'aggravation entre les séquelles présentées et l'affection antérieure et de préciser la nature du lien d'aggravation (lien fonctionnel d'aggravation ou relation médicale d'aggravation).

En cas d'accidents ou de maladies professionnelles successifs :

- Dans le cas d'un nouvel accident, réévaluer les taux d'invalidité permanente partielle de chacune des séquelles à la date de consolidation du dernier accident.
- Dans le cas d'accidents ou de maladies professionnelles successifs, réévaluer à chaque nouvelle date de consolidation, les taux des accidents antérieurs et des maladies professionnelles antérieures.

En cas de maladie professionnelle, préciser le libellé de la maladie professionnelle et le numéro du tableau auquel elle est inscrite

En cas de révisions : décrire les séquelles et évaluer les taux d'invalidité permanente partielle à la date de révision quinquennale ou de radiation des cadres.

c) Rôle de la commission de réforme :

Elle émet un avis sur l'imputabilité.

Elle doit :

- mentionner sur le procès-verbal la date de l'accident de service ou de la maladie professionnelle, ainsi que le numéro de la maladie professionnelle. ;
- vérifier la conformité du libellé et du taux des séquelles par rapport au barème indicatif ;
- indiquer la date de consolidation ;
- motiver son avis, notamment si celui-ci est différent du rapport médical, ou si plusieurs avis médicaux divergents figurent au dossier.

d) Rôle de la collectivité :

La collectivité employant l'agent prend connaissance du rapport médical. A cet égard, il est rappelé que les personnels administratifs, tenus au secret professionnel, peuvent avoir accès, pour l'étude du droit, aux pièces d'ordre médical.

Elle communique les conclusions du médecin à l'agent.

Elle doit veiller tout particulièrement à ce que les conditions nécessaires à l'octroi d'une allocation soient remplies. Dans ce but, elle vérifiera notamment, en se rapportant à la notice à l'usage des médecins, que le questionnaire médical a bien été complété, et en particulier que la preuve d'un lien direct et certain entre les séquelles présentées et l'accident est bien établie.

La collectivité règle les honoraires du médecin.

3) Attribution du taux d'invalidité :

Il convient de préciser que l'allocation n'est susceptible d'être accordée qu'aux agents qui sont maintenus en activité, et qui justifient d'une Incapacité Permanente Partielle (IPP) résultant soit d'un accident de service ayant entraîné une incapacité d'un taux rémunérable au moins égal à 10 %, soit de l'une des maladies d'origine professionnelle énumérées par les tableaux pour lesquelles aucun taux minimum n'est fixé.

De ce fait, deux cas peuvent se présenter.

a) Procédure si taux rémunérable inférieur à 10 % pour un accident de service :

L'agent est d'accord avec ce taux :

Afin de ne pas alourdir la charge des services gestionnaires, il a été admis que la demande d'allocation présentée par un agent ne justifiant pas d'un taux d'invalidité au moins égal à 10 % pour les accidents de service ou de trajet ne soit pas soumise pour examen à la commission départementale de réforme, avec l'accord de l'intéressé.

Dans ce cas, la collectivité ne doit pas remplir le dossier administratif mais demander à l'agent une attestation écrite précisant qu'il ne conteste pas le taux.

Elle notifie le rejet à l'agent et classe le dossier.

L'agent peut à tout moment, jusqu'à la radiation des cadres, présenter une nouvelle demande d'allocation en cas d'aggravation de son invalidité ou en cas de nouvel accident.

L'agent n'est pas d'accord avec ce taux :

- soit la collectivité transmet le dossier en l'état à la CDR ;
- soit elle demande un nouvel avis médical et désigne alors elle-même le médecin agréé.

À NOTER :

il n'y a aucun texte réglementaire imposant à la collectivité de procéder à un nouvel examen médical.

A la réception du nouveau rapport :

- si le taux demeure inférieur à 10 %, l'ensemble du dossier médical doit être adressé à la commission départementale de réforme. Ensuite, le dossier complet est transmis au service ATIACL de la Caisse des dépôts.
- si le taux est supérieur ou égal à 10 % : voir ci-dessous

b) Procédure si taux rémunérable supérieur ou égal à 10 % pour un accident de service :

La collectivité doit transmettre à la commission départementale de réforme :

- la copie du rapport hiérarchique ;
- le rapport médical accompagné de toutes les pièces médicales, notamment le rapport du médecin du travail ou de médecine préventive.

A la réception du procès-verbal de la commission départementale de réforme, la collectivité doit transmettre à la Caisse des dépôts et consignations :

- le rapport hiérarchique ;
- le plan du trajet s'il s'agit d'un accident de trajet et le procès-verbal de gendarmerie ou le rapport de police ;
- le dossier administratif dûment complété ;
- les certificats médicaux : "initial et final" ;
- l'arrêté ou la décision d'attribution d'ATI ;

- le rapport médical ;
- le procès-verbal de la CDR.

Après étude du dossier, la Caisse des dépôts et consignations notifie sa décision à la collectivité qui doit, alors, en informer l'agent.

À NOTER :

Il est rappelé que le pouvoir de décision en matière d'invalidité permanente partielle (IPP) appartient à la Caisse des dépôts et consignations, mais ne remet pas en cause la décision prise par la collectivité en matière d'incapacité temporaire de travail (ITT).

4) Attribution de l'allocation :

A la réception du dossier complet, la Caisse des dépôts et consignations procède à un examen du droit à l'issue duquel elle donne un avis favorable ou défavorable à l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité.

a) Conditions d'attribution :

Trois types d'événements sont possibles :

- l'accident de service,
- l'accident de trajet,
- la maladie professionnelle.

Il doit y avoir reprise des fonctions, sauf :

- s'il n'y a pas eu arrêt de travail,
- **s'il y a eu congé de maladie pour un motif autre que l'accident de service ou la maladie professionnelle**
- s'il y a eu radiation des cadres.

Lorsque l'invalidité permanente imputable au service entraîne la radiation des cadres, c'est la CNRACL qui assure l'indemnisation de l'invalidité en concédant à l'agent en plus de sa pension d'invalidité (→**fiche n° 18**), une rente d'invalidité (→**fiche n° 19**) qui tient compte du taux d'incapacité.

b) Nature des séquelles et taux d'invalidité :

Le service gestionnaire de l'ATIACL étudie le rapport médical et vérifie que le pourcentage d'invalidité fixé correspond aux fourchettes de taux prévues au barème indicatif d'invalidité annexé au code des pensions civiles et militaires de retraite.

Le libellé des infirmités doit être identique à celui mentionné dans le barème, sinon le médecin doit indiquer à quelle infirmité du barème on peut rapprocher l'infirmité présentée par l'agent.

De même, si le taux fixé ne correspond pas à ceux prévus dans la fourchette, le médecin devra motiver sa décision et indiquer les raisons qui l'ont conduit à retenir un taux inférieur ou supérieur.

Le taux d'invalidité n'est pas représentatif d'une réduction de capacité de travail.

C'est l'ATIACL qui détermine le taux global d'invalidité à retenir, après avis de la commission départementale de réforme :

- Accident de service ou de trajet : taux minimum de 10 %. Ce taux peut être atteint par le cumul de plusieurs accident ;
- Maladie professionnelle : taux minimum de 1%.

À NOTER :

Le taux est définitif à la date de radiation des cadres.

En cas d'aggravation survenant après cette date, le taux ne peut plus être révisé.

c) La concession de l'allocation temporaire d'invalidité :

Lors de la concession d'une allocation temporaire d'invalidité, on distingue deux étapes :

- la détermination de la date d'effet ;
- le calcul du taux rémunérable.

d) Détermination de la date d'effet :

La date d'effet de l'allocation est fixée :

- **à la date de reprise des fonctions** si cette reprise est postérieure à la date de consolidation des infirmités. ;
- dans les autres cas, à **la date de consolidation des infirmités**, ou à la date de constatation officielle de celle-ci par la commission de réforme.

Le paiement de l'allocation temporaire d'invalidité est subordonné à la production de l'arrêté ou de la décision d'attribution.

e) Calcul du taux rémunérable et montant :

L'allocation temporaire d'invalidité est calculée selon les dispositions d'un barème indicatif d'invalidité :

<https://outils.cdc.retraites.fr/invalidite/bali/bareme.htm>

Le montant de l'allocation est déterminé pour tous les agents, **quel que soit leur grade**, par la valeur d'un même traitement de référence multiplié par le taux d'invalidité rémunérable.

En cas d'infirmités multiples, le taux est calculé selon des règles particulières :

(→ **fiche n° 20**)

Ce traitement de référence est actuellement celui correspondant à l'indice majoré (IM) 245.

L'allocation temporaire d'invalidité est payée mensuellement.

5) LES RÉVISIONS :

Il existe quatre sortes de révisions :

- la révision quinquennale ;
- la révision sur demande ;
- la révision en cas de nouvel accident ;
- la révision lors de la radiation des cadres.

a) Révision quinquennale :

L'allocation est accordée pour une durée de cinq ans et fait l'objet, à l'expiration de cette période, d'une **révision obligatoire** qui est diligentée par la Caisse des dépôts et consignations.

La Caisse des dépôts et consignations, quatre mois avant l'échéance quinquennale, demande à la collectivité d'engager une procédure médicale et lui adresse, à cet effet, un rapport médical.

L'agent est également avisé.

Rôle de la collectivité :

Elle désigne le médecin agréé chargé de l'examen en lui précisant sa mission et lui transmet le rapport médical à remplir accompagné de toutes les pièces médicales.

Rôle du médecin agréé :

Il doit convoquer l'agent, l'examiner et compléter le rapport médical en décrivant les séquelles et en évaluant les taux d'IPP à la date de la révision quinquennale, conformément aux indications énoncées dans la notice.

Rôle de la collectivité :

Elle prend connaissance du rapport médical et règle les honoraires du médecin.

Deux cas peuvent alors se présenter :

- **taux inchangé** : Dans un but de simplification, la collectivité demande un accord écrit à l'agent, afin d'éviter le passage en commission départementale de réforme.
- **taux modifié** : La collectivité doit transmettre systématiquement le rapport médical à la commission départementale de réforme.

A la réception du procès-verbal de la commission départementale de réforme, la collectivité prend un arrêté ou une décision d'attribution.

Elle adresse au service gestionnaire de l'ATIACL :

- le rapport médical ;
- l'accord écrit de l'agent ou le procès-verbal de la CDR ;
- l'arrêté ou la décision d'attribution de l'ATI.

En cas de désaccord de l'agent :

La collectivité peut demander un nouvel avis médical et demander ensuite l'avis de la commission départementale de réforme, au vu des deux rapports médicaux. Celle-ci devra argumenter son avis.

À NOTER :

Aucun texte réglementaire n'impose à la collectivité de procéder à un nouvel examen médical.

Rôle de la Caisse des dépôts et consignations :

A la réception de l'arrêté ou décision d'attribution et du procès-verbal de la commission départementale de réforme, ou de l'accord écrit de l'agent, la Caisse des dépôts et consignations **attribue une nouvelle allocation qui est concédée sans limitation de durée ou suspend ce droit si le taux est devenu inférieur à 10 %** (en cas d'accident de service ou de trajet).

La Caisse des dépôts et consignations notifie sa nouvelle décision à l'agent et à la collectivité.

b) Révision sur demande :

Les demandes de révision sont recevables jusqu'à la date de radiation des cadres.

La collectivité qui reçoit la demande de révision **doit en accuser réception**. Elle doit engager une procédure identique à celle de la révision quinquennale.

La collectivité adresse au service gestionnaire de l'ATIACL :

- le rapport médical ;
- le procès-verbal de la commission départementale de réforme ;
- l'arrêté ou la décision d'attribution de l'ATI visant le procès-verbal de la CDR ;
- la demande écrite de l'allocataire datée et signée ;
- le récépissé de la collectivité de la demande de l'agent.

La Caisse des dépôts et consignations instruit la demande. La nouvelle allocation est attribuée à compter de la date du dépôt de la demande de révision auprès de la collectivité, et de nouveau "sans limitation de durée".

c) Révision au moment de la radiation des cadres :

A la date de radiation des cadres, le taux d'IPP est fixé définitivement. L'allocation temporaire d'invalidité ne peut plus faire l'objet de quelque révision que ce soit, même si une aggravation intervient postérieurement à cette date.

La collectivité doit envoyer, le plus rapidement possible au service de l'ATIACL, un arrêté ou décision précisant le motif et la date d'effet de la radiation des cadres.

Deux cas sont à envisager :

- Invalidité résultant d'une aggravation des séquelles ayant ouvert droit à une allocation temporaire d'invalidité
L'allocation est annulée et remplacée, à compter de la radiation des cadres, par la rente d'invalidité prévue par l'article 37 du décret du 26 décembre 2003 et servie par la CNRACL.
- Radiation pour tout autre motif :

Le législateur a prévu une révision obligatoire du taux d'IPP avant la radiation des cadres :

- si cette révision a eu lieu sous forme de révision quinquennale, le taux déterminé est alors fixé définitivement.
- si cette révision n'a pas eu lieu (allocation temporaire d'invalidité concédée depuis moins de cinq ans), l'agent doit être soumis à un examen médical évaluant le taux d'IPP à la date de radiation des cadres.

6) Caractéristiques de l'allocation versée :

➔ **Voir fiche n°23**

18. PENSION D'INVALIDITÉ CNRACL

Définition :

L'agent titulaire qui se trouve dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions, par suite de maladie, blessure ou infirmité grave dûment établie peut être admis à la retraite pour invalidité, soit sur sa demande, soit d'office.

S'il est mis à la retraite pour invalidité, et qu'il n'a pu être reclassé dans un emploi compatible avec son état de santé, il peut alors prétendre à une pension d'invalidité assortie, éventuellement, d'accessoires comme la rente d'invalidité (→fiche n° 19) ou la tierce personne (→fiche n° 22). **La pension d'invalidité est attribuée définitivement**, et ne peut être révisée pour tenir compte de l'âge ou de l'aggravation de l'état de santé.

Le droit à pension d'invalidité est ouvert à tout agent titulaire quels que soient son âge, la durée des services qu'il a accomplis et le taux d'invalidité qu'il présente.

Mise à la retraite pour invalidité sur demande :

L'agent placé en congé de maladie ou en disponibilité d'office à la suite de l'expiration de ses congés, peut à tout moment solliciter son admission à la retraite pour invalidité.

La demande doit être formulée au moins **6 mois avant** la date souhaitée pour l'admission à la retraite, afin que l'avis favorable intervienne avant cette date. En effet, l'admission à la retraite étant prononcée à la demande de l'agent, la décision de radiation des cadres ne peut avoir d'effet rétroactif.

Mise à la retraite pour invalidité d'office :

La radiation des cadres d'office n'est possible qu'à l'expiration des congés de maladie, de longue maladie ou de longue durée prévus par le statut applicable à l'agent, sans pouvoir être reportée au-delà de la limite d'âge.

L'agent atteint par la limite d'âge alors qu'il se trouve en congé pour accident de service, en congé de maladie, longue maladie ou longue durée peut, bien que radié des cadres d'office pour limite d'âge, bénéficier d'une pension d'invalidité et, éventuellement, d'une rente d'invalidité.

Il est indispensable que son inaptitude absolue et définitive à l'exercice des fonctions soit établie avant la limite d'âge.

De plus, après un an de congé en continu, accordé au titre d'infirmités imputables au service, et si l'inaptitude définitive et absolue de l'agent à l'exercice de ses fonctions est démontrée, la collectivité peut initier une procédure de mise à la retraite pour invalidité.

Les employeurs doivent saisir la commission départementale de réforme assez tôt pour qu'elle puisse se prononcer avant la fin des périodes de congés ou de disponibilité pour maladie.

La décision de radiation des cadres (RDC) :

L'arrêté ou la décision de radiation des cadres est pris par l'autorité qui a qualité pour procéder à la nomination (soit le directeur de l'établissement, pour la fonction publique hospitalière).

Cette décision est prise après consultation de la commission de réforme (ou du comité médical) et réception de l'avis favorable de la CNRACL.

L'employeur ne prononcera la RDC de l'agent qu'elle soit d'office, ou sur demande que lorsqu'il aura acquis la certitude que l'agent pourra percevoir une pension (avis favorable de la Caisse Nationale).
Cette procédure permet de préserver les intérêts des agents.

En tout état de cause, la date de radiation des cadres (RDC) sera fixée :

- au plus tôt, à la fin des droits à congés de maladie (ou disponibilité) ;
- et pas avant l'avis de la Commission de Réforme.

Rappel : maintien des droits à traitement :

Le traitement auquel l'agent avait droit à la date de saisie de la commission de réforme doit lui être maintenu par la collectivité durant les délais précités, et, en tout état de cause, jusqu'à l'issue de la procédure justifiant la saisie de la commission de réforme.

Conditions d'attribution :

L'agent doit être dans l'impossibilité absolue et définitive de continuer à exercer ses fonctions.

L'invalidité doit être dûment établie et avoir été contractée ou aggravée à une époque où l'agent était dans une position valable pour la retraite.

Si l'agent est reconnu inapte à ses fonctions et si la collectivité ne peut le reclasser, **la CNRACL est tenue** d'accorder la pension d'invalidité au fonctionnaire en cause.

Rôle de la commission de réforme :

Dans le cadre d'une demande de retraite pour invalidité, elle se prononce sur :

- l'existence effective des infirmités invoquées par la collectivité ou l'agent ;
- les conséquences de ces infirmités sur l'exercice des fonctions ;
- la préexistence d'infirmités à la titularisation ;
- le lien éventuel avec les infirmités apparues après la titularisation, l'imputabilité des infirmités aux fonctions réellement exercées ou l'imputabilité assimilée (acte de dévouement, lutte dans l'exercice des fonctions, etc.) ;
- les taux d'invalidité ;

- la situation de l'intéressé au regard de la CNRACL à l'époque où a été contractée ou aggravée l'invalidité ;
- l'assistance d'une tierce personne.

La procédure simplifiée :

La mise à la retraite pour invalidité peut être prononcée sur simple avis du comité médical départemental sous réserve :

- que l'admission à la retraite soit faite sur **demande de l'agent** ;
- que l'intéressé ait effectué 103 trimestres de services et bonifications. Dans ce cas, quel que soit le taux d'invalidité retenu, la pension de l'agent calculée sur cette durée sera, en tout état de cause, au moins égale à 50 % du traitement ;
- **que l'invalidité ne soit pas imputable au service** (absence de demande de rente d'invalidité) ;
- que l'intéressé ne demande pas le bénéfice de la tierce personne lors de la radiation des cadres ; néanmoins, il pourra y prétendre ultérieurement.

Il est nécessaire que le comité médical se prononce sur **l'inaptitude absolue et définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions**, le médecin agréé se prononçant en plus sur l'origine et les taux d'invalidité des infirmités.

En cas de divergence avec l'avis émis, l'employeur, comme la Caisse nationale, doit demander l'examen du dossier par la commission départementale de réforme.

Mise en paiement de la pension :

Le paiement du traitement est versé jusqu'à la fin du mois civil au cours duquel le fonctionnaire est, soit admis à la retraite, soit décédé en activité.

Le paiement de la pension intervient au 1^{er} du mois suivant.

Si l'agent est en disponibilité, le paiement de la pension intervient à la date de radiation retenue.

À NOTER :

Un agent révoqué (sanction disciplinaire) ne peut se faire reconnaître un droit à pension d'invalidité.

Références :

- [Décret n° 2003-1306 du 26.12.03](#) relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (article 30 et suivants)

19. RENTE D'INVALIDITÉ (RI)

Les conditions d'attribution :

Elle est servie avec la pension d'invalidité lorsque la radiation des cadres ou le décès en activité interviennent **avant la limite d'âge, et sont imputables à des blessures ou maladies survenues dans l'exercice des fonctions** ou à l'occasion de l'exercice des fonctions.

Peuvent être également considérées comme des infirmités imputables au service par la CNRACL, les infirmités contractées dans les cas suivants :

- en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public ;
- en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes ;
- à la suite d'un attentat ou d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions.

La commission départementale de réforme donne son avis sur cette imputabilité (même pour un décès en activité), mais c'est la CNRACL qui accordera ou rejettera le droit à rente d'invalidité.

Calcul de la rente d'invalidité :

Pour le calcul de la RI, seules sont prises en compte les infirmités ayant un lien direct et certain avec l'accident de service, ou la maladie imputable au service.

La rente d'invalidité est **calculée en fonction du taux d'invalidité imputable** au service et du dernier traitement brut indiciaire détenu par l'agent.

Les taux d'invalidité à prendre en compte pour le calcul de la rente d'invalidité sont ceux fixés à la veille de l'accident de service et à la veille de la radiation des cadres.

La rente d'invalidité est égale au produit du dernier traitement indiciaire brut détenu par l'agent par le taux d'invalidité reconnu imputable au service.

20. INFIRMITÉS MULTIPLES : CALCUL DU TAUX A RÉMUNÉRER

En cas d'infirmités multiples, des règles de calcul particulières sont employées pour déterminer le taux servant au calcul de l'ATI ou de la RI :

- Règle de la validité restante, dite « règle de Balthazard » ;
- Règle des suffixes ;
- Règle des degrés.

Règle de la validité restante, dite « règle de Balthazard » :

Au 19^{ème} siècle, le Professeur de médecine légale BALTHAZARD invente une règle relative au calcul des infirmités multiples permettant d'obtenir un pourcentage d'invalidité toujours inférieur à 100 %, mais proportionnel au nombre et à la gravité des infirmités en cause.

Il s'agit d'une règle fixée en matière d'invalidité préexistante, selon laquelle, lorsqu'un fonctionnaire s'est déjà vu reconnaître un taux d'invalidité consécutif à un accident du travail, le taux d'invalidité résultant d'un nouvel accident est calculé sur la validité restante.

Cette règle se fonde sur l'article 5 du décret n° 2005-442 du mai 2005, qui énonce : « *le taux d'invalidité est déterminé compte tenu du barème indicatif prévu à l'article L. 28 du code des pensions civiles et militaires de retraite. Dans le cas d'aggravation d'infirmités préexistantes, le taux d'invalidité à prendre en considération est apprécié par rapport à la validité restante du fonctionnaire* ».

Cette règle dite « de Balthazard » est confirmée par une jurisprudence du Conseil d'État du 20 juillet 1990, requête n° 67280, publié aux Tables du Recueil Lebon .

À NOTER :

Cette règle de validité restante dite de Balthazard s'applique uniquement pour les infirmités successives ayant soit une relation médicale, soit un lien fonctionnel entre elles. En cas de pluralité d'infirmités indépendantes les unes des autres, le taux global d'invalidité est obtenu en additionnant les différents taux d'invalidité.

Exemple de calcul :

Infirmités	Taux absolus	Taux relatifs
1ère infirmité	60 %	60 % x 100 % = 60 %
	(validité restante : 100 % - 60 % = 40 %)	
2e infirmité	20 %	20 % x 40 = 8 %
	(validité restante : 40 % - 8 % = 32 %)	
3e infirmité	10 %	10 % x 32 = 3,2 %
Total arithmétique : 90 %		Total relatif : 71,2 % arrondi à : 72 %

Règles des suffixes :

Lorsque l'infirmité principale est d'un taux au moins égal à 20 % (cas de l'exemple précédent), chaque infirmité supplémentaire est affectée d'un « suffixe » croissant de 5 en 5.

Infirmités	Taux + suffixes	Taux relatifs
1ère infirmité	60 %	60 % x 100 % = 60 %
	(validité restante : 100 % - 60 % = 40 %)	
2e infirmité	20 % + 5 = 25 %	25 % x 40 = 10 %
	(validité restante : 40 % - 10 % = 30 %)	
3e infirmité	10 % + 10 % = 20 %	20 % x 30 = 6 %
Taux global d'invalidité à retenir : 76 % arrondi à 80 %		

Règle des degrés :

Il peut arriver que l'infirmité principale atteigne le taux de 100 % pour trois raisons : soit le taux de certaines infirmités très graves est de 100 % ; soit la majoration d'une infirmité porte le taux de cette infirmité à 100 % ; soit le pensionné est atteint d'au moins une infirmité ouvrant droit au statut des grands mutilés et d'une autre infirmité imputable dans les mêmes conditions d'un taux au moins égal à 60 % (sous-total : 100 % + 1°).

Les infirmités supplémentaires sont calculées sur la base de la somme arithmétique des taux assortis des suffixes et ouvrent droit à un degré par tranche de 10 % de taux d'invalidité.

Infirmités	Calcul des degrés		Taux
1ère infirmité	100 %		100 %
2ème infirmité	20 % + 5 =	25 %	
3e infirmité	10 % + 10 =	20 %	
		= 45 %	
	arrondi à	50 %, soit	5°
Taux global d'invalidité à retenir : 100 % + 5°			

Chaque degré vaut 16 points d'indice, indépendamment du grade du bénéficiaire.

21. INVALIDITÉ NON IMPUTABLE AU SERVICE

Définition :

L'agent titulaire qui se trouve dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions, par suite de maladie ou d'accident non imputable au service peut également être admis à la retraite pour invalidité, soit sur sa demande, soit d'office.

La procédure est similaire à celle de l'invalidité imputable au service (→ **fiche n° 18**).

Elle peut être accordée lorsque l'agent est définitivement inapte à reprendre ses fonctions :

- à la demande de l'agent placé en congé de maladie ou en disponibilité d'office à la suite de l'expiration de ses congés ;
- d'office (à la demande de l'employeur qu'à l'expiration des congés de maladie, de longue maladie ou de longue durée prévus par le statut applicable à l'agent sans pouvoir être reportée au-delà de la limite d'âge.)

La demande doit être formulée au moins **6 mois avant** la date souhaitée pour l'admission à la retraite, afin que l'avis favorable intervienne avant cette date.

Il est indispensable que son inaptitude absolue et définitive à l'exercice des fonctions soit établie avant la limite d'âge.

La décision de radiation des cadres (RDC) :

L'arrêté ou la décision de radiation des cadres est pris par l'autorité qui a qualité pour procéder à la nomination (soit le directeur de l'établissement, pour la fonction publique hospitalière).

Cette décision est prise après consultation de la commission de réforme et réception de l'avis favorable de la CNRACL (afin de vérifier que l'agent pourra bien percevoir une pension.)

Dans certains cas, l'avis du Comité Médical peut être suffisant : **voir procédure simplifiée fiche n° 18**

En tout état de cause, la date de radiation des cadres (RDC) sera fixée :

- au plus tôt, à la fin des droits à congés de maladie (ou disponibilité) ;
- et pas avant l'avis de la Commission de Réforme.

Rappel : maintien des droits à traitement :

Le traitement auquel l'agent avait droit à la date de saisie de la commission de réforme doit lui être maintenu par la collectivité durant les délais précités, et, en tout état de cause, jusqu'à l'issue de la procédure justifiant la saisie de la commission de réforme.

Conditions d'attribution :

L'agent doit être dans l'impossibilité absolue et définitive de continuer à exercer ses fonctions.

L'invalidité doit être dûment établie et avoir été contractée ou aggravée à une époque où l'agent était dans une position valable pour la retraite.

Il n'y pas de conditions d'âge, ni de durée de service.

Si l'agent est reconnu inapte à ses fonctions et si la collectivité ne peut le reclasser, **la CNRACL est tenue** d'accorder la pension d'invalidité au fonctionnaire en cause.

Références :

- [Décret n° 2003-1306 du 26.12.03](#) relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (articles 3, articles 2, 20, 30, 33, 39, 62.)

22. MAJORATION SPÉCIALE POUR TIERCE PERSONNE

Définition :

La majoration spéciale ne peut être attribuée qu'aux agents admis à la retraite pour invalidité. Dans ce cas, si l'agent est obligé de recourir à l'assistance constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante, il peut obtenir une majoration spéciale.

La nécessité de l'assistance d'une tierce personne est reconnue après examen médical et avis de la commission de réforme. La décision appartient à la CNRACL

Demande :

Pour bénéficier de la tierce personne, l'agent ou le retraité doit en faire la demande :

- **soit en même temps que la mise à la retraite pour invalidité**, la commission de réforme doit alors se prononcer à la fois sur l'inaptitude permanente à l'exercice des fonctions, et sur la nécessité de l'assistance constante d'une tierce personne ;
- **soit postérieurement à l'attribution de la pension d'invalidité**, l'agent doit alors adresser cette demande et un certificat médical descriptif justifiant la nécessité de l'assistance constante d'une tierce personne à la CNRACL.

Conditions d'attribution :

La majoration spéciale est attribuée pour une période de cinq ans et n'est pas accordée pour faire face à des complications passagères. Elle n'est pas attribuée compte tenu de l'infirmité présentée, mais en fonction du degré d'autonomie de l'agent dans son lieu de vie habituel. Elle est maintenue en cas d'hospitalisation du bénéficiaire.

C'est une prestation à caractère personnel et ne peut faire l'objet d'une réversion.

La révision :

A l'issue de la période de cinq ans, la CNRACL fera procéder à la révision des droits de l'intéressé :

- soit le titulaire continu à remplir les conditions pour bénéficier de la majoration pour tierce personne et elle est accordée définitivement ;
- soit le titulaire ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la majoration pour tierce personne et elle est supprimée.

Cependant, il pourra à tout moment établir une nouvelle demande.

23. COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE L'ATIACL ET DE LA RENTE D'INVALIDITÉ

Caractéristiques de l'ATI :

- Elle est **cumulable avec le traitement d'activité, et avec la pension de retraite.**
- Elle est **non imposable** au titre du revenu des personnes physiques.
- Elle est incessible et **non réversible.**
- Elle est qualifiée de temporaire car attribuée pour une durée de 5 ans, puis révisée et révisable dans des conditions précitées.
- Elle est non cumulable avec tout avantage de même nature servi au titre d'un même accident.
- Elle ne peut être rachetée.

Caractéristiques de la rente d'invalidité :

- Elle est un accessoire de la pension d'invalidité, sauf dans les cas prévus au décret n°2000-1020 du 17 octobre 2000 (Ancien fonctionnaire atteint d'une maladie professionnelle dont l'imputabilité au service est reconnue par la commission de réforme postérieurement à la date de radiation des cadres).
- Elle répond aux **règles de cumul applicables à la pension d'invalidité.**
- Elle est **non imposable** au titre du revenu des personnes physiques.
- Elle est non cumulable avec tout avantage de même nature servi au titre d'un même accident.
- Elle est **réversible.**
- Elle est attribuée à titre définitif.
- Elle est cessible et saisissable (depuis le 22 août 2003 Article 56 décret 2003-1306 du 26.12.03).

24. RÉPARTITION DES GRADES PAR CAP

CORPS DE CATEGORIE A :

- **CAP n° 1 : Personnels d'encadrement technique**
Ingénieurs généraux, ingénieurs hospitaliers en chef (classe exceptionnelle & classe normale), ingénieurs hospitaliers principaux, ingénieurs hospitaliers.
- **CAP n° 2 : Personnels de catégorie A des services de soins, des services médico-techniques, de rééducation et des services sociaux**
 - **Sous-groupe 1 :** infirmiers de bloc opératoire cadres supérieurs de santé, infirmiers anesthésistes cadres supérieurs de santé, puéricultrices cadres supérieurs de santé, infirmiers cadres supérieurs de santé, techniciens de laboratoires cadres supérieurs de santé, manipulateurs d'électroradiologie cadres supérieurs de santé, préparateurs en pharmacie hospitalière cadres supérieurs de santé, masseurs-kinésithérapeutes cadres supérieurs de santé, ergothérapeutes cadres supérieurs de santé, psychomotriciens cadres supérieurs de santé, diététiciens cadres supérieurs de santé, pédicures-podologues cadres supérieurs de santé, orthophonistes cadres supérieurs de santé, orthoptistes cadres supérieurs de santé, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers de bloc opératoire cadres de santé paramédicaux, infirmiers anesthésistes cadres de santé paramédicaux, puéricultrices cadres de santé paramédicaux, infirmiers cadres de santé paramédicaux, techniciens de laboratoires cadres de santé paramédicaux, manipulateurs d'électroradiologie cadres de santé paramédicaux, préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé paramédicaux, masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé paramédicaux, ergothérapeutes cadres de santé paramédicaux, psychomotriciens cadres de santé paramédicaux, diététiciens cadres de santé paramédicaux, pédicures-podologues cadres de santé paramédicaux, orthophonistes cadres de santé paramédicaux, orthoptistes cadres de santé paramédicaux, cadres supérieurs de santé paramédicaux, infirmiers anesthésistes cadres supérieurs de santé paramédicaux, puéricultrices cadres supérieurs de santé paramédicaux, infirmiers cadres supérieurs de santé paramédicaux, techniciens de laboratoires cadres supérieurs de santé paramédicaux, manipulateurs d'électroradiologie cadres supérieurs de santé paramédicaux, préparateurs en pharmacie hospitalière cadres supérieurs de santé paramédicaux, masseurs-kinésithérapeutes cadres supérieurs de santé paramédicaux, ergothérapeutes cadres supérieurs de santé paramédicaux, psychomotriciens cadres supérieurs de santé paramédicaux, diététiciens cadres supérieurs de santé paramédicaux, pédicures-podologues cadres supérieurs de santé paramédicaux,

orthophonistes cadres supérieurs de santé paramédicaux, orthoptistes cadres supérieurs de santé paramédicaux, cadres supérieurs socio-éducatifs, infirmiers de bloc opératoire cadres de santé, infirmiers anesthésistes cadres de santé, puéricultrices cadres de santé, infirmiers cadres de santé, techniciens de laboratoires cadres de santé, manipulateurs d'électroradiologie cadres de santé, préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé, masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé, ergothérapeutes cadres de santé, psychomotriciens cadres de santé, diététiciens cadres de santé, pédicures-podologues cadres de santé, orthophonistes cadres de santé, orthoptistes cadres de santé, cadres socio-éducatifs, psychologues hors classe, psychologues de classe normale

- **Sous-groupe 2** : infirmiers anesthésistes de classe supérieure, infirmiers de bloc opératoire de classe supérieure, puéricultrices de classe supérieure, infirmiers anesthésistes de classe normale, infirmiers de bloc opératoire de classe normale, puéricultrices de classe normale, infirmiers en soins généraux et spécialisés de quatrième grade, infirmiers en soins généraux et spécialisés de troisième grade, infirmiers en soins généraux et spécialisés de deuxième grade, infirmiers en soins généraux et spécialisés de premier grade.

- **CAP n° 3 : personnels d'encadrement administratif**

Attachés principaux d'administration hospitalière, attachés d'administration hospitalière.

CORPS DE CATEGORIE B

- **CAP n° 4 : Personnels d'encadrement technique et ouvrier**

Techniciens hospitaliers & techniciens supérieurs hospitaliers

- **CAP n° 5 : Personnels des services de soins, des services médico-techniques, de rééducation et des services sociaux**

Infirmiers (cadre d'extinction), techniciens de laboratoires, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie hospitalière, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, conseillers en économie sociale et familiale principaux, assistants socio-éducatifs, éducateurs de jeunes enfants, éducateurs techniques spécialisés, animateurs, moniteurs-éducateurs, techniciens de laboratoire de classe fonctionnelle (cadre d'extinction).

- **CAP n° 6 : Personnels d'encadrement administratif et des secrétariats médicaux**

Adjointes des cadres hospitaliers, assistants médico-administratifs, assistants de régulation médicale

CORPS DE CATEGORIE C

- **CAP n° 7 : personnels techniques, ouvriers, conducteurs ambulanciers et personnels d'entretien et de salubrité**
 - **Sous-groupe 1** : agents de maîtrise principaux, conducteurs ambulanciers hors catégorie, maîtres ouvriers principaux, dessinateurs principaux, dessinateurs chefs de groupe, agents de maîtrise, conducteurs ambulanciers de 1^{ère} catégorie, maîtres ouvriers.
 - **Sous-groupe 2** : agents de service mortuaire et de désinfection (cadre d'extinction), dessinateurs, conducteurs ambulanciers, ouvriers professionnels qualifiés, agents d'entretien qualifiés, agents du service intérieur (cadre d'extinction)

- **CAP n° 8 : Personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux**

Aides-soignants, moniteurs d'atelier (cadre d'extinction), aides techniques d'électroradiologie (cadre d'extinction), aides préparateurs (cadre d'extinction), aides de laboratoire (cadre d'extinction), aides de pharmacie, aides d'électroradiologie (cadre d'extinction), agents des services hospitaliers qualifiés

- **CAP n° 9 : Personnels administratifs**

Adjoints administratifs principaux de 1^{ère} classe, permanenciers auxiliaires de régulation médicale chefs, adjoints administratifs principaux de 2^{ème} classe, permanenciers auxiliaires de régulation médicale principaux, adjoints administratifs de 1^{ère} classe, permanenciers auxiliaires de régulation médicale, adjoints administratifs de 2^{ème} classe

- **CAP n° 10 : Personnels médicaux : personnels sages-femmes**

Directeur d'école préparant au certificat cadre sage-femme, directeur d'école préparant au diplôme d'État de sage-femme, sage-femme cadre supérieur, sage-femme cadre, sage-femme de classe supérieure, sage-femme de classe normale

Références :

- [Annexe du Décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003 modifié](#)

25. LES MOYENS MIS A DISPOSITIONS DES MANDATÉS – AUTORISATIONS D’ABSENCE ET DROIT SYNDICAL

Les mandatés aux commissions de réforme disposent de différents moyens pour exercer leur mandat :

AUTORISATIONS D’ABSENCE

Au titre de l’article 15 du décret 86-660 du 19 mars 1986 relatif à l’exercice du droit syndical (...)

I.-Sur simple présentation de leur convocation, les représentants syndicaux se voient accorder une autorisation d’absence lorsqu’ils sont appelés à siéger dans les instances suivantes :

[...]

3° b) (...), commissions administratives paritaires et commissions départementales de réforme des agents des collectivités locales

[...]

III.-La durée de l’autorisation d’absence comprend, outre les délais de route, une durée de temps égale au double de la durée prévisible de la réunion, destinée à permettre aux intéressés d’assurer la préparation et le compte rendu des travaux.

Ceci signifie que votre établissement doit vous libérer du service, afin de pouvoir vous rendre aux séances de la commission de réforme, et que le temps accordé doit être considéré comme du **temps de travail**.

Mais le temps prévu à l’article 15 ci-dessus n’est pas nécessairement suffisant pour préparer la réunion (consultation des dossiers, etc.).

Du temps complémentaire peut vous être accordé :

- par votre section syndicale ou votre syndicat départemental, sur le crédit de temps syndical disponible : consulter les responsables de la section ou du syndicat ;
- par votre établissement : dans certains établissements, des facilités ont été négociées, par exemple dans le cadre d’un protocole sur le droit syndical, consulter votre section

MOYENS MATERIELS :

Outre la prise en charge de vos frais de déplacements (→ **fiche n°8**), des moyens matériels (téléphone, équipement informatique, affranchissements, fournitures) peuvent être mis à disposition des mandatés, par le biais de la section ou du syndicat.



SITUATION ADMINISTRATIVE :

Pendant l'exercice des fonctions de membre de la CDR, les mandatés sont considérés être **en service**, notamment en cas d'accident qui doit être déclaré comme accident de service ou de trajet.

De même, les mandatés bénéficient de l'ensemble des droits accordés aux fonctionnaires, dont le droit à la protection par l'employeur.

ASSURANCE CFDT :

Du point de vue CFDT, les mandatés adhérents bénéficient également des couvertures d'assurance et de protection juridique pour tout litige ou accident survenant à l'occasion de l'exercice du mandat.

Références :

- [décret 86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical](#)

26. GLOSSAIRE : SIGLES - DÉFINITIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ATI ou ATIACL : Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales

CDC : Caisse des Dépôts et Consignations, organisme public chargé entre autres de la gestion de la CNRACL et de l'ATIACL

CAPL/CAPD : Commissions Administratives Paritaires locales / Départementales, instance représentative composée à nombre équivalent de représentants élus des personnels et de l'administration, et chargée d'émettre un avis sur les questions relatives à la carrière des fonctionnaires

CLD : congé de longue durée

CLM : congé de longue maladie

CMO : Congé de maladie ordinaire

CDR : Commission de réforme

CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales, organisme chargé des retraites des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers

DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins – l'une des directions du Ministère de la Santé, compétente notamment sur les questions statutaires relatives aux personnels hospitaliers

DDCS : Direction Départementale/Générale de la Cohésion Sociale – service déconcentré de l'Etat, sous l'autorité du préfet, chargé des commissions départementales de réforme

FPT : Fonction Publique Territoriale

INRS : Institut Nationale de Recherche et de Sécurité

IPP : Incapacité Permanente Partielle,

ITT : Incapacité Temporaire de travail

RI : rente d'invalidité

RDC : Radiation des cadres

SS : Sécurité Sociale

Autorité investie du pouvoir de nomination : dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière, c'est en général le chef d'établissement (directeur, directeur général) qui détient le pouvoir de prendre les décisions concernant la carrière des fonctionnaires (dont les décisions évoquées dans ce dossier : reconnaissance d'accident de service, attribution d'une ATI, temps partiel thérapeutique,...)

Conseil d'Etat (CE) : Plus haute juridiction administrative – Ses jugements (« arrêts ») font autorité et sont la base de la jurisprudence en matière de droit administratif.

Jurisprudence : désigne l'ensemble des décisions de justice rendues par les cours et les tribunaux français qui ont pour conséquence d'interpréter les textes de droit (lois, décrets, ...). La jurisprudence désigne également la solution faisant autorité pour un problème de droit donné suite à une ou plusieurs décisions précédemment rendues par la justice. Pour juger une affaire, les tribunaux peuvent ainsi se fonder sur la solution issue de la jurisprudence, et notamment sur les arrêts de la Cour de Cassation ou du Conseil d'Etat pour le droit administratif.

Radiation des cadres : décision de l'administration mettant définitivement fin aux fonctions de l'agent, à la qualité de fonctionnaire et aux droits qui s'y rattachent. Elle est généralement prononcée en cas de départ à la retraite, mais également en cas de démission, révocation (sanction disciplinaire), inaptitude, ...

Recours gracieux : c'est un recours adressé (par exemple par un fonctionnaire) à l'auteur d'une décision administrative (par exemple le directeur d'un établissement hospitalier), dans le but d'obtenir son annulation ou sa modification. La décision contestée peut indiquer les délais dans lesquels le recours doit être formulé.

Tribunal Administratif (TA) : juridiction chargée du droit administratif, dont les questions relatives aux droits des fonctionnaires. En cas de contentieux avec son administration, un fonctionnaire doit donc déposer une requête au Tribunal Administratif du ressort de son établissement.

27. BIBLIOGRAPHIE

Les ouvrages ci-dessous permettent de retrouver la plupart des notions expliquées dans les différentes fiches, et de les détailler. Vérifier auprès de votre syndicat les possibilités de consultation de ces ouvrages.

Ouvrages « généralistes » :

Code anifonp : Encyclopédie juridique de la Fonction publique - Lois, décrets, arrêtés, textes législatifs et réglementaires.

L'objectif du Code ANIFONP est de publier sous une forme pratique et facilement accessible les **textes généraux régissant les agents publics**, que ces agents soient fonctionnaires ou non titulaires.

Le Code ANIFONP publie les lois, les décrets, les arrêtés, les circulaires importantes, et accessoirement des rapports, textes divers, études ou jurisprudences explicitant ou complétant les textes législatifs et réglementaires relatifs aux droits des agents publics.

<http://www.codeanifonp.fr/>

Manuel de gestion des ressources humaines dans la Fonction publique hospitalière : Un classeur de près de **1088 pages**, mis à jour une fois par an, entièrement dédié au **cadre juridique** de la gestion des ressources humaines dans la Fonction publique hospitalière.

<http://www.presses.ehesp.fr/>