



GUIDE DE GESTION des accidents de service et des maladies professionnelles

à l'attention des gestionnaires de proximité (agents titulaires)



Sous-direction de la Qualité de vie au travail
Bureau des pensions, des validations de service et des accidents du travail • SD3E

Mai 2018

SOMMAIRE

Agents titulaires

Instruire une déclaration d'accident de service / de travail	Fiche n°01	Page 03
Instruire une déclaration d'accident de trajet	Fiche n°02	Page 10
Instruire une déclaration d'accident de mission	Fiche n°03	Page 17
Instruire une demande de reconnaissance de maladie professionnelle	Fiche n°07	Page 25
Gérer une expertise médicale	Fiche n°09	Page 31
Instruire une demande de temps partiel thérapeutique	Fiche n°10	Page 35
Instruire une demande de cure thermale	Fiche n°12	Page 40
Instruire un certificat médical final	Fiche n°14	Page 44
Prendre en charge les frais consécutifs à la maladie ou à l'accident	Fiche n°16	Page 47
Pré-instruire une demande d'ATI	Fiche n°18	Page 50
Saisir la commission de réforme	Fiche n°20	Page 56
Instruire un dossier de recours contre tiers	Fiche n°22	Page 66
Discretion professionnelle, secret médical et secret professionnel	Fiche n°23	Page 72

1 INSTRUIRE UNE DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE POUR LES AGENTS TITULAIRES

CETTE FICHE PRESENTE LES CARACTERISTIQUES PRINCIPALES DE L'ACCIDENT DE SERVICE ET LA PROCEDURE A SUIVRE LORS DE L'INSTRUCTION DE CETTE DECLARATION POUR UN AGENT TITULAIRE.

L'accident de service : les principes généraux

Qui est concerné ?

Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires.

Pour les agents contractuels, vous pouvez vous reporter à la fiche n°4 « Instruire une déclaration d'accident de travail pour les agents contractuels ».

Qu'est-ce qu'un accident de service ?

Le fonctionnaire peut être victime d'un accident survenu dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de l'exercice de celles-ci.

L'accident de service, pour être reconnu comme tel, doit résulter de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail ou du trajet une lésion du corps humain.

Il existe d'ailleurs des accidents qui se produisent dans des conditions de temps et de lieu sans pouvoir être rattachés au service parce que leur cause est étrangère à l'exercice des fonctions (exemple de la lésion corporelle subie par l'agresseur lors d'une altercation entre deux collègues ; la cause de l'accident est ici la faute personnelle de l'agresseur, détachable du service).

Quel est le régime de l'imputabilité de l'accident au service ?

Reconnaître ou non l'imputabilité au service d'un accident survenu à un agent a des conséquences sur la prise en charge de ses frais médicaux, sur la position statutaire et le traitement de ce dernier. Il faut donc bien différencier les accidents imputables au service de ceux qui ne sont pas imputables au service.

Depuis l'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017, deux régimes doivent être distingués :

Le régime applicable aux accidents survenus avant le 21 janvier 2017	Le régime applicable aux accidents survenus à partir du 21 janvier 2017
<p>Le fonctionnaire victime d'un accident doit remplir une déclaration d'accident auprès de son employeur.</p> <p>Si l'agent demande la reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident, il lui appartient de prouver la matérialité de l'accident et le lien direct et certain avec le service, dans les plus courts délais.</p>	<p>Le fonctionnaire victime d'un accident doit toujours remplir une déclaration d'accident auprès de son employeur.</p> <p>Cependant, une présomption d'imputabilité au service est désormais appliquée pour « <i>tout accident survenu à un fonctionnaire, quelle qu'en soit la cause, dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service</i> ».</p> <p>L'administration peut toujours s'opposer à l'imputabilité de l'accident au service mais elle devra fournir les preuves que l'accident n'est pas imputable au service.</p>

Quelles sont les conséquences sur la position statutaire de l'agent ?

La reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident a pour conséquence de protéger l'agent sur trois volets :

La prise en charge par l'administration des dépenses liées à l'accident

Le fonctionnaire victime d'un accident reconnu imputable au service a droit au remboursement par l'administration des **honoraires médicaux et frais directement entraînés** par cet accident dans les limites prévues par la circulaire FP4 du 30 janvier 1989 sur production des justificatifs.

Avant l'ordonnance du 19 janvier 2017, cette prise en charge se traduit par la remise à l'intéressé d'un certificat de prise en charge **lorsqu'aucun doute ne subsiste sur l'imputabilité de l'accident au service**.

Depuis l'ordonnance susvisée, ce certificat de prise en charge est remis à l'agent dès la survenance de l'accident. Il existe **une présomption d'imputabilité** au service de l'accident. La charge de la preuve incombe alors à l'administration.

Le certificat de prise en charge des frais n'est pas remis en cas de rechute et aux agents contractuels.

Sur présentation de ce document :

L'agent sera dispensé d'avancer les honoraires et frais médicaux **directement** liés aux lésions ;

Les professionnels de santé devront renseigner sur le certificat les actes médicaux dispensés et fournir les justificatifs demandés.

Le droit à remboursement est conditionné à la production des pièces justificatives et l'existence d'un **lien direct et certain** entre les frais et les lésions médicalement constatées lors de l'accident.

Pour plus de renseignements, vous pouvez vous reporter à la **FICHE N°16 « PRENDRE EN CHARGE LES FRAIS CONSECUTIFS A LA MALADIE OU A L'ACCIDENT »**.

La situation administrative de l'agent

Là aussi, deux régimes doivent être distingués :

Le régime applicable aux accidents survenus avant le 21 janvier 2017	Le régime applicable aux accidents survenus à partir du 21 janvier 2017
<p>Le fonctionnaire peut bénéficier sur sa demande d'un congé pour accident de service.</p> <p>Au vu du dossier d'accident, l'administration décidera :</p> <ul style="list-style-type: none">• de reconnaître l'imputabilité de l'accident au service et de faire bénéficier le fonctionnaire du congé pour accident de service ;• de ne pas reconnaître l'imputabilité de l'accident au service et de placer le fonctionnaire en congé pour maladie ordinaire. <p>Le congé pour accident de service n'a pas de durée maximale. Cependant, en application de l'article 27 du code des pensions civiles et militaires, au bout d'un an d'arrêt de travail continu, l'administration peut demander l'expertise de l'agent par un médecin expert agréé afin que celui-ci juge de l'aptitude de l'agent.</p> <p>Ce temps passé en congé est pris en compte pour l'avancement à l'ancienneté et le droit à la retraite.</p> <p>NB : pour les fonctionnaires stagiaires de la fonction publique d'Etat, la durée de ce congé est limitée à 5 ans.</p>	<p>L'ordonnance n°2017-53 a créé un « congé pour invalidité temporaire imputable au service » lorsque l'incapacité temporaire de travail de l'agent est consécutive à un accident de service.</p> <p>Puisque le fonctionnaire bénéficie depuis cette ordonnance d'une présomption d'imputabilité de son accident au service, il revient à l'administration de prouver que l'accident n'est pas imputable au service pour refuser au fonctionnaire le bénéfice de ce congé.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixera les modalités du congé pour invalidité temporaire imputable au service et déterminera ses effets sur la situation administrative des fonctionnaires. Il fixera également les obligations auxquelles les fonctionnaires demandant le bénéfice de ce congé sont tenus de se soumettre.</p> <p>En attendant ces précisions, le régime antérieur demeure applicable.</p>

La rémunération de l'agent

Un fonctionnaire en congé pour accident de service continue de percevoir, jusqu'au terme de son congé ou jusqu'à sa mise en retraite, l'intégralité des éléments de rémunération :

- le traitement indiciaire,
- les primes et indemnités,
- l'indemnité de résidence,
- le supplément familial de traitement (SFT),
- la nouvelle bonification indiciaire (NBI).

Quelles sont les obligations du fonctionnaire en congé pour accident de service ?

Un fonctionnaire en congé pour accident de service doit :

- se soumettre aux prescriptions et aux visites que son état de santé nécessite,
- se soumettre aux visites de contrôles demandées par son administration,
- cesser tout travail, sauf les activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation à l'emploi,
- informer son administration de tout changement de résidence,
- fournir les certificats médicaux de prolongation (si arrêt de travail et/ou soins),
- fournir le certificat médical final. Voir [FICHE N°14 « INSTRUIRE UN CERTIFICAT MEDICAL FINAL POUR LES AGENTS TITULAIRES »](#).

Le non-respect de ces obligations peut entraîner l'interruption du versement de la rémunération, la perte du bénéfice du congé pour accident de service et une injonction à reprendre le travail.

De même, **l'autorité administrative peut, à tout moment, vérifier si l'état de santé du fonctionnaire nécessite son maintien en congé** pour invalidité temporaire imputable au service (nouvelle appellation du « congé pour accident de service » depuis l'ordonnance du 19 janvier 2017).

Quelle procédure à la fin du congé du fonctionnaire ?

Pour les détails relatifs à la reprise de l'agent titulaire, à son reclassement ou à sa mise en retraite, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°14 « INSTRUIRE UN CERTIFICAT MEDICAL FINAL POUR LES AGENTS TITULAIRES »](#).

La procédure pour instruire une déclaration d'accident de service pour les agents titulaires

VERIFIER LA COMPETENCE DU BUREAU AVANT D'INSTRUIRE UN DOSSIER. CF TABLEAU SUR PACO

La déclaration d'accident de l'agent

Le délai de recevabilité de la déclaration

L'agent victime d'un accident doit immédiatement prévenir son supérieur hiérarchique.

Aucun texte ne précise le délai dans lequel un fonctionnaire peut demander la reconnaissance de l'imputabilité de l'accident au service. Cependant, les déclarations tardives compliquent la réunion des éléments nécessaires pour décider de l'imputabilité ou non de l'accident au service. Le délai de bonne gestion est de 48 heures.

Le contenu de la déclaration d'accident

Lorsque l'agent se déclare victime d'un accident, ce dernier doit transmettre à son administration la déclaration d'accident (*formulaire disponible sur PACo*) ainsi qu'un certificat médical initial accident (*CERFA, n° 11138*03*) de son médecin daté et signé.

La réception de la déclaration d'accident par l'administration

Lorsque le service instructeur reçoit la déclaration d'accident de l'agent et les pièces justificatives, il enregistre

avec un tampon dateur chacune de ces pièces à la date de leur arrivée.

L'analyse du dossier d'accident

Pour statuer sur l'imputabilité ou non de l'accident au service, l'administration doit analyser le dossier d'accident de l'agent.

Celui-ci doit comprendre les originaux et contenir les renseignements suivants :

La déclaration d'accident :

- le lieu précis où s'est déroulé l'accident,
- la date de l'accident,
- les horaires de la séance normale de travail,
- l'heure de l'accident (elle doit être précisée et compatible avec les horaires de la séance normale de travail),
- les circonstances précises de l'accident qui doivent être complétées de façon suffisamment précises pour comprendre quelles sont les lésions, comment elles ont été occasionnées et leur lien direct et certain avec l'accident,
- la déclaration devra comporter une date, la signature de la victime, la signature et le timbre du chef de service ainsi que le cachet du service.

Le certificat médical initial :

- en général, il s'agit du formulaire CERFA n°11138,
- il doit préciser le cachet, la date, l'identité et la signature du médecin,
- il doit décrire le siège et la nature des lésions constatées.

Les témoignages directs. Ils doivent préciser :

- l'identité du témoin (nom, prénom et adresse),
- le corps indique le lieu, la date et l'heure des faits constatés,
- l'état de santé avant et/ou après l'accident,
- la qualité des témoins vis-à-vis de l'agent ayant subi un accident,
- les témoignages doivent être datés et signés pour être recevables.

En l'absence de témoignages directs, des éventuels témoignages indirects à l'exception des membres de la famille (personne ayant vu l'agent victime de l'accident indemne avant la survenance de l'accident et le témoignage d'une autre personne ayant vu l'agent après l'accident).

Le cas échéant, le rapport d'intervention des pompiers, du SAMU, le procès-verbal de gendarmerie, le dépôt de plainte et de façon générale, tout document jugé utile par l'agent.

En cas de doute ou de besoins circonstanciés par le dossier, une enquête administrative peut être diligentée pour établir les circonstances de l'accident :

- cette enquête de l'administration doit permettre de déterminer la cause, la nature, les circonstances de temps et de lieu et les conséquences apparentes de l'accident,
- elle doit être effectuée même en cas de déclaration tardive de l'accident par l'agent.

En complément des renseignements ci-dessus, le service gestionnaire doit veiller lors de l'analyse du dossier d'accident :

- à la cohérence de la date et du lieu d'accident entre les différentes pièces,
- à la vérification entre la pathologie, les lésions déclarées et leur latéralité,
- à ce que les différents éléments du dossier soient signés et identifient leurs rédacteurs.

En cas de dossier incomplet : demander des pièces complémentaires à l'agent

Afin de statuer sur l'imputabilité ou non de l'accident au service, l'administration doit demander à l'agent par courrier de fournir les pièces ou explications complémentaires permettant d'éclairer sa décision.

Si la demande de pièces complémentaires est urgente ou sensible, l'administration peut doubler cet envoi papier d'un mail en s'assurant que l'adresse mail ne corresponde pas à une boîte fonctionnelle.

Pour une première demande, un courrier simple suffit. Si le dossier reste incomplet après cette première demande, l'administration effectue une relance avec accusé de réception. Si l'agent ne répond pas à cette relance, l'administration peut classer sans suite le dossier faute d'éléments d'appréciation suffisants en informant l'agent par accusé de réception de cette décision.

A ce stade de la procédure, l'administration peut-elle prendre une décision ?

Pour les accidents survenus avant l'ordonnance du 19 janvier 2017, au vu de l'analyse du dossier d'accident

1• L'administration peut s'orienter vers une décision favorable, si l'imputabilité au service ne fait aucun doute

Si l'expertise médicale n'est pas obligatoire, elle peut être recommandée dans certains cas, notamment pour statuer sur l'imputabilité d'un accident au service.

Pour plus d'information sur l'expertise médicale, vous pouvez vous reporter au point suivant, « la possibilité de diligenter une expertise médicale ».

2• Si l'imputabilité n'est pas probante, l'administration peut orienter vers une décision de rejet

L'administration ne peut pas rejeter l'imputabilité de l'accident au service sans saisir la commission de réforme compétente pour avis. L'administration prendra ensuite sa décision.

Pour plus d'information sur la saisie de la commission de réforme, vous pouvez vous reporter au point suivant « la saisine de la commission de réforme ».

Depuis l'ordonnance du 19 janvier 2017, compte tenu de la présomption d'imputabilité des accidents de service, la charge de la preuve appartient à l'administration. Cette dernière devra démontrer l'absence d'imputabilité au service de l'accident déclaré par l'agent pour prendre une décision de rejet avec l'avis préalable de la commission de réforme compétente.

La possibilité de diligenter une expertise médicale

Dans tous les cas, si au vu du dossier fourni par l'agent, l'administration doute de l'imputabilité au service de l'accident, elle peut demander une expertise médicale de l'agent par un médecin expert agréé.

Pour connaître les détails de la procédure d'expertise médicale, vous pouvez vous reporter à la **FICHE N°9 « GERER UNE EXPERTISE MEDICALE »**.

Faut-il saisir la commission de réforme ?

L'administration doit :

- obligatoirement saisir la commission de réforme si elle s'oriente vers une décision de non-reconnaissance de l'imputabilité de l'accident au service,
- saisir la commission de réforme si elle rencontre des difficultés pour statuer sur l'imputabilité ou non de l'accident de service.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'avoir diligencé une expertise médicale au préalable de la saisine de la commission de réforme. Cette instance formulera un avis avant la décision de l'administration.

Pour connaître les modalités de saisine de la commission de réforme et les procédures devant cette instance, vous pouvez vous reporter à la **FICHE N°20 « SAISIR LA COMMISSION DE REFORME »**. Cette fiche détaille également l'ensemble des pièces à fournir devant cette instance dans le cadre d'un accident de service.

La décision de l'administration

Au retour de l'expertise médicale et de l'avis de la commission de réforme compétente, l'administration prend une décision administrative. Deux cas peuvent se présenter :

L'administration rejette l'imputabilité au service de l'accident

Au vu des pièces constitutives du dossier, l'administration décide de ne pas reconnaître l'imputabilité au

service de la pathologie déclarée par l'agent. Dans ce cas, le bureau SD3E :

- notifie une décision de rejet d'imputabilité au service à l'intéressé par lettre avec accusé de réception. Cette décision doit être motivée en fait et en droit et doit informer l'agent des délais et voies de recours,
- adresse la décision de rejet d'imputabilité au service gestionnaire de proximité de l'agent.

Au retour de l'accusé de réception, l'instruction du dossier est terminée. L'agent peut ensuite formuler des observations ou recours. Dans l'hypothèse d'un recours gracieux ou contentieux, l'administration (bureau SD3E) rédigera une réponse argumentée en lien avec service RH de l'agent.

Pour rappel, pour les accidents survenus à partir du 21 janvier 2017, l'ordonnance n°2017-53 impose à l'administration d'apporter la preuve que l'accident n'est pas imputable au service.

L'administration reconnaît l'imputabilité au service de l'accident

Au vu des pièces constitutives du dossier, l'administration décide de reconnaître l'imputabilité au service de l'accident déclaré par l'agent. Dans ce cas, le bureau SD3E :

- notifie la décision à l'intéressé par l'intermédiaire du service gestionnaire de proximité. Les délais et voies de recours doivent figurer sur la décision, même s'il s'agit d'une décision favorable,
- adresse une copie de la décision de reconnaissance d'imputabilité au service gestionnaire de proximité de l'agent afin que le service régularise la situation administrative de l'agent.

Quelle procédure à la fin du congé du fonctionnaire ?

Pour connaître les modalités de reprise de l'agent, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°14 « INSTRUIRE UN CERTIFICAT MEDICAL FINAL POUR LES AGENTS TITULAIRES »](#).

Un tiers est-il à l'origine de l'accident ?

Dans le cas où l'accident est causé par un tiers, l'Etat est admis à poursuivre directement contre le responsable du dommage ou son assureur le remboursement des prestations versées ou maintenues audit fonctionnaire pendant la période d'indisponibilité de celui-ci par dérogation aux dispositions de l'article 2 de l'ordonnance n°59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques.

Pour obtenir des détails supplémentaires sur la procédure du recours contre tiers, vous reporter à la [FICHE N°22 « INSTRUIRE UN DOSSIER DE RECOURS CONTRE TIERS »](#).

Pour aller plus loin

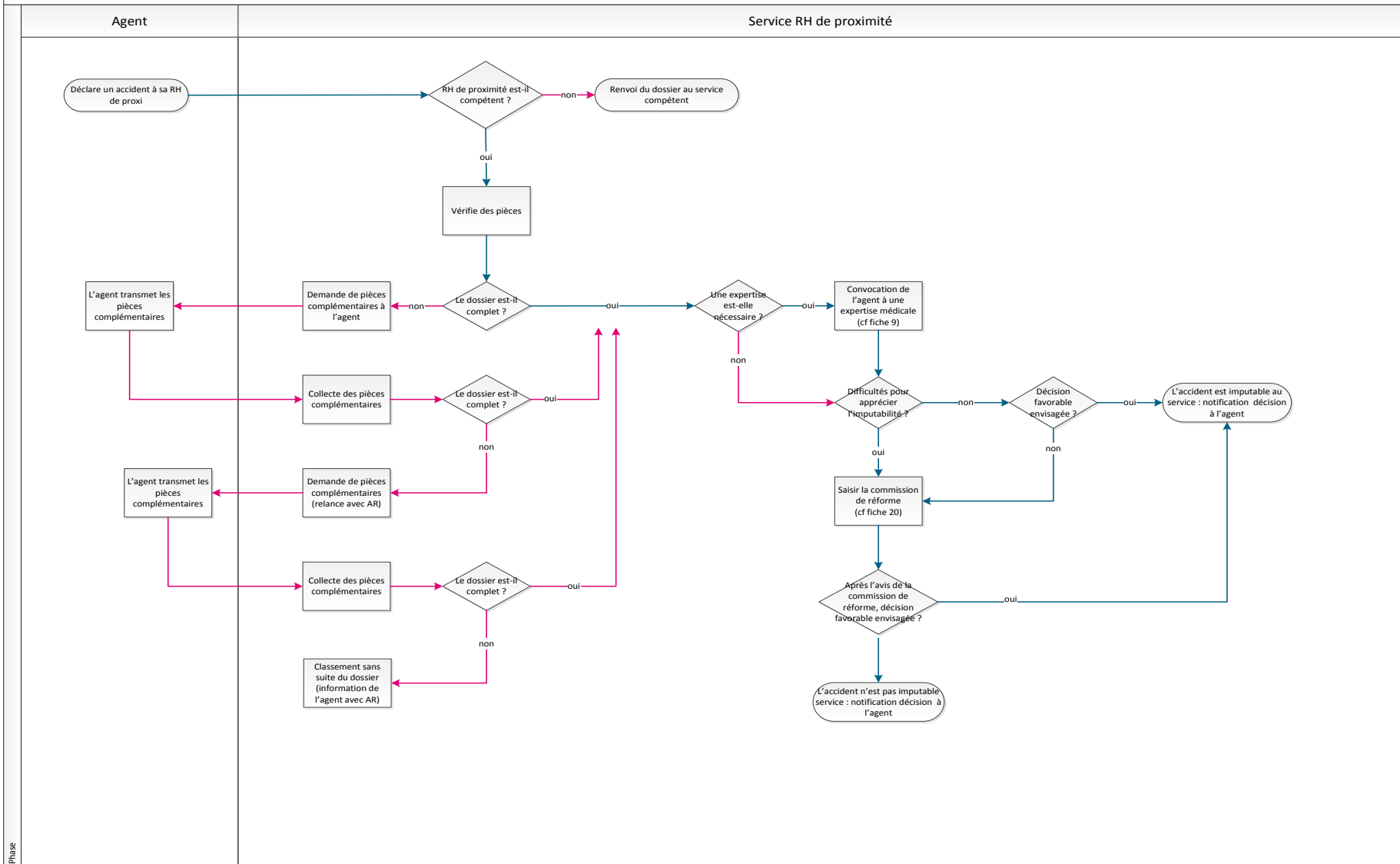
Les textes de référence sur l'accident de service

- Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat (art. 34, 34 bis et 63).
- Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.
- Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires (article 26).
- Décret n°93-552 du 26 mars 1993 relatif aux conditions de mise en œuvre de la NBI dans la fonction publique d'Etat (art. 2).
- Décret n°94-874 du 7 octobre 1994 relatif aux stagiaires dans la fonction publique d'Etat.
- Décret n°2010-997 du 26 août 2010 relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'Etat dans certaines situations de congés.
- Circulaire FP4 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires contre les risques maladie et accident de service.
- Circulaire du 24 juillet 2003 concernant le traitement des certificats médicaux d'arrêt de travail pour maladie des fonctionnaires.

Documentation et liens externes

- DGAFP, Les instances médicales dans la fonction publique
- Intranet des ministères sociaux paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/Pages/default.aspx

Fiche 1 – Instruire une déclaration d'accident de service pour les agents titulaires



Phase

2 INSTRUIRE UNE DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAJET POUR LES AGENTS TITULAIRES

CETTE FICHE PRESENTE LES CARACTERISTIQUES PRINCIPALES DE L'ACCIDENT DE TRAJET ET LA PROCEDURE A SUIVRE LORS DE L'INSTRUCTION DE CETTE DECLARATION POUR UN AGENT TITULAIRE.

L'accident de trajet : les principes généraux

Qui est concerné ?

Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires.

Pour les agents contractuels, vous pouvez vous reporter à la **FICHE N°5 « INSTRUIRE UNE DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAJET POUR LES AGENTS CONTRACTUELS »**.

Qu'est-ce qu'un accident de trajet ?

Est reconnu imputable au service, lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit en apportent la preuve ou lorsque l'enquête permet à l'autorité administrative de disposer des éléments suffisants, l'accident de trajet dont est victime le fonctionnaire qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration et pendant la durée normale pour l'effectuer, sauf si un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est de nature à détacher l'accident du service.

Il convient de se référer à la jurisprudence administrative pour identifier les nécessités de la vie courante, les cas d'espèces n'étant pas limitatifs. Vous pouvez consulter le site internet du Conseil d'Etat : Ariane web.

Quelles conséquences sur la position statutaire de l'agent ?

La reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident de trajet a pour conséquence de protéger l'agent sur trois volets :

La prise en charge par l'administration des dépenses liées à l'accident

Le fonctionnaire victime d'un accident de trajet a droit au remboursement par l'administration **des honoraires et frais médicaux directement entraînés par cet accident** et médicalement constatés dans les limites prévues par la circulaire FP4 du 30 janvier 1989. Cette prise en charge se traduit par la remise à l'intéressé d'un certificat de prise en charge **lorsqu'aucun doute ne subsiste sur l'imputabilité de l'accident au service**.

Sur présentation de ce document :

- l'agent sera dispensé d'avancer les honoraires et frais médicaux directement liés aux lésions médicalement constatées,
- les professionnels de santé devront renseigner sur le certificat les actes médicaux dispensés et fournir les justificatifs. Le droit à remboursement est conditionné à la production des pièces justificatives.

Pour plus de renseignements, vous pouvez vous reporter à la **FICHE N°16 « PRENDRE EN CHARGE LES FRAIS CONSECUTIFS A LA MALADIE OU A L'ACCIDENT »**.

La situation administrative de l'agent

Là aussi, deux régimes doivent être distingués :

Le régime applicable aux accidents survenus avant le 21 janvier 2017	Le régime applicable aux accidents survenus à partir du 21 janvier 2017
<p>Le fonctionnaire peut bénéficier sur sa demande d'un congé pour accident de service. Il doit remplir une déclaration d'accident auprès de son employeur. Il lui appartient de prouver la matérialité de l'accident dans les plus courts délais.</p> <p>Au vu du dossier d'accident, l'administration décidera :</p> <ul style="list-style-type: none">• de reconnaître l'imputabilité de l'accident au service et de faire bénéficier le fonctionnaire du congé pour accident de service,• de ne pas reconnaître l'imputabilité de l'accident au service et de placer le fonctionnaire en congé pour maladie ordinaire. <p>Le congé pour accident de service n'a pas de durée maximale. Cependant, en application de l'article 27 du code des pensions civiles et militaires, au bout d'un an d'arrêt de travail continu, l'administration convoque l'agent à une expertise médicale réalisée par un médecin expert agréé afin que celui-ci juge de l'aptitude de l'agent.</p> <p>Le temps passé en congé est pris en compte pour l'avancement à l'ancienneté et le droit à la retraite.</p>	<p>L'ordonnance n°2017-53 a créé un « congé pour invalidité temporaire imputable au service » lorsque l'incapacité temporaire de travail de l'agent est consécutive à un accident de trajet</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixera les modalités du congé pour invalidité temporaire imputable au service et détermine ses effets sur la situation administrative des fonctionnaires. Il fixera également les obligations auxquelles les fonctionnaires demandant le bénéfice de ce congé sont tenus de se soumettre.</p> <p>En attendant ces précisions, le régime antérieur demeure applicable.</p>

La rémunération de l'agent

Un fonctionnaire en congé pour accident de trajet continue de percevoir, jusqu'au terme de son congé ou jusqu'à sa mise en retraite, l'intégralité des éléments de rémunération suivants s'il en bénéficie :

- le traitement indiciaire,
- les primes et indemnités,
- l'indemnité de résidence,
- le supplément familial de traitement (SFT),
- la nouvelle bonification indiciaire (NBI).

Quelles sont les obligations du fonctionnaire en congé pour accident de trajet ?

Un fonctionnaire en congé pour accident de trajet doit se soumettre :

- aux prescriptions et aux visites que son état de santé nécessite,
- aux visites de contrôles demandées par son administration,
- doit cesser tout travail, sauf les activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation à l'emploi,
- et informer son administration de tout changement de résidence.

Le non-respect de ces obligations peut entraîner l'interruption du versement de la rémunération, la perte du bénéfice du congé pour accident de service et une injonction à reprendre le travail.

De même, **l'autorité administrative peut, à tout moment, vérifier si l'état de santé du fonctionnaire nécessite son maintien en congé** pour accident de trajet ou congé pour invalidité temporaire imputable au service, selon la date de l'accident.

Quelle procédure à la fin du congé du fonctionnaire ?

Pour les démarches relatives à la reprise de l'agent titulaire, à son reclassement ou à sa mise en retraite, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°14 « INSTRUIRE UN CERTIFICAT MEDICAL FINAL POUR LES AGENTS TITULAIRES »](#).

La procédure pour instruire une déclaration d'accident de trajet pour les agents titulaires

Vérifier la compétence du bureau avant d'instruire un dossier. Cf tableau sur PACO

La déclaration d'accident de trajet de l'agent

Le délai de recevabilité de la déclaration

L'agent victime d'un accident doit immédiatement prévenir son supérieur hiérarchique.

Aucun texte ne précise le délai dans lequel un fonctionnaire peut demander la reconnaissance de l'imputabilité de l'accident au service. Cependant, les déclarations tardives compliquent la réunion des éléments nécessaires pour décider de l'imputabilité ou non de l'accident au service. Le délai de bonne gestion est de 48 heures.

Le contenu de la déclaration d'accident

Lorsque l'agent est victime d'un accident de trajet, ce dernier doit transmettre à son administration quatre éléments :

- la déclaration d'accident,
- le certificat médical initial de son médecin daté et signé,
- le plan du trajet,
- les éventuels témoignages.

La réception de la déclaration d'accident par l'administration

Lorsque le service instructeur reçoit la déclaration d'accident de l'agent et les pièces justificatives, il enregistre avec un tampon dateur chacune de ces pièces à la date de leur arrivée.

L'analyse du dossier d'accident

Pour statuer sur l'imputabilité ou non de l'accident au service, l'administration doit analyser le dossier d'accident de l'agent.

Celui-ci doit comprendre les originaux et contenir les renseignements suivants :

La déclaration d'accident :

- le lieu précis où s'est déroulé l'accident,
- la date de l'accident,
- les horaires de la séance normale de travail,
- l'heure de l'accident (elle doit être précisée et compatible avec les horaires de la séance normale de travail),
- les circonstances précises de l'accident qui doivent être complétées de façon suffisamment précises pour comprendre quelles sont les lésions, comment elles ont été occasionnées et leur lien direct et certain avec l'accident,
- la déclaration devra comporter une date, la signature de la victime, la signature et le timbre du chef de service ainsi que le cachet du service.

Le certificat médical initial :

- en général, il s'agit du formulaire CERFA n°11138,
- il doit préciser le cachet, la date, l'identité et la signature du médecin,
- il doit décrire le siège et la nature des lésions constatées.

Le plan du trajet :

- le plan doit être complet : il doit détailler le trajet du point de départ jusqu'au point d'arrivée (domicile-travail, travail-lieu de déjeuner, lieu de déjeuner-travail, travail-domicile). Il est recommandé de détailler le trajet en plusieurs sections (trajet domicile-station de métro, trajet en métro, trajet en bus, station de bus-travail...),
- le plan doit faire figurer le lieu précis de l'accident,
- si le trajet emprunté n'est pas le plus direct ou le plus court, l'agent pourra apporter les justifications nécessaires (bouchons, travaux, manifestations, détours pour une nécessité de la vie courante comme l'achat du pain...),
- si l'accident de trajet a eu lieu pendant la pause méridienne, l'agent devra préciser le lieu de restauration ou dont il revenait.

Les témoignages directs. Ils doivent préciser :

- l'identité du témoin (nom, prénom et adresse),
- le corps indique le lieu, la date et l'heure des faits constatés,
- l'état de santé avant et/ou après l'accident,
- la qualité des témoins vis-à-vis de l'agent ayant subi un accident,
- les témoignages doivent être datés et signés pour être recevables.

En l'absence de témoignages directs, des éventuels témoignages indirects à l'exception des membres de la famille (personne ayant vu l'agent victime de l'accident indemne avant la survenance de l'accident et le témoignage d'une autre personne ayant vu l'agent après l'accident) ;

Le cas échéant, le constat amiable, le rapport d'intervention des pompiers, du SAMU, le procès-verbal de gendarmerie, le dépôt de plainte et de façon générale, tout document jugé utile par l'agent ;

En cas de doute ou de besoins circonstanciés par le dossier, une enquête administrative peut être diligentée pour établir les circonstances de l'accident :

- cette enquête de l'administration doit permettre de déterminer la cause, la nature, les circonstances de temps et de lieu et les conséquences apparentes de l'accident,
- elle doit être effectuée même en cas de déclaration tardive de l'accident par l'agent.

En plus des points ci-dessus, le service gestionnaire doit veiller lors de l'analyse du dossier d'accident :

- à la cohérence des dates et lieu d'accident entre les différentes pièces,
- à la cohérence entre la pathologie, la latéralité et les lésions déclarées,
- à ce que les différents éléments du dossier soient signés et identifient leurs rédacteurs.

En cas de dossier incomplet : demander des pièces complémentaires à l'agent

Afin de statuer sur l'imputabilité ou non de l'accident de trajet, l'administration doit demander à l'agent par courrier de fournir les pièces ou explications complémentaires permettant d'éclairer sa décision.


Si la demande de pièces complémentaires est urgente ou sensible, l'administration peut doubler cet envoi papier d'un mail en s'assurant que l'adresse mail ne corresponde pas à une boîte fonctionnelle.

Pour une première demande, un courrier simple suffit. Si le dossier reste incomplet après cette première demande, l'administration effectue une relance avec accusé de réception. Si l'agent ne répond pas à cette relance, l'administration peut classer sans suite le dossier faute d'éléments d'appréciation suffisants en informant l'agent par accusé de réception de cette décision.

A ce stade de la procédure, l'administration peut-elle prendre une décision ?

Au vu de l'analyse du dossier d'accident :

1 - l'administration peut s'orienter vers une décision favorable, si l'imputabilité au service ne fait aucun doute.

 Si l'expertise médicale n'est pas obligatoire, elle peut être recommandée dans certains cas, notamment pour statuer sur l'imputabilité d'un accident de trajet.


Pour plus d'information sur l'expertise médicale, vous pouvez vous reporter au point suivant, « la possibilité de diligenter une expertise médicale ».

2 - Si l'imputabilité n'est pas probante, l'administration peut s'orienter vers une décision de rejet.

Par exemple l'accident de trajet ne s'est pas produit sur le parcours habituel entre le lieu de trajet et la résidence ou le lieu de restauration.

Les nécessités de la vie courante évoquées ne sont pas reconnues par la jurisprudence administrative. Pour rappel, il convient de se référer aux jurisprudences relatives aux accidents de trajet pour connaître la position du juge administratif, qui est susceptible d'évoluer.

L'agent a commis un fait personnel détachable du service.

 L'administration ne peut pas rejeter l'imputabilité de l'accident sans saisir la commission de réforme compétente pour avis. L'administration prendra ensuite sa décision.

Pour plus d'information sur la saisie de la commission de réforme, vous pouvez vous reporter au point suivant « la saisine de la commission de réforme ».

La possibilité de diligenter une expertise médicale

Si au vu du dossier fourni par l'agent, l'administration doute de l'imputabilité au service de l'accident, elle peut demander une expertise médicale de l'agent par un médecin expert agréé.

Pour connaître les détails de la procédure d'expertise médicale, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°9 « GERER UNE EXPERTISE MEDICALE »](#).

Faut-il saisir la commission de réforme ?

L'administration doit :

- obligatoirement saisir la commission de réforme si elle s'oriente vers une décision de non-reconnaissance de l'imputabilité de l'accident au service,
- saisir la commission de réforme si elle rencontre des difficultés pour statuer sur l'imputabilité ou non de l'accident de service.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'avoir diligencé une expertise médicale au préalable de la saisine de la commission de réforme. Cette instance formulera un avis avant la décision de l'administration.

Pour connaître les modalités de saisine de la commission de réforme et les procédures devant cette instance, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°20 « SAISIR LA COMMISSION DE REFORME »](#). Cette fiche détaille également l'ensemble des pièces à fournir devant cette instance dans le cadre d'un accident de service.

La décision de l'administration

Le cas échéant, au retour de l'expertise médicale et de l'avis de la commission de réforme compétente, l'administration prend une décision administrative. Deux cas peuvent se présenter :

L'administration rejette l'imputabilité au service de l'accident

Au vu des pièces constitutives du dossier, l'administration décide de ne pas reconnaître l'imputabilité au service de l'accident de trajet déclaré par l'agent. Dans ce cas, le bureau SD3E :

- notifie une décision de rejet d'imputabilité au service à l'intéressé par lettre avec accusé de réception. Cette décision doit être motivée en fait et en droit et doit informer l'agent des délais et voies de recours,
- adresse la décision de rejet d'imputabilité au service gestionnaire de proximité de l'agent.

Au retour de l'accusé de réception, l'instruction du dossier est terminée. L'agent peut ensuite formuler des observations ou recours.

L'administration reconnaît l'imputabilité au service de l'accident

Au vu des pièces constitutives du dossier, l'administration décide de reconnaître l'imputabilité au service de l'accident déclaré par l'agent. Dans ce cas, le bureau SD3E :

Notifie la décision à l'intéressé par l'intermédiaire du service gestionnaire de proximité. Les délais et voies de recours doivent figurer sur la décision, même s'il s'agit d'une décision favorable ;

Adresse une copie de la décision de reconnaissance d'imputabilité au service gestionnaire de proximité de l'agent afin que le service régularise la situation administrative de l'agent.

Quelle procédure à la fin du congé du fonctionnaire ?

Pour connaître les modalités de reprise de l'agent, vous pouvez vous reporter à la **FICHE N°14 « INSTRUIRE UN CERTIFICAT MEDICAL FINAL POUR LES AGENTS TITULAIRES »**.

Un tiers est-il à l'origine de l'accident ?

Dans le cas où l'accident de trajet est causé par un tiers, l'Etat est admis à poursuivre directement contre le responsable du dommage ou son assureur le remboursement des prestations versées ou maintenues au fonctionnaire pendant la période d'indisponibilité de celui-ci par dérogation aux dispositions de l'article 2 de l'ordonnance n°59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques.

Pour obtenir des détails supplémentaires sur la procédure du recours contre tiers, vous reporter à la **FICHE N°22 « INSTRUIRE UN DOSSIER DE RECOURS CONTRE TIERS »**.

Pour aller plus loin

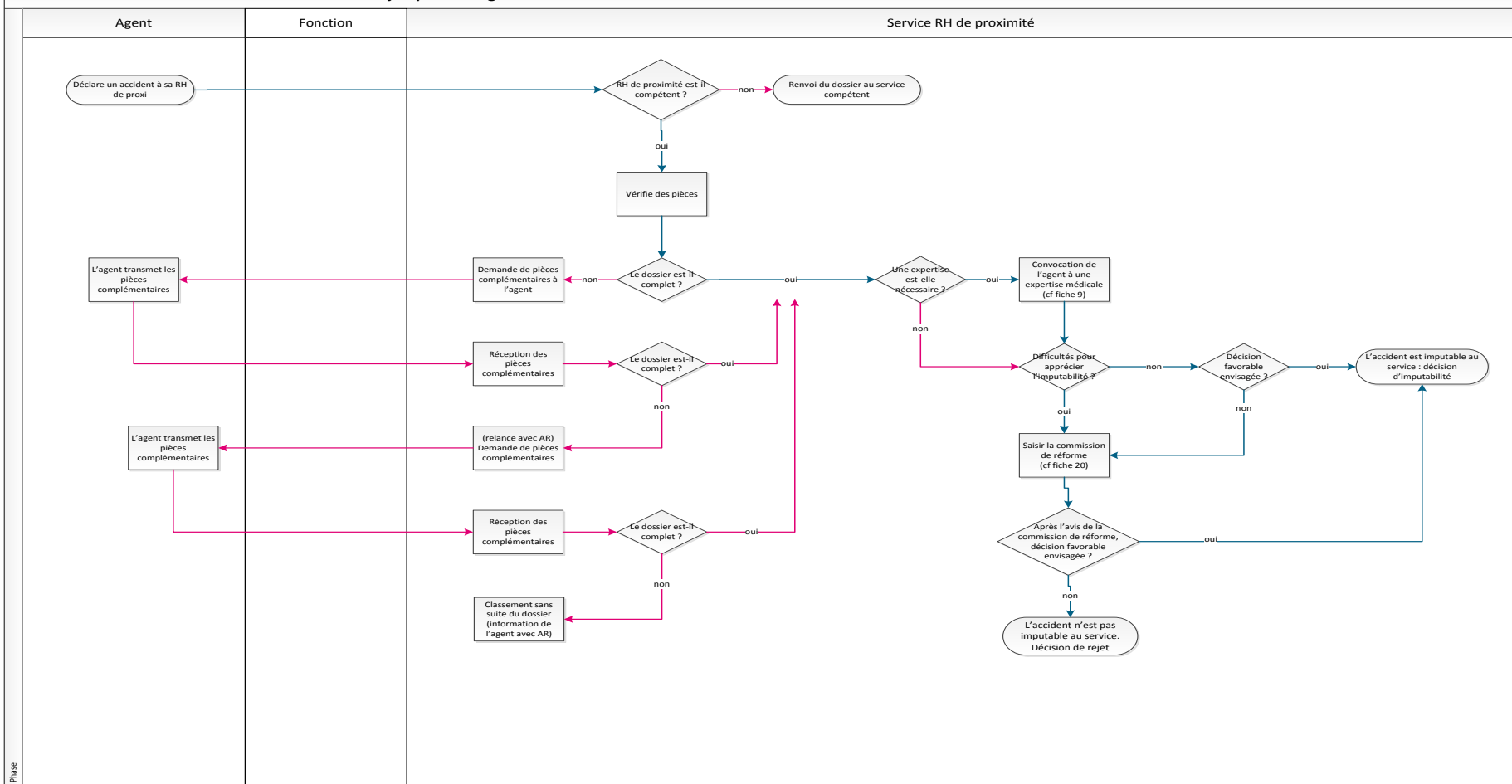
Les textes de référence sur l'accident de trajet

- Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat (art. 34, 34 bis et 63).
- Textes relatifs à l'accident de service cités à la page 13 du présent guide.

Documentation et liens externes

- DGAFP, Les instances médicales dans la fonction publique.
- Intranet des ministères sociaux : paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/Pages/default.aspx

Fiche 1 – Instruire une déclaration d'accident de trajet pour les agents titulaires



Phase

3 INSTRUIRE UNE DECLARATION D'ACCIDENT DE MISSION POUR LES AGENTS TITULAIRES

CETTE FICHE PRESENTE LES CARACTERISTIQUES PRINCIPALES DE L'ACCIDENT DE MISSION ET LA PROCEDURE A SUIVRE LORS DE L'INSTRUCTION DE CETTE DECLARATION POUR UN AGENT TITULAIRE.

L'accident de mission : les principes généraux

Qui est concerné ?

Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires.

Pour les agents contractuels, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°6 « INSTRUIRE UNE DECLARATION D'ACCIDENT DE MISSION POUR LES AGENTS CONTRACTUELS »](#).

Qu'est-ce qu'un accident de mission ?

La définition de l'accident de mission

L'accident de mission est une construction jurisprudentielle qui concerne les agents effectuant des déplacements pour le compte de leur administration. Pour ces agents, les critères de reconnaissance de l'accident en accident de service (survenance aux temps et lieux de travail) étaient inapplicables. La notion « d'accident de mission » permet donc de répondre à ces situations particulières.

Jusqu'où l'agent est-il en mission ?

Lors de sa mission, l'agent peut être amené à réaliser des déplacements d'un ou de plusieurs jours. Aussi, l'agent va effectuer lors de cette période des actes de la vie courante (le repas ou la toilette). Dans sa jurisprudence, le Conseil d'Etat a considéré que tout accident survenu lorsqu'un agent public est en mission doit être regardé comme un accident de service, alors même qu'il serait survenu à l'occasion d'un acte de la vie courante, sauf s'il a eu lieu lors d'une interruption de cette mission pour des motifs personnels (CE Sect. 3 décembre 2004, n°260786).

Si l'agent a interrompu sa mission pour un motif personnel ?

Si l'accident s'est produit lors d'un acte de la vie courante, **mais que l'agent avait interrompu sa mission pour des motifs personnels**, l'accident ne peut pas être regardé comme un accident de service.

Si la mission a eu lieu à l'étranger ?

L'agent qui part en mission à l'étranger doit se renseigner avant son départ sur les formalités à accomplir en cas de d'accident de service.

Un [guide spécifique](#) a été élaboré par le bureau chargé des missions et des déplacements.

Quel est le régime de l'imputabilité de l'accident de mission ?

Reconnaître ou non l'imputabilité au service d'un accident survenu à un agent a des conséquences sur la prise en charge de ses frais médicaux au regard de la circulaire FP4 du 30 janvier 1989, sur la position statutaire et le traitement de ce dernier. Il faut donc bien différencier les accidents imputables au service de ceux qui ne sont pas imputables au service.

Selon la jurisprudence, les accidents survenus à des fonctionnaires pendant une mission sont considérés comme imputables au service dès lors qu'ils sont en relation avec l'accomplissement de la mission et dans le prolongement de celle-ci (CE, 15/11/1995, n°128812 ; CE, 03/12/2004, n°260786 ; CE, 30/09/1988, n°70069).

Le cas échéant, le fonctionnaire devra apporter la preuve que son accident est en relation avec l'accomplissement de la mission.

Quelles conséquences sur la position statutaire de l'agent ?

La reconnaissance de l'accident en accident de mission imputable au service a pour conséquence de protéger l'agent sur trois volets :

La prise en charge par l'administration des dépenses liées à l'accident

Le fonctionnaire victime d'un accident reconnu imputable au service a droit au remboursement par l'administration **des honoraires médicaux et frais directement entraînés par cet accident** dans les limites prévues par la circulaire FP4 du 30 janvier 1989. Cette prise en charge se traduit par la remise à l'intéressé d'un certificat de prise en charge **lorsqu'aucun doute ne subsiste sur l'imputabilité de l'accident au service**. Sur présentation de ce document :

- l'agent sera dispensé d'avancer les honoraires et frais médicaux directement liés aux lésions,
- les professionnels de santé devront renseigner sur le certificat les actes médicaux dispensés et fournir les justificatifs. Le droit à remboursement est conditionné à la production des pièces justificatives.

Pour plus de renseignements, vous pouvez vous reporter à la **FICHE N°16 « PRENDRE EN CHARGE LES FRAIS CONSECUTIFS A LA MALADIE OU A L'ACCIDENT POUR LES AGENTS TITULAIRES »**.

La situation administrative de l'agent

Deux régimes doivent être distingués :

Le régime applicable aux accidents survenus avant le 21 janvier 2017	Le régime applicable aux accidents survenus à partir du 21 janvier 2017
<p>Le fonctionnaire peut bénéficier sur sa demande d'un congé pour accident de service.</p> <p>Au vu du dossier d'accident, l'administration décidera :</p> <ul style="list-style-type: none">• de reconnaître l'imputabilité de l'accident au service et de faire bénéficier le fonctionnaire du congé pour accident de service ;• de ne pas reconnaître l'imputabilité de l'accident au service et de placer le fonctionnaire en congé pour maladie ordinaire. <p>Le congé pour accident de service n'a pas de durée maximale. Cependant, en application de l'article 27 du code des pensions civiles et militaires, au bout d'un an d'arrêt de travail continu, l'administration peut demander l'expertise de l'agent par un médecin expert agréé afin que celui-ci juge de l'aptitude de l'agent.</p> <p>Ce temps passé en congé est pris en compte pour l'avancement à l'ancienneté et le droit à la retraite.</p> <p>NB : pour les fonctionnaires stagiaires de la fonction publique d'Etat, la durée de ce congé est limitée à 5 ans.</p>	<p>L'ordonnance n°2017-53 a créé un « congé pour invalidité temporaire imputable au service » lorsque l'incapacité temporaire de travail de l'agent est consécutive à un accident de service.</p> <p>Puisque le fonctionnaire bénéficie depuis cette ordonnance d'une présomption d'imputabilité de son accident au service, il revient à l'administration de prouver que l'accident n'est pas imputable au service pour refuser au fonctionnaire le bénéfice de ce congé.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixera les modalités du congé pour invalidité temporaire imputable au service et déterminera ses effets sur la situation administrative des fonctionnaires. Il fixera également les obligations auxquelles les fonctionnaires demandant le bénéfice de ce congé sont tenus de se soumettre.</p> <p>En attendant ces précisions, le régime antérieur demeure applicable.</p>

La rémunération de l'agent

Un fonctionnaire en congé pour accident de service continue de percevoir, jusqu'au terme de son congé ou jusqu'à sa mise en retraite, l'intégralité des éléments de rémunération suivants s'il en bénéficie :

- le traitement indiciaire,
- les primes et indemnités,
- l'indemnité de résidence,
- le supplément familial de traitement (SFT),
- la nouvelle bonification indiciaire (NBI).

Quelles sont les obligations du fonctionnaire en congé pour accident de service ?

Un fonctionnaire en congé pour accident de service doit se soumettre à certaines obligations :

- doit se soumettre aux prescriptions et aux visites que son état de santé nécessite,
- doit se soumettre aux visites de contrôles demandées par son administration,
- doit cesser tout travail, sauf les activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation à l'emploi,
- doit informer son administration de tout changement de résidence,
- fournir les certificats médicaux de prolongation (si arrêt de travail et/ou soins),
- fournir le certificat médical final (voir [FICHE N°14 « INSTRUIRE UN CERTIFICAT MEDICAL FINAL »](#)).

Le non-respect de ces obligations peut entraîner l'interruption du versement de la rémunération, la perte du bénéfice du congé pour accident de service et une injonction à reprendre le travail.

De même, **l'autorité administrative peut, à tout moment, vérifier si l'état de santé du fonctionnaire nécessite son maintien en congé pour accident de service ou congé pour invalidité temporaire imputable au service, selon la date de l'accident.**

Quelle procédure à la fin du congé du fonctionnaire ?

Pour les détails relatifs à la reprise de l'agent titulaire, à son reclassement ou à sa mise en retraite, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°14 « INSTRUIRE UN CERTIFICAT MEDICAL FINAL POUR LES AGENTS TITULAIRES »](#).

La procédure pour instruire une déclaration d'accident de mission pour les agents titulaires



Vérifier la compétence du bureau avant d'instruire un dossier. Cf tableau sur PACO

La déclaration d'accident de l'agent

Pour déclencher une procédure de reconnaissance d'imputabilité au service d'un accident, l'agent ou dans des situations particulières (décès, hospitalisation ou toute situation particulière ne permettant pas à l'agent d'être en capacité de le faire lui-même) doit adresser une déclaration d'accident à son employeur.

Le délai de recevabilité de la déclaration

L'agent se déclarant victime d'un accident doit immédiatement prévenir son supérieur hiérarchique.

Aucun texte ne précise le délai dans lequel un fonctionnaire peut demander la reconnaissance de l'imputabilité de l'accident au service. Cependant, les déclarations tardives compliquent la réunion des éléments nécessaires pour décider de l'imputabilité ou non de l'accident au service. Le délai de bonne gestion est de 48 heures.

Le contenu de la déclaration d'accident de mission

Lorsque l'agent est victime d'un accident de mission, ce dernier doit transmettre à son administration trois éléments :

- la déclaration d'accident complétée et signée,
- le certificat médical initial d'accident de son médecin (CERFA 11138),
- l'ordre de mission.

Les renseignements obligatoires que doivent contenir ces pièces sont détaillés dans le paragraphe : l'analyse du dossier d'accident.

La réception de la déclaration d'accident par l'administration

Lorsque le service instructeur reçoit la déclaration d'accident de l'agent et les pièces justificatives, il enregistre au tampon dateur chacune de ces pièces à la date de leur arrivée.

L'analyse du dossier d'accident

Pour statuer sur l'imputabilité ou non de l'accident au service, l'administration doit analyser le dossier d'accident de l'agent. Celui-ci doit comprendre les originaux et contenir les renseignements suivants :

La déclaration d'accident :

- le lieu précis où s'est déroulé l'accident,
- la date de l'accident,
- les horaires de la séance normale de travail,
- l'heure de l'accident (elle doit être précisée et compatible avec les horaires de la séance normale de travail),
- les circonstances précises de l'accident qui doivent être complétées de façon suffisamment précises pour comprendre quelles sont les lésions, comment elles ont été occasionnées et leur lien direct et certain avec l'accident,
- la déclaration devra comporter une date, la signature de la victime, la signature et le timbre du chef de service ainsi que le cachet du service.

Le certificat médical initial :

- en général, il s'agit du formulaire CERFA n°11138,
- il doit préciser le cachet, la date, l'identité et la signature du médecin,
- il doit décrire le siège et la nature des lésions constatées.

L'ordre de mission :

- il doit préciser la durée de la mission en faisant figurer les dates et éventuellement les heures de début et de fin de la mission,
- il doit préciser le lieu où se déroule la mission,
- il doit faire figurer l'objet de la mission aussi détaillé que possible,
- il doit apporter les précisions sur la mission,
- enfin, il doit préciser les activités exercées pendant la mission.

Des témoignages directs qui doivent préciser :

- l'identité (nom, prénom et adresse) et la qualité du témoin vis-à-vis de l'agent ayant subi un accident,
- le lieu, la date et l'heure des faits constatés,
- l'état de santé avant et/ou après l'accident,

Les témoignages doivent être datés et signés pour être recevables.

D'éventuels témoignages indirects à l'exception des membres de la famille (personne ayant vu l'agent victime de l'accident indemne avant la survenance de l'accident et le témoignage d'une autre personne ayant vu l'agent après l'accident).

Le cas échéant, constat amiable, le rapport d'intervention des pompiers, du SAMU, le procès-verbal de gendarmerie, le dépôt de plainte et de façon générale, tout document jugé utile par l'agent.

En cas de doute ou de besoins circonstanciés par le dossier, une enquête administrative peut être diligentée pour établir les circonstances de l'accident :

- cette enquête de l'administration doit permettre de déterminer la cause, la nature, les circonstances de temps et de lieu et les conséquences apparentes de l'accident,
- elle doit être effectuée même en cas de déclaration tardive de l'accident par l'agent.

En complément des renseignements visés ci-dessus, le service gestionnaire doit veiller lors de l'analyse du dossier d'accident :

- à la cohérence de la date et du lieu d'accident entre les différentes pièces,
- à la vérification entre la pathologie, les lésions déclarées et de leur latéralité,
- à ce que les différents éléments du dossier soient signés et identifient leurs rédacteurs.

En cas de dossier incomplet : demander des pièces complémentaires à l'agent

Afin de statuer sur l'imputabilité ou non de l'accident au service, l'administration doit demander à l'agent par courrier de fournir les pièces ou explications complémentaires permettant d'éclairer sa décision.

Si la demande de pièces complémentaires est urgente ou sensible, l'administration peut doubler cet envoi papier d'un mail en s'assurant que l'adresse mail ne correspond pas à une boîte fonctionnelle.

Pour une première demande, un courrier simple suffit. Si le dossier reste incomplet après cette première demande, l'administration effectue une relance avec accusé de réception. Si l'agent ne répond pas à cette relance, l'administration peut classer sans suite le dossier faute d'éléments d'appréciation suffisants en informant l'agent par accusé de réception.

A ce stade de la procédure, l'administration peut-elle prendre une décision ?

Au vu de l'analyse du dossier d'accident, l'administration peut s'orienter vers une décision favorable **si deux conditions sont réunies**.

1• L'imputabilité au service ne fait aucun doute

L'administration prend une décision favorable de reconnaissance de l'imputabilité.

Attention, si l'expertise médicale n'est pas obligatoire, elle peut être recommandée, notamment pour statuer sur l'imputabilité d'un accident au service. Pour plus d'information sur l'expertise médicale, vous pouvez vous reporter au point suivant, « la possibilité de diligenter une expertise médicale ».

2• L'imputabilité au service ne fait aucun doute

Le régime applicable aux accidents survenus avant le 21 janvier 2017	Le régime applicable aux accidents survenus à partir du 21 janvier 2017
<p>Si un doute subsiste sur l'imputabilité au service d'un accident, l'administration doit demander une expertise à un médecin expert agréé de déterminer afin de déterminer s'il existe un lien direct et certain entre les lésions déclarées et l'accident de service déclaré.</p> <p>Au vu des éléments constitutifs du dossier, l'administration soit prend une décision favorable à la reconnaissance de l'imputabilité, soit a un doute ou se dirige vers une décision défavorable de reconnaissance d'imputabilité ; elle doit alors saisir la commission de réforme compétente pour obtenir son avis.</p>	<p>Une présomption d'imputabilité au service est désormais appliquée pour « <i>tout accident survenu à un fonctionnaire, quelle qu'en soit la cause, dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service</i> ».</p> <p>L'administration peut toujours s'opposer à l'imputabilité de l'accident au service mais elle devra fournir les preuves que l'accident n'est pas imputable au service par tous moyens y compris en convoquant l'agent devant un médecin expert agréé de l'administration. Au vu de tous les éléments constitutifs du dossier y compris le rapport d'expertise elle peut soit reconnaître l'imputabilité au service, soit émettre un doute ou s'orienter vers une décision défavorable. Dans ces deux derniers cas elle doit alors saisir la commission de réforme du lieu d'affectation de l'agent pour obtenir son avis.</p>

La possibilité de diligenter une expertise médicale

Si au vu du dossier fourni par l'agent, l'administration doute de l'imputabilité au service de l'accident, elle peut demander une expertise médicale de l'agent par un médecin expert agréé.

Pour connaître les détails de la procédure d'expertise médicale, vous pouvez vous reporter à la **FICHE N°9 « GERER UNE EXPERTISE MEDICALE »**.

Faut-il saisir la commission de réforme ?

L'administration :

- doit obligatoirement saisir la commission de réforme si elle s'oriente vers une décision de non-reconnaissance de l'imputabilité de l'accident au service,
- doit saisir la commission de réforme si elle rencontre des difficultés pour statuer sur l'imputabilité ou non de l'accident de service.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'avoir diligencé une expertise médicale au préalable de la saisine de la commission de réforme. Cette instance formulera un avis.

Pour connaître les modalités de saisine de la commission de réforme et les procédures devant cette instance, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°20 « SAISIR LA COMMISSION DE REFORME »](#). Cette fiche détaille également l'ensemble des pièces à fournir devant cette instance dans le cadre d'un accident de service.

Si l'accident est reconnu imputable au service

Au vu des pièces constitutives du dossier, l'administration décide de reconnaître l'imputabilité au service de l'accident déclaré par l'agent. L'administration :


- notifie la décision à l'intéressé par l'intermédiaire du service gestionnaire de proximité. Les délais et voies de recours doivent figurer sur la décision, même s'il s'agit d'une décision favorable,
- adresse une copie de la décision de reconnaissance d'imputabilité au service gestionnaire de proximité de l'agent afin que le service régularise la situation administrative de l'agent.

Si l'accident n'est pas reconnu imputable au service

Au vu des pièces constitutives du dossier, l'administration décide de ne pas reconnaître l'imputabilité au service de l'accident déclaré par l'agent. Dans ce cas, elle :

- notifie une décision de rejet d'imputabilité au service à l'intéressé par lettre avec accusé de réception. Cette décision doit être motivée en fait et en droit et doit informer l'agent des délais et voies de recours,
- adresse la décision de rejet d'imputabilité au service gestionnaire de proximité de l'agent.

Au retour de l'accusé de réception, l'instruction du dossier est terminée si l'agent n'a pas formulé d'observations ou de recours.

 Pour les accidents survenus à partir du 21 janvier 2017, l'ordonnance n° 2017-53 impose à l'administration d'apporter la preuve que l'accident n'est pas imputable au service.

Un tiers est-il à l'origine de l'accident ?

Si l'accident est causé par un tiers, l'Etat est admis à poursuivre directement contre le responsable du dommage ou son assureur le remboursement des charges supportées par l'employeur pendant la période d'indisponibilité de celui-ci par dérogation aux dispositions de l'article 2 de l'ordonnance n°59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques.

Pour obtenir des détails supplémentaires sur la procédure du recours contre tiers, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°22 « INSTRUIRE UN DOSSIER DE RECOURS CONTRE TIERS »](#).

Pour aller plus loin

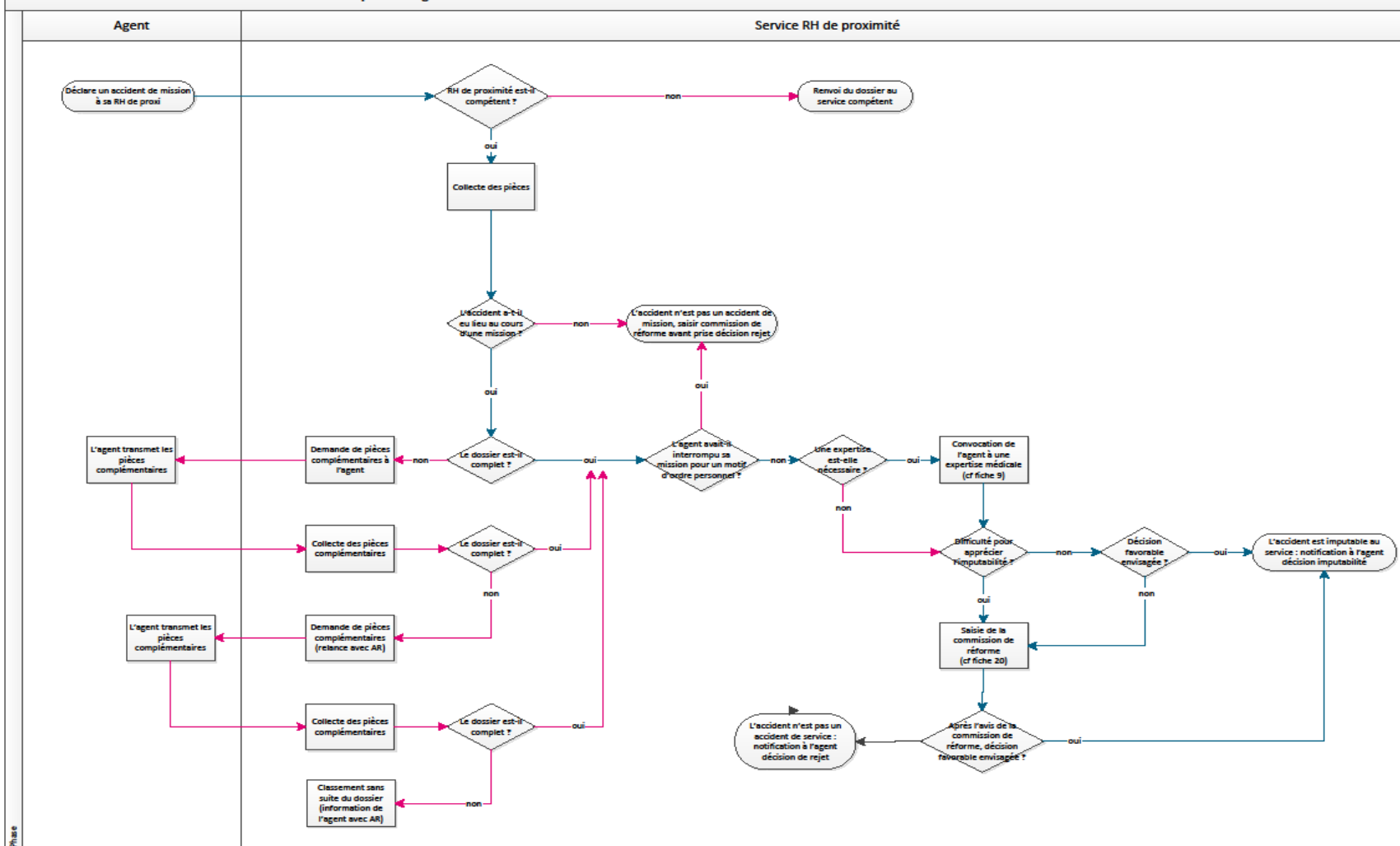
Les textes de référence sur l'accident de mission

- Jurisprudences citées dans le corps du texte, consultables sur Légifrance.
- Textes relatifs à l'accident de service cités à la page 13 du présent guide.
- Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique

Documentation et liens externes

- DGAFP, Les instances médicales dans la fonction publique
- Intranet des ministères sociaux : paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/Pages/default.aspx

Fiche 3 – Instruire une déclaration d'accident de mission pour les agents titulaires



7 INSTRUIRE UNE DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE POUR LES AGENTS TITULAIRES

CETTE FICHE PRESENTE LES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES POUR INSTRUIRE UNE DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE POUR LES AGENTS TITULAIRES.

La maladie professionnelle : principes généraux

Qui est concerné ?

Les agents titulaires.

Pour les agents contractuels, vous pouvez vous référer à la FICHE N°8 « INSTRUIRE UNE DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE ».

La maladie professionnelle : définition et régime d'imputabilité

Il faut distinguer ici les maladies déclarées avant le 21 janvier 2017 de celles déclarées à partir du 21 janvier 2017.

Pour les maladies déclarées avant le 21 janvier 2017

Si l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale n'est pas opposable aux fonctionnaires, il donne cependant la définition des maladies professionnelles.

1• Ainsi, est **présumée d'origine professionnelle** toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

2• Si **une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies**, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est **directement causée par le travail habituel de la victime**.

3• 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** dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé.

Concernant l'imputabilité, l'agent doit prouver **le lien direct et certain** et apporter la preuve qu'il existe un lien de cause à effet entre la maladie présentée et l'activité professionnelle exercée.

Pour les maladies déclarées à partir du 21 janvier 2017

L'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 a donné la définition de la maladie professionnelle et a précisé le régime d'imputabilité.

1• Ainsi, est présumée imputable au service toute **maladie désignée par les tableaux de maladies professionnelles** mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions dans les conditions mentionnées à ce tableau.

2• Si **une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies**, la maladie telle qu'elle est désignée par un tableau peut être reconnue imputable au service lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droits établissent qu'elle est directement causée par l'exercice des fonctions.

3• Peut également être **reconnue imputable au service une maladie non désignée dans les tableaux de**

maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droits établissent qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions **et** qu'elle entraîne une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 (article 1er du décret n°2002-543 du 18 avril 2002).

Quels sont les délais pour déclarer une maladie professionnelle ?


Pour chaque maladie professionnelle, les conditions du délai de prise en charge figurent sur le tableau de maladie professionnelle respectif annexé au code de la sécurité sociale. La maladie doit avoir été constatée par un médecin dans un certain délai prévu par les tableaux et débutant à la fin de l'exposition au risque.

Quelles conséquences sur la position statutaire de l'agent ?

L'agent victime d'une maladie professionnelle est placé congé pour maladie professionnelle ou contractée en service, ou en congé pour invalidité temporaire imputable au service, selon la date de la demande de l'agent.

La durée du congé

Le congé pour maladie professionnelle n'a pas de durée maximale. Il se prolonge jusqu'à que l'état de santé de l'agent permette sa reprise de service ou jusqu'à la consolidation des séquelles liées à la maladie.

 Pour les fonctionnaires stagiaires de la fonction publique d'Etat, la durée du congé est limitée à 5 ans.

La rémunération de l'agent

Le fonctionnaire de la fonction publique d'Etat continue de percevoir jusqu'au terme de son congé ou de sa mise à la retraite l'intégralité des éléments de rémunération suivants s'il en bénéficie :

- le traitement indiciaire,
- les primes et indemnités,
- l'indemnité de résidence,
- le supplément familial de traitement (SFT),
- la nouvelle bonification indiciaire (NBI).

Le fonctionnaire a droit en outre au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie.

Carrière

Le temps passé en congé pour maladie professionnelle est pris en compte pour l'avancement à l'ancienneté et le droit à la retraite.

Quelles sont les obligations du fonctionnaire pendant ce congé ?

Un fonctionnaire en congé pour maladie professionnelle doit :


- se soumettre aux prescriptions et aux visites que son état de santé nécessite,
- se soumettre aux visites de contrôles demandées par son administration,
- cesser tout travail, sauf les activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation à l'emploi,
- informer son administration de tout changement de résidence,
- fournir les certificats médicaux de prolongation (si arrêt de travail et/ou soins),
- fournir le certificat médical final (voir **FICHE N°14 « INSTRUIRE UN CERTIFICAT MEDICAL FINAL »**).

Le non-respect de ces obligations peut entraîner l'interruption du versement de la rémunération, la perte du bénéfice du congé pour maladie professionnelle et une injonction à reprendre le travail. De même, **l'autorité administrative peut, à tout moment, vérifier si l'état de santé du fonctionnaire nécessite son maintien en congé** pour invalidité temporaire imputable au service (*nouvelle appellation du « congé pour accident de service » depuis l'ordonnance du 19 janvier 2017*).

La procédure pour instruire une demande de reconnaissance de maladie professionnelle pour les agents titulaires

La question de la compétence du service

Avant toute instruction de dossier de maladie professionnelle, il convient de vérifier la compétence du bureau SD3E.

 **Le bureau SD3E est compétent pour instruire toutes les demandes de maladie professionnelle des agents titulaires et contractuels des ministères chargés des affaires sociales, sauf celles des agents contractuels de moins d'un an ou à temps incomplet.**

Dans le dernier cas, SD3E renvoie le dossier à l'agent en l'invitant à faire sa demande auprès de sa CPAM d'affiliation.

La demande de l'agent

Lorsque l'agent souhaite demander la reconnaissance de sa pathologie en maladie professionnelle, il doit constituer un dossier comportant :

1• La demande de reconnaissance de maladie professionnelle de l'agent qui doit mentionner la nature de la pathologie de l'agent, la latéralité de la pathologie s'il y a lieu, la date d'apparition, si possible le tableau de la sécurité sociale auquel se rapporte la pathologie. La demande doit être datée et signée par l'agent ;

2• Les volets 1 et 2 du certificat médical initial qui doivent comporter les noms et prénoms de l'agent, la nature de sa pathologie, la latéralité de celle-ci s'il y a lieu, la date d'apparition de la pathologie, obligatoirement le tableau de la sécurité sociale auquel se rapporte la pathologie. Le certificat médical initial doit être daté et signé du médecin et comporter le cachet de ce dernier ;

La constitution du dossier

En plus des documents listés précédemment et fournis par l'agent, l'administration complètera le dossier de l'agent en y ajoutant :

- **le rapport circonstancié du médecin de prévention** décrivant le lien de causalité entre la pathologie de l'agent et ses activités,
- **un état descriptif détaillé des activités de l'agent sur son poste** ou ses différents postes de travail selon ses affections. Cet état doit comporter la nature précise des activités et/ou gestes répétitifs mais également la durée des différentes activités dans la journée ou dans la semaine,
- **la fiche de poste de l'agent,**
- **tout document de nature à prouver** le lien direct et certain entre la pathologie et les activités professionnelles de l'agent.

Nb : pour les dossiers de maladies professionnelles liées à l'amiante, s'ajoutent à ces documents :

- les documents techniques, rapports « diagnostics » des bâtiments dans lesquels l'agent a effectué ses différentes activités professionnelles. Ces documents doivent permettre d'attester la présence ou non d'amiante dans les locaux dans lesquels l'agent a exercé ses fonctions,
- le cas échéant, une attestation de l'administration ou tout document indiquant la présence d'amiante est à joindre au dossier,
- pour les agents retraités, le formulaire CERFA n°12827 déclaration de maladie professionnelle qui doit être complété par l'agent puis obligatoirement daté par le service de RH qui réceptionne la demande.

Le service qui réceptionne les pièces enregistre avec un tampon dateur chacune de ces pièces à la date de leur arrivée.

Durant l'instruction par le bureau SD3E, l'agent est placé en congé de maladie ordinaire par son service RH de proximité afin de préserver ses droits. Dès réception de la décision, le service RH est tenu de régulariser la situation administrative de l'agent.

La demande de l'agent est incomplète ?

Il revient à l'agent de fournir les pièces nécessaires à l'instruction de sa demande par l'administration. En cas de pièce manquante, l'administration ne peut pas statuer sur la demande de l'agent.

La convocation de l'agent à une expertise médicale

Lorsque toutes les pièces listées ci-dessus figurent au dossier, **l'agent doit obligatoirement être convoqué en expertise médicale auprès d'un médecin expert agréé** afin que l'administration puisse prendre une décision éclairée sur la reconnaissance ou non du caractère professionnel de la maladie.

L'expertise médicale du médecin expert agréé doit :

- déterminer s'il existe une relation directe et certaine entre les activités professionnelles de l'agent et sa pathologie,
- indiquer une date d'apparition de la maladie (date à partir de laquelle les frais seront pris en charge par l'administration),
- préciser à quel tableau de la sécurité sociale la pathologie se rattache ou à défaut, s'il s'agit d'une maladie contractée en service, si elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions de l'agent et qu'elle entraîne une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25.

Ces éléments seront ajoutés au dossier de l'agent.

Pour connaître les modalités pour gérer une expertise médicale, les pièces à fournir et la rédaction du protocole d'expertise, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°9 DU GUIDE « GERER UNE EXPERTISE MEDICALE »](#).

A ce stade de la procédure, l'administration peut-elle prendre une décision ?

Si la consultation de la commission de réforme n'est pas obligatoire pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie, **cette démarche demeure toutefois vivement conseillée compte tenu du caractère médical de la demande**.

En effet, cette consultation permet d'éclairer la décision de l'administration. En effet, les décisions de reconnaissance ou de rejet de l'imputabilité de la maladie au service peuvent entraîner de nombreuses conséquences pour l'administration et pour l'agent.

Faut-il saisir la commission de réforme compétente ?

L'administration doit :

- obligatoirement saisir la commission de réforme si elle s'oriente vers une décision de non-reconnaissance de l'imputabilité de la maladie au service,
- saisir la commission de réforme si elle rencontre des difficultés pour statuer sur l'imputabilité ou non de la maladie au service et/ou sur la prise en charge des frais.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'avoir diligenté une expertise médicale au préalable de la saisine de la commission de réforme. Cette instance formulera un avis préalable à la décision de l'administration.

Pour connaître les modalités de saisine de la commission de réforme et les procédures devant cette instance, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°20 « SAISIR LA COMMISSION DE REFORME »](#). Cette fiche détaille également l'ensemble des pièces à fournir devant cette instance dans le cadre d'un accident de service.

La décision de l'administration

Au retour de l'expertise médicale et de l'avis de la commission de réforme compétente, l'administration prend une décision administrative. Deux cas peuvent se présenter :

L'administration rejette l'imputabilité au service de la maladie

Au vu des pièces constitutives du dossier, l'administration décide de ne pas reconnaître l'imputabilité au service de la pathologie déclarée par l'agent. Dans ce cas, le bureau SD3E :

- notifie une décision de rejet d'imputabilité au service à l'intéressé par lettre avec accusé de réception. Cette décision doit être motivée en fait et en droit et doit informer l'agent des délais et voies de recours,
- adresse la décision de rejet d'imputabilité au service gestionnaire de proximité de l'agent. Au retour de l'accusé de réception, l'instruction du dossier est terminée si l'agent n'a pas formulé d'observations ou de recours.

L'administration reconnaît l'imputabilité au service de la maladie

Au vu des pièces constitutives du dossier, l'administration décide de reconnaître l'imputabilité au service de la pathologie déclarée par l'agent. Dans ce cas, le bureau SD3E :

- notifie la décision à l'intéressé par l'intermédiaire du service gestionnaire de proximité. Les délais et voies de recours doivent figurer sur la décision, même s'il s'agit d'une décision favorable,
- adresse une copie de la décision de reconnaissance d'imputabilité au service gestionnaire de proximité de l'agent afin que le service régularise la situation administrative et paie de l'agent.

Quelle procédure à la fin du congé du fonctionnaire ?

Pour connaître les modalités de reprise de l'agent, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°14 « INSTRUIRE UN CERTIFICAT MEDICAL FINAL POUR LES AGENTS TITULAIRES »](#).

Pour aller plus loin

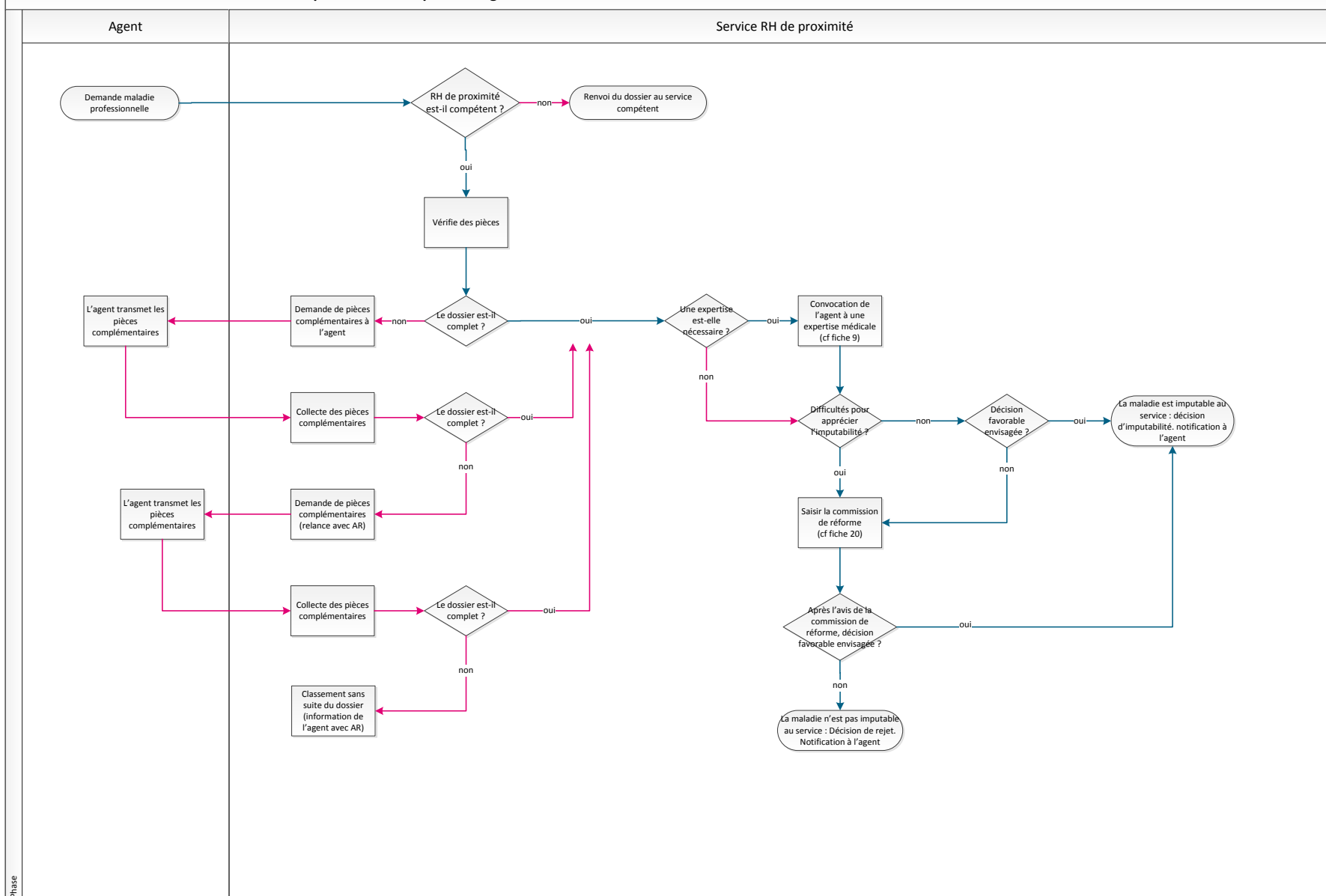
Les textes de référence sur la maladie professionnelle

- Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat (art. 34, 34 bis et 63).
- Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.
- Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires (art. 26).
- Décret n°93-552 du 26 mars 1993 relatif aux conditions de mise en œuvre de la NBI dans la fonction publique d'Etat (art. 2).
- Décret n°2010-997 du 26 août 2010 relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'Etat dans certaines situations de congés ;
- Circulaire FP4 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires contre les risques maladie et accident de service.
- Circulaire du 24 juillet 2003 concernant le traitement des certificats médicaux d'arrêt de travail pour maladie des fonctionnaires.

Documentation et liens externes

- DGAFP, Guide des instances médicales dans la fonction publique.
- Intranet des ministères sociaux : paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/Pages/default.aspx

Fiche 7 – Instruire une demande de maladie professionnelle pour les agents titulaires



9 GERER UNE EXPERTISE MEDICALE

CETTE FICHE PRESENTE LA PROCEDURE POUR GERER UNE EXPERTISE MEDICALE D'UN AGENT ET LES PRINCIPALES ETAPES POUR DILIGENTER CETTE EXPERTISE.

L'expertise médicale : principes généraux

Qui est concerné ?

Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires.

Qu'est-ce qu'une expertise médicale ?

Une expertise médicale est un **examen médico-administratif** réalisé à la demande de l'administration ou de la commission de réforme. Cet examen se déroule au cabinet d'un médecin, généraliste ou spécialiste, nécessairement agréé.

Il est demandé au médecin expert agréé de se prononcer sur un lien éventuel entre les lésions et/ou la pathologie de l'agent et le fait accident ou pathologie. Il détermine le **lien direct et certain** entre la lésion et les activités professionnelles de l'agent. Au terme de cet examen, le médecin expert agréé doit formuler un avis à caractère uniquement consultatif.

Dans quels cas diligenter une expertise médicale ?

L'expertise médicale est demandée par l'administration ou par la commission de réforme afin d'éclairer l'administration sur l'octroi d'un congé pour accident ou maladie professionnelle avant toute prise de décision administrative. Durant les différentes étapes du dossier, l'administration peut en tant que de besoin solliciter une expertise.

La procédure pour diligenter une expertise médicale

La préparation de l'expertise médicale

Lorsque l'instruction du dossier de l'agent nécessite une expertise médicale, l'administration va effectuer plusieurs démarches.

Prendre contact avec l'agent pour connaître ses disponibilités

Il est de bonne pratique pour l'administration de prendre contact avec l'agent afin de connaître ses périodes de disponibilités pour l'expertise médicale. Ce contact est également l'occasion de demander à l'agent s'il rencontre des difficultés particulières d'ordre médical pour se déplacer à l'expertise. Cette démarche préalable facilite ensuite la prise de rendez-vous avec le médecin expert agréé.

Choisir le médecin expert agréé

L'expertise doit être réalisée par un médecin expert agréé. La liste des médecins agréés est disponible sur le site internet de chaque Agence régionale de santé (ARS). Les médecins hospitaliers sont de facto considérés comme des médecins agréés.

Le choix du médecin expert agréé relève de l'administration, en considération avec la pathologie à examiner et/ou du lieu d'habitation de l'agent. L'administration peut prendre rendez-vous auprès d'un médecin extérieur au département s'il n'y a pas d'établissement hospitalier à proximité s'il n'y a aucun expert de la pathologie ou si cela facilite le déplacement de l'agent.

Une attention particulière doit cependant être portée au choix du médecin pour éviter tout conflit d'intérêt : l'administration devra s'assurer que le médecin expert agréé désigné n'a pas déjà examiné l'agent dans le cadre de toute autre consultation.

Prendre rendez-vous auprès du médecin expert agréé

Une fois le médecin expert agréé déterminé, l'administration prend un rendez-vous en fonction des disponibilités de l'agent recueillies au préalable.

Préparer et envoyer la convocation et le protocole d'expertise

Lorsque le rendez-vous a été pris auprès du médecin expert agréé sur les disponibilités annoncées par l'agent, l'administration doit préparer deux documents :

- **la convocation de l'agent** : la convocation de l'agent à l'expertise médicale doit comporter l'identification du service qui la délivre, les données précises du rendez-vous (date, heure et lieu) et les coordonnées du médecin expert agréé chargé de la consultation. L'agent a la possibilité de contacter avant la consultation le médecin expert agréé pour modifier la date et l'heure du rendez-vous. Il devra nécessairement informer l'administration de sa démarche,
- **le protocole d'expertise** :
 - le protocole d'expertise médicale est destiné au médecin expert agréé. Ce document précise l'objet, le contexte et les motifs de l'expertise qui permettront d'éclairer l'administration sur l'instruction du dossier d'accident de service ou de maladie professionnelle,
 - ce protocole d'expertise est accompagné d'une copie des pièces médicales et administratives en possession de l'administration sur le dossier concerné,
 - le protocole précise que le rapport médical rédigé par le médecin agréé à l'issue de l'expertise devra être transmis sous pli cacheté précisant « confidentiel : secret médical » Cf. *paragraphe ci-après « conclusions médecin agréé »*,
 - le protocole d'expertise peut être transmis à l'agent sur sa demande expresse (écrite, datée et signée). Ce document lui est remis en mains propres mais peut également lui être transmis par mèl en veillant à ce que l'adresse fournie ne soit pas une boîte fonctionnelle mais une adresse personnelle. A défaut, adresser le rapport par voie postale sous pli cacheté confidentiel. L'agent est également invité à amener toutes pièces médicales qu'il juge nécessaire. Cf. *modèle de protocole en pièce jointe*.

Le déroulé de l'expertise médicale et les conclusions du médecin expert agréé

Le déroulé de l'expertise médicale


L'expertise médicale est un moment qui ne réunit le médecin et l'agent¹. Le déroulé de cette expertise est laissé à l'initiative du médecin expert agréé. Ce dernier va interroger l'agent, étudier les pièces administratives et médicales de son dossier, procéder à un examen clinique, recueillir les doléances de l'agent et répondre à ses éventuelles questions.

1 Sur demande expresse de l'agent, ce dernier peut être accompagné par une personne de son choix. Cependant, les frais inhérents au déplacement de cette personne seront à la charge de l'agent.

Les conclusions du médecin expert agréé

Au terme de la consultation, le médecin expert agréé rédige deux documents :

- le rapport d'expertise qui contient des informations médicales sur l'agent. Ce document doit être envoyé à la commission de réforme sous pli cacheté précisant « **confidentiel secret médical** » et l'administration ne pourra pas en prendre connaissance,
- les conclusions administratives qui sont adressées à l'administration. Ce document apporte les réponses aux questions posées par l'administration dans le protocole d'expertise. Ces conclusions seront versées au dossier d'accident de travail - maladie professionnelle de l'agent.

 Un médecin expert ne répond qu'aux questions qui lui sont posées dans le protocole. Celles-ci doivent donc être rédigées avec précision en fonction des besoins de l'administration et de l'instruction du dossier.

Si les conclusions du médecin expert agréé sont incomplètes ?

Il peut arriver que les conclusions administratives adressées à l'administration par le médecin expert agréé ne répondent pas ou seulement partiellement aux questions posées dans le protocole d'expertise. L'administration doit alors demander un complément d'expertise. Le paiement du médecin expert agréé est subordonné à la réception de l'expertise complète.

Si l'agent ne s'est pas présenté à l'expertise ?

Si l'agent ne s'est pas rendu à l'expertise médicale sans prévenir au préalable son administration, cette dernière doit lui adresser une demande de justification. Au vu des justifications, l'administration peut fixer un nouveau rendez-vous en reprenant les étapes précédentes :

- recueillir ses nouvelles périodes de disponibilités de l'agent,
- choisir le médecin expert agréé et fixer le rendez-vous en prenant en compte autant que possible les disponibilités de l'agent,
- rédiger et envoyer la nouvelle convocation et le protocole d'expertise.

La convocation de l'agent à la deuxième expertise médicale doit mentionner son absence au premier rendez-vous et l'informer des frais de carence engagés par l'administration. Cette nouvelle convocation doit préciser :

- que l'absence injustifiée de l'agent à une convocation peut entraîner la suspension de sa rémunération au vu de l'article 25 du décret du 14 mars 1986,
- que l'administration peut faire payer à l'agent les frais de carence s'il ne se rend pas à son nouveau rendez-vous.

Le paiement du médecin expert agréé

Une fois les conclusions complètes du médecin expert agréé reçues, l'administration doit procéder au paiement du médecin expert agréé sur production des justificatifs et documents demandés.

Pour aller plus loin

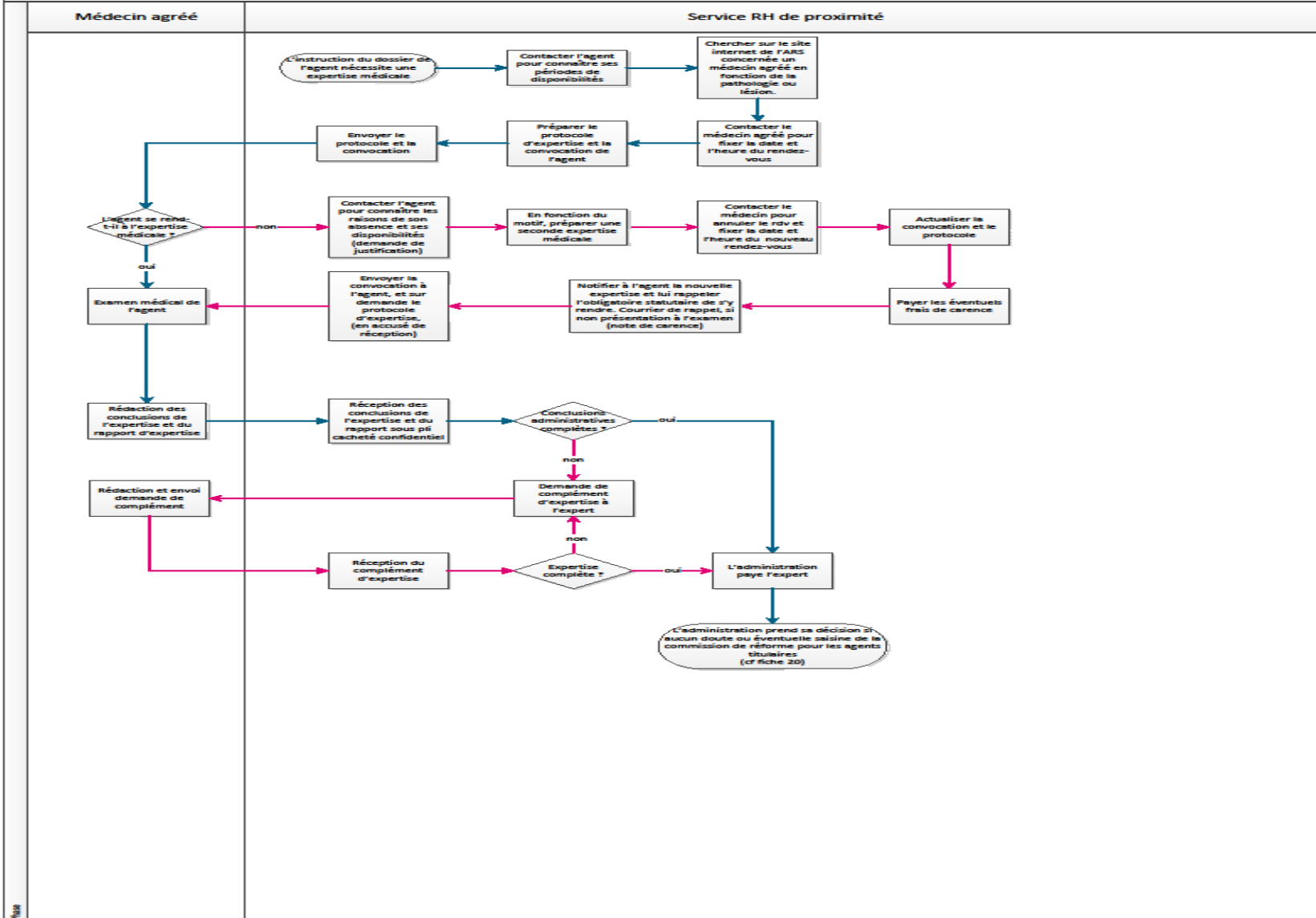
Les textes de référence sur l'expertise médicale

- Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (art. 35).
- Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires (art. 1, 2, 3 et 4).
- Circulaire FP4 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat.

Documentation et liens externes

- DGAFP, Guide des instances médicales dans la fonction publique.
- Intranet des ministères sociaux : paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/Pages/default.aspx

Fiche 9 – Gérer une expertise médicale



10 INSTRUIRE UNE DEMANDE DE REPRISE A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE POUR LES AGENTS TITULAIRES

CETTE FICHE PRESENTE LA PROCEDURE POUR INSTRUIRE UNE DEMANDE DE REPRISE A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE POUR LES AGENTS TITULAIRES.

Le temps partiel thérapeutique : principes généraux

Qui est concerné ?

Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires.

Pour les agents contractuels, vous pouvez vous reporter à la fiche N°11 « INSTRUIRE UNE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE POUR LES AGENTS CONTRACTUELS ».

Qu'est-ce qu'un temps partiel thérapeutique ?

Il s'agit de la reprise des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique après un congé pour accident de service ou maladie professionnelle.

NB : La demande du fonctionnaire de reprendre à temps partiel thérapeutique peut aussi faire suite à un congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée. Ces cas ne seront pas présentés dans cette fiche et les procédures sont différentes.

Quelles sont les conditions d'octroi du temps partiel thérapeutique ?

Pour que la demande de reprise à temps partiel thérapeutique exprimée par le fonctionnaire soit recevable, deux conditions sont à réunir :

- la demande du fonctionnaire doit faire suite à un congé pour accident de service ou maladie professionnelle,
- la demande du fonctionnaire peut se justifier notamment car 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 parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Quelle est la durée et la quotité du travail ?

La durée du temps partiel thérapeutique

Après un congé pour accident de service ou maladie professionnelle, l'autorisation de reprendre à temps partiel thérapeutique après une maladie professionnelle ou un accident de service est accordée par période de 6 mois maximum, renouvelable une fois.

- ❗ En cas de nouvel accident de service ou maladie professionnelle, le fonctionnaire peut bénéficier d'un nouveau temps partiel thérapeutique.

La quotité de travail de l'agent

La quotité de travail de l'agent peut être de 50%, 60%, 70%, 80% ou 90% du temps complet. Elle peut varier, sur avis de la commission de réforme, lors de chaque renouvellement de l'autorisation de temps partiel.

- ❗ En aucun cas, cette quotité de travail ne peut être inférieure à 50%.

Quelles sont les conséquences du temps partiel thérapeutique ?

La reprise à temps partiel thérapeutique a plusieurs conséquences sur le plan administratif :

Sur la rémunération de l'agent

Le fonctionnaire en temps partiel thérapeutique, quelle que soit la quotité accordée, perçoit l'intégralité de son traitement (selon la quotité du temps de travail effectué précédemment), du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Exemple : Pour un agent travaillant à 80% et bénéficiant d'une reprise à temps partiel thérapeutique à 50%, la rémunération sera versée sur la base d'une quotité de travail à 80%.

En revanche, les primes et indemnités sont versées au prorata de la durée effective de service accompli.

Sur la situation administrative de l'agent

Les périodes de service effectuées en temps partiel thérapeutique sont considérées comme 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 civile.

Sur le régime des congés

Les droits à congés annuels d'un fonctionnaire en service à temps partiel thérapeutique sont assimilables à ceux d'un agent effectuant un service en temps partiel de droit commun. En conséquence, ces droits sont égaux à 5 fois les obligations hebdomadaires de service, appréciés en jours effectivement ouvrés.

Exemple : un agent à temps plein bénéficiant de 25 jours de congés annuels, un agent en temps partiel thérapeutique à 50% qui travaille 2,5 jours par semaine a droit à 12,5 jours de congés annuels (5 x 2,5).

Quelles sont les modalités de reprise d'un agent ayant bénéficié d'un temps partiel thérapeutique ?

Deux cas de figure peuvent se présenter :

Le fonctionnaire a épuisé ses droits à temps partiel thérapeutique

A l'issue d'une période de temps partiel thérapeutique, le fonctionnaire peut reprendre ses fonctions à temps plein sans que cette reprise de fonctions fasse l'objet préalablement d'une consultation de la commission de réforme. En effet, lors de l'octroi du temps partiel thérapeutique, son aptitude à reprendre ses fonctions a déjà été vérifiée.

A l'épuisement de la durée du temps partiel thérapeutique, 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.

Le fonctionnaire n'a pas épuisé ses droits à temps partiel thérapeutique


L'agent a la possibilité de présenter auprès de son service gestionnaire une demande de renouvellement de son temps partiel thérapeutique. Dans ce cas de figure, l'ensemble de la procédure qui est détaillée dans cette fiche doit être reprise.

Cette demande doit être présentée au moins deux mois avant l'échéance du temps partiel thérapeutique.

La procédure pour instruire une demande de reprise à temps partiel thérapeutique suite à un accident de service ou une maladie professionnelle

La réception de la demande de l'agent

L'agent qui souhaite bénéficier d'une reprise à temps partiel thérapeutique doit présenter une demande écrite accompagnée d'un certificat médical favorable établi par son médecin traitant. Le certificat du médecin traitant doit préciser la durée du temps partiel thérapeutique et la quotité de travail souhaités.

 La procédure peut être longue, il est conseillé à l'agent de présenter sa demande de reprise à temps partiel thérapeutique **au minimum 2 mois avant sa reprise effective**.

L'expertise médicale de l'agent

Pour accorder la reprise à temps partiel thérapeutique, l'administration doit demander l'avis du médecin expert agréé. L'agent est convoqué à une expertise médicale selon les modalités détaillées dans la [FICHE N°9 DU PRESENT GUIDE, « GERER UNE EXPERTISE MEDICALE »](#).

Les suites de l'expertise médicale

L'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 a simplifié la procédure de reprise à temps partiel thérapeutique. Pour les demandes à compter du 21 janvier 2017, après réception des conclusions du médecin expert agréé par l'administration, deux cas de figure sont à distinguer :

Les avis du médecin expert agréé et du médecin traitant de l'agent sont concordants

La reprise à temps partiel thérapeutique est accordée à l'agent sans saisine de la commission de réforme.

Pour la suite de la procédure, se référer à l'encadré « en cas de décision favorable à la reprise à temps partiel thérapeutique ».

Les avis du médecin expert agréé et du médecin traitant de l'agent ne sont pas concordants

Dans cette situation, l'administration saisit la commission de réforme pour avis sur l'octroi ou le refus du bénéfice d'une reprise à temps partiel thérapeutique. Cette instance se prononce également sur la durée et la quotité de travail en temps partiel thérapeutique.

La [FICHE N°20 DU PRESENT GUIDE « SAISIR LA COMMISSION DE REFORME »](#) détaille la procédure et les pièces à fournir.

En cas de décision défavorable à la reprise en temps partiel thérapeutique

Après avoir recueilli l'avis de la commission de réforme, si son avis est négatif, l'administration peut refuser à l'agent le bénéfice d'une reprise à temps partiel thérapeutique.

Dans ce cas de figure, la décision de l'administration doit être motivée et notifiée à l'agent par accusé de réception et transmise au bureau gestionnaire.

En cas de décision favorable à la reprise en temps partiel thérapeutique

Lorsque l'administration accorde à l'agent le bénéfice d'une reprise à temps partiel thérapeutique, elle doit lui notifier sa décision avec accusé de réception. Cette décision est également transmise au bureau gestionnaire.

Cette notification invitera l'agent à une visite de reprise auprès du médecin de prévention et en lien avec le service RH de proximité afin de fixer les modalités de reprise à temps partiel thérapeutique en lien avec le service d'affectation de l'agent.

Pour aller plus loin

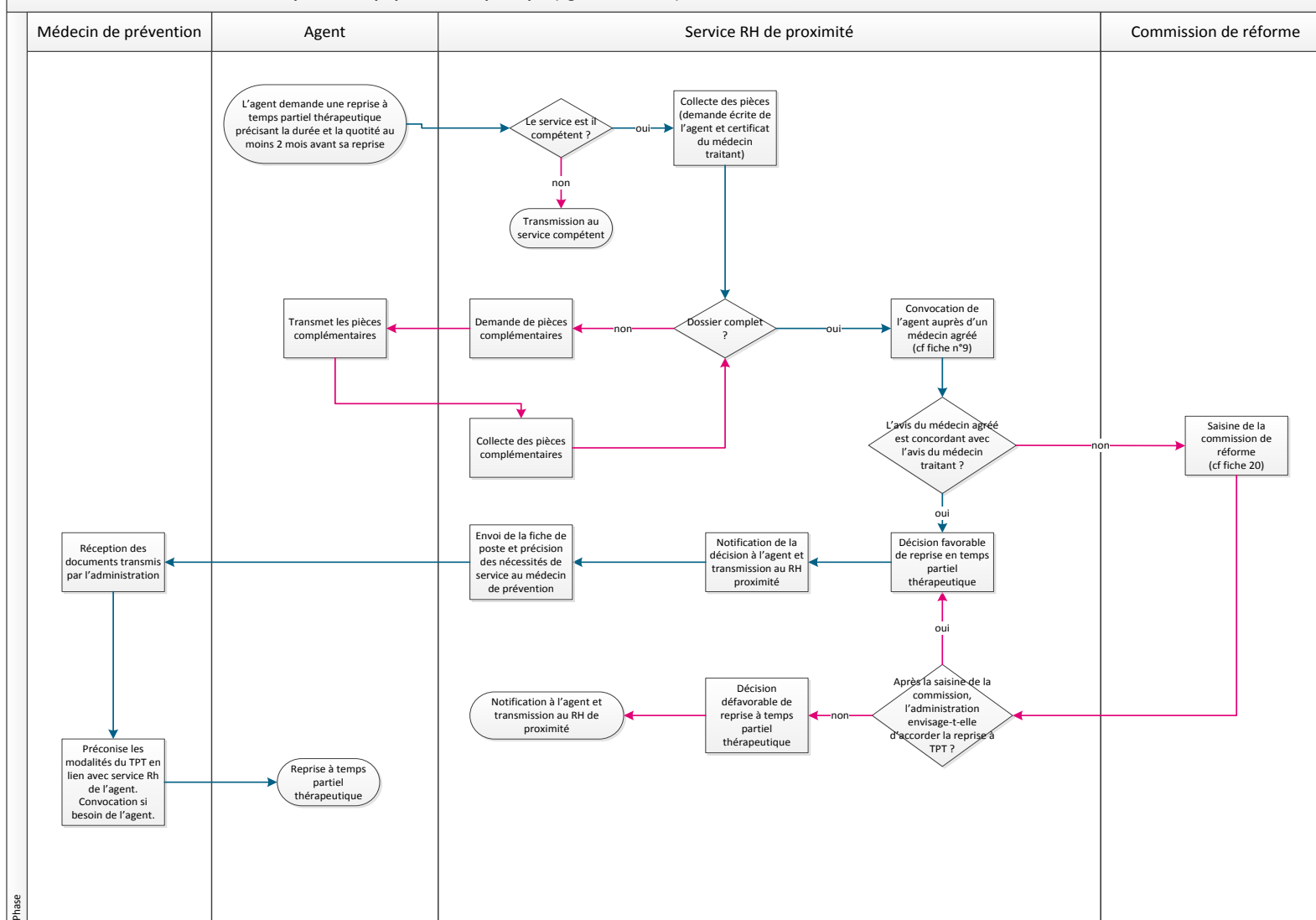
Les textes de référence sur le temps partiel thérapeutique

- Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (art. 34bis).
- Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.
- Circulaire FP4 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat.

Documentation et liens externes

- DGAFP, Guide des instances médicales dans la fonction publique
- Intranet des ministères sociaux : paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/Pages/default.aspx

Fiche 10 – Instruire une demande de reprise à temps partiel thérapeutique (agents titulaires)



12 INSTRUIRE UNE DEMANDE DE CURE THERMALE POUR LES AGENTS TITULAIRES

CETTE FICHE PRESENTE LES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES ET LA PROCEDURE D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE CURE THERMALE SUITE A UN ACCIDENT DE SERVICE OU UNE MALADIE PROFESSIONNELLE POUR LES AGENTS TITULAIRES.

La cure thermale : principes généraux

Qui est concerné ?


Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires.

Pour les agents contractuels, se référer à la [FICHE N°13 « INSTRUIRE UNE DEMANDE DE CURE THERMALE POUR LES AGENTS CONTRACTUELS »](#).

Dans quels cas un fonctionnaire peut-il demander un congé pour cure thermale ?

Pour une cure consécutive à un accident de service ou une maladie professionnelle, un congé pour accident de service ou maladie professionnelle peut être accordé au fonctionnaire sur sa demande. Ce congé peut être demandé :

- pour le traitement d'une maladie dûment constatée mettant le fonctionnaire dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions,
- ou parce que le fonctionnaire est susceptible d'être dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions si la cure n'est pas suivie dans les délais prescrits en raison du caractère préventif des cures thermales.

 Cette fiche ne traitera que des cures consécutives à un accident de service ou une maladie professionnelle.

Existe-t-il un contrôle avant d'accorder un congé pour cure thermale ?

L'attribution d'un congé pour cure thermale suite à un accident de service ou une maladie professionnelle nécessite de diligenter une expertise médicale (voir la [FICHE N°9 « GERER UNE EXPERTISE MEDICALE »](#)) du fonctionnaire auprès d'un médecin agréé.

Les obligations de l'administration

L'administration ne peut pas prendre seule la décision d'accorder au fonctionnaire le bénéfice d'un congé pour cure thermale suite à un accident de service ou une maladie professionnelle. En effet, l'attribution de ce congé a des conséquences sur la position statutaire de l'agent et sur la prise en charge des frais de cure.

L'administration a donc l'obligation de recourir à l'avis d'un médecin expert agréé et de saisir la commission de réforme compétente.

Les modalités à respecter sont détaillées dans la partie II de cette fiche, « la procédure pour instruire une demande de cure thermale suite à un accident de service ou une maladie professionnelle ».

Les obligations de l'agent

L'agent a obligation de se soumettre aux contrôles (expertise médicale, avis de la commission de réforme) diligentés par son administration.

Compte tenu des délais d'instruction et de gestion, le fonctionnaire doit informer au plus tôt son administration et au moins deux mois avant la date souhaitée de départ en cure afin que l'administration puisse prendre une décision.

La procédure pour instruire une demande de cure thermale suite à un accident de service ou une maladie professionnelle


La question de la compétence du service

Le service compétent pour instruire une demande de cure thermale suite à un accident de service ou une maladie professionnelle est le service qui a pris la décision de reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie.

La réception de la demande de l'agent

Lorsque l'agent souhaite bénéficier d'un congé pour cure thermale suite à un accident de service ou une maladie professionnelle, il doit adresser à son administration trois documents :

- un courrier écrit et signé demandant le bénéfice d'une cure thermale et les dates de la cure,
- un certificat médical de son médecin (traitant ou spécialiste) justifiant cette cure,
- le CERFA n°11139 complété par le médecin (questionnaire de prise en charge).

 La procédure pouvant être longue, **il est conseillé à l'agent de présenter sa demande de cure thermale au moins deux mois avant la date prévue de départ en cure** pour que l'administration puisse prendre une décision.

La demande de l'agent est incomplète ?

Il revient à l'agent de fournir les pièces nécessaires à l'instruction de sa demande par l'administration. En cas de pièce manquante, l'administration ne peut pas statuer sur la demande de l'agent.

La convocation de l'agent à une expertise médicale

Pour pouvoir statuer sur la demande de cure thermale de l'agent suite à un accident de service ou une maladie professionnelle, l'administration doit convoquer ce dernier à une expertise médicale auprès d'un médecin agréé. Ce passage auprès d'un médecin expert agréé est obligatoire afin :

- d'établir le lien entre la cure et l'accident de service,
- de vérifier que l'état de santé de l'agent justifie la cure.

Pour connaître les modalités pour gérer une expertise médicale, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°9 DU GUIDE « GERER UNE EXPERTISE MEDICALE »](#).

La saisine de la commission de réforme compétente

Au retour de l'expertise médicale, l'administration doit soumettre la demande de l'agent à la commission de réforme compétente pour avis sur la prise en charge de la cure, des soins au titre de l'accident de service ou de la maladie professionnelle.

Pour connaître les modalités de saisine de la commission de réforme et les pièces à fournir devant cette instance dans le cas d'une demande de cure thermale, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°20 DU GUIDE « SAISIR LA COMMISSION DE REFORME »](#).

La décision de l'administration

Après avoir consulté un médecin expert agréé et avoir recueilli l'avis de la commission de réforme, l'administration se prononce sur la demande de l'agent.

Décision d'accord de la cure

L'administration accorde un congé pour accident de service. **Cette décision est notifiée à l'agent, accompagnée d'un courrier rappelant les frais pris en charge.**

Décision de rejet de la cure

L'administration refuse l'octroi d'une cure thermale. Dans ce cas, le fonctionnaire peut demander un congé maladie ou une disponibilité pour convenances personnelles afin de suivre sa cure thermale (demande à transmettre au comité médical). La décision de rejet doit être motivée en droit et en fait et notifiée à l'agent.

Comment les frais de cure sont-ils pris en charge par l'administration ?

Pour les cures consécutives à un accident de service ou une maladie professionnelle, les soins, les frais de séjour du curiste, les frais de déplacement, sont pris en charge par l'administration **dans la limite des frais prévus par la circulaire FP4 du 30 janvier 1989**.

Les soins pris en charge

Pour rappel, concernant les frais de cure pris en charge, les tarifs doivent correspondre aux forfaits prévus par la CPAM. Dans le cas des suites d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, cela correspond à :

- les honoraires médicaux à 100% sur la base des tarifs conventionnels,
- le forfait thermal à 100% sur la base des tarifs conventionnels,
- les frais de transport à 100% **sur la base du tarif du billet SNCF aller/retour 2^e classe** quel que soit le mode de transport utilisé **et dans la limite des dépenses réellement engagées**,
- le forfait hébergement, d'un montant fixé à **150,01€**, est remboursé à 100%.

Les soins exclus de la prise en charge

Les soins complémentaires extérieurs à la prescription et les prestations de confort ne sont pas pris en charge. Toutes les dépenses personnelles (télévision par exemple) et les frais de la personne accompagnant le curiste.

Pour aller plus loin

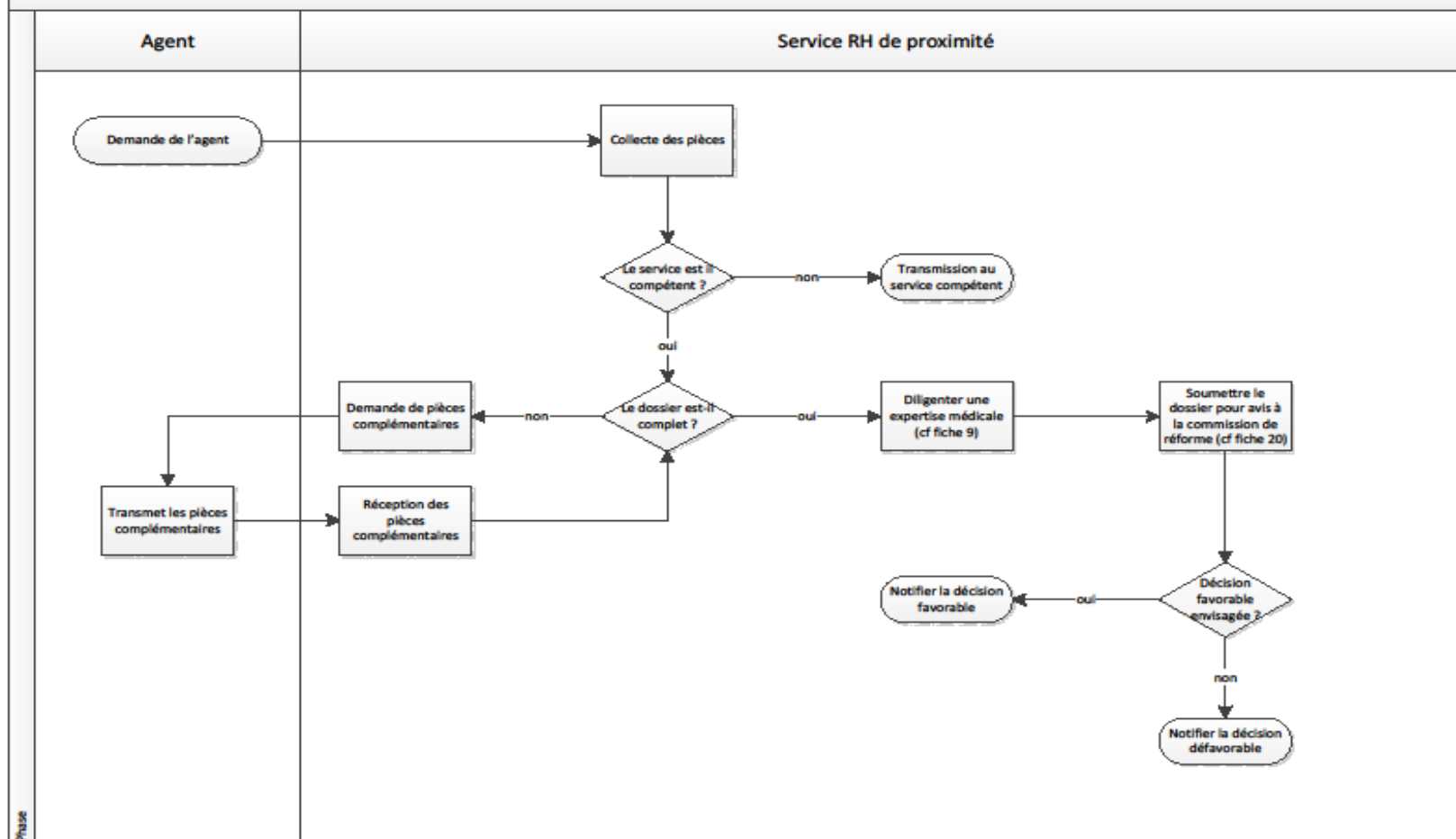
Les textes de référence sur la cure thermale

- Circulaire FP4 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat.

Documentation et liens externes

- DGAFP, Guide des instances médicales dans la fonction publique.
- Intranet des ministères sociaux : paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/Pages/default.aspx

Fiche 12 – Instruire une demande de cure thermique suite à un accident de service ou une maladie professionnelle (agents titulaires)



14 INSTRUIRE UN CERTIFICAT MEDICAL FINAL POUR LES AGENTS TITULAIRES

CETTE FICHE PRESENTE LES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DU CERTIFICAT MEDICAL FINAL ET LA PROCEDURE A SUIVRE LORS DE L'INSTRUCTION DE CE DOCUMENT POUR LES AGENTS TITULAIRES.

Le certificat médical final : principes généraux et procédure

Qui est concerné ?

Les agents titulaires et stagiaires.

Pour les agents contractuels, vous pouvez vous reporter à la **FICHE N°15 « INSTRUIRE UN CERTIFICAT MEDICAL FINAL POUR LES AGENTS CONTRACTUELS »**.

Qu'est-ce qu'un certificat médical final ?

A l'issue de la période de soins et éventuellement de l'arrêt de travail, le médecin de l'agent doit établir un certificat médical final qui va détailler les conséquences de l'accident. Il s'agit le plus généralement du CERFA n°11138 présenté en annexe 2 de cette fiche.

En remplissant ce document, le médecin traitant coche qu'il s'agit d'un certificat médical final et précise dans la partie « conclusion » :

- 1• Guérison avec retour à l'état antérieur ;
- 2• Guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ;
- 3• Consolidation avec séquelles.

La guérison avec retour à l'état antérieur

Dans ce cas, la victime a recouvré l'intégralité de son aptitude physique.

Le dossier de l'agent est classé.

La guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure

Cette rechute ultérieure suppose un fait nouveau tel qu'une aggravation de la lésion initiale ou l'apparition d'une nouvelle lésion résultant de l'accident initial.

Le dossier de l'agent est classé. Il pourra être ré-ouvert le cas échéant si l'agent présente un certificat médical de rechute.

En cas de survenance de rechute, médicalement constatée avec la production d'un certificat médical de rechute, l'administration l'instruira selon les mêmes modalités qu'un accident initial (cf **FICHE N°1-2 ET 3**).

La consolidation avec séquelles

Après la période transitoire de soins, les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire. Le médecin de l'agent indique ses conclusions médicales dans la partie concernée et fixe une date de consolidation.

Il coche et complète « consolidation avec séquelles ». Dans ce cas, l'administration doit procéder à l'expertise médicale de l'agent par un médecin expert agréé en lien avec la pathologie invoquée pour confirmer ou infirmer les conclusions du médecin de l'agent.

Si l'agent n'a pas transmis de certificat médical final ?

En l'absence de production de ce certificat médical dans un délai jugé raisonnable (selon le cas : 6 à 12 mois après l'arrêt des soins ou la gestion du dossier) une convocation auprès d'un médecin expert agréé sera organisée afin de déterminer la date de guérison ou de consolidation de l'accident et la fixation d'un éventuel taux d'incapacité partiel permanent (IPP).

L'expertise médicale de l'agent

Dans le cas où le certificat médical final précise une consolidation avec séquelles, l'administration doit procéder à une expertise médicale de l'agent. Cette expertise a pour objectif

- d'indiquer la date de consolidation fixée par le médecin de l'agent,
- d'évaluer le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) qui résulte de l'accident en référence au code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR). Cette référence au CPCMR doit obligatoirement apparaître dans les conclusions du médecin expert. A défaut, il convient de lui demander un correctif, pour éviter tout rejet du dossier par la commission de réforme et/ou les services des retraites de l'Etat.

Pour connaître les modalités de l'expertise médicale, vous pouvez vous reporter à la **FICHE N°9 « GERER UNE EXPERTISE MEDICALE »**.

A réception de l'expertise médicale

L'expertise médicale peut conclure que l'agent est atteint d'une incapacité permanente consécutive à l'accident reconnu imputable au service. Si le taux d'invalidité permanente partielle (IPP) est supérieur ou égal à 10%, l'agent peut demander l'octroi d'une allocation temporaire d'invalidité. Dans ce cas, l'administration débutera un dossier de demande d'ATI.

L'avis de la commission de réforme

Au retour de l'expertise, le dossier de l'agent doit être soumis à la commission de réforme compétente pour avis sur la date de consolidation, le taux d'IPP retenu par le médecin expert agréé et le bénéfice de l'allocation temporaire d'invalidité, le cas échéant.

Pour les connaître les modalités de saisine de la commission de réforme et les pièces à fournir devant cette instance dans le cadre de la pré-instruction d'une demande d'ATI, vous pouvez vous reporter à la **FICHE N°20 « SAISIR LA COMMISSION DE REFORME COMPETENTE »**.

Enfin, pour connaître les modalités d'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI), vous pouvez vous reporter à la **FICHE N°18 « PRE-INSTRUIRE UNE DEMANDE D'ATI »**.

Pour aller plus loin

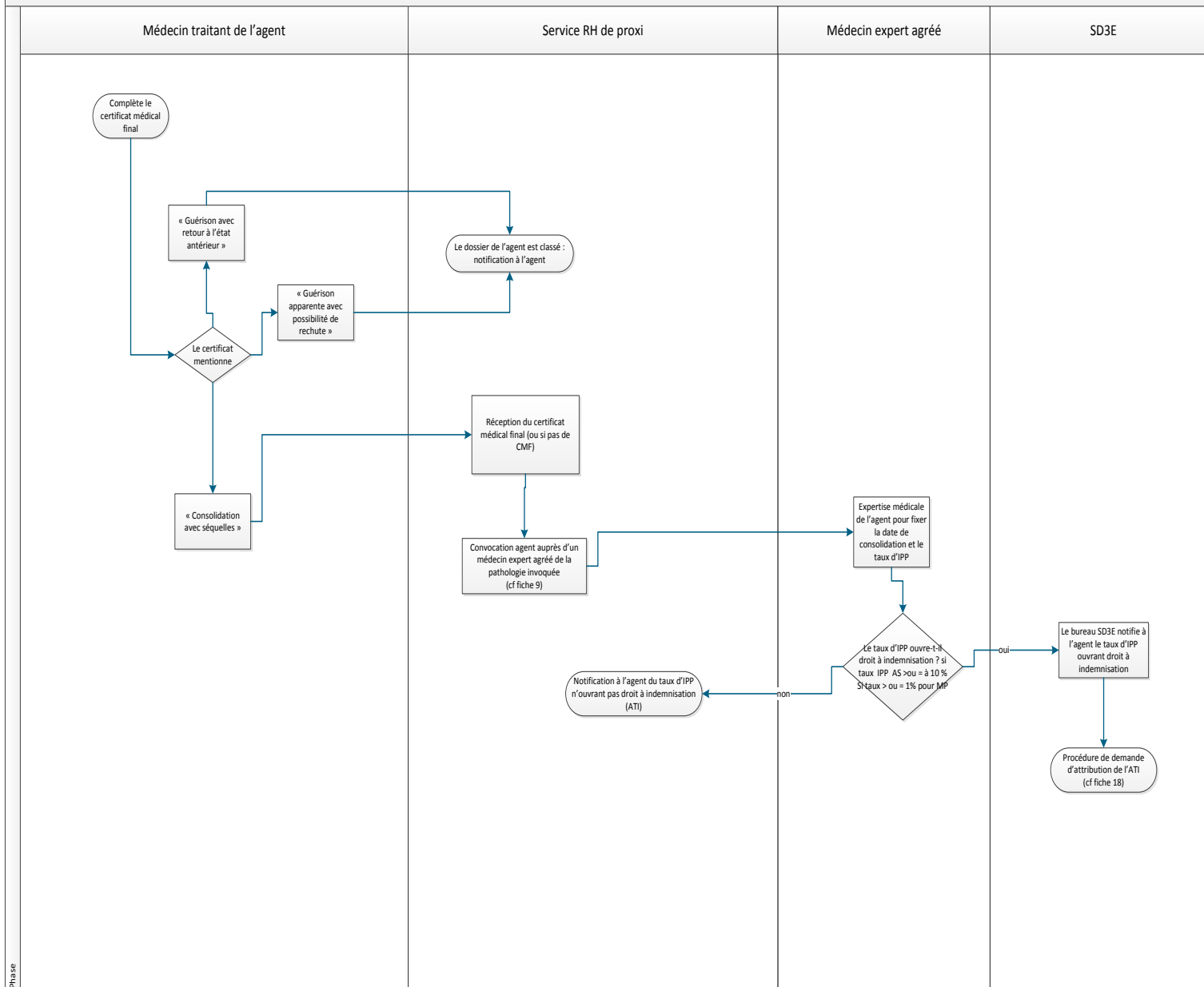
Les textes de référence sur le certificat médical final

- Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat.
- Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires.
- Décret n°94-874 du 7 octobre 1994 relatif aux stagiaires dans la fonction publique d'Etat.
- Circulaire FP4 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires contre les risques maladie et accident de service.
- Circulaire du 24 juillet 2003 concernant le traitement des certificats médicaux d'arrêt de travail pour maladie des fonctionnaires.

Documentation et liens externes

- DGAFP, Guide des instances médicales dans la fonction publique.
- Intranet des ministères sociaux : paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/Pages/default.aspx

Fiche 14 – Instruire un certificat médical final pour les agents titulaires



16 PRENDRE EN CHARGE LES FRAIS CONSECUTIFS A LA MALADIE OU A L'ACCIDENT POUR LES AGENTS TITULAIRES

CETTE FICHE PRESENTE LES PRATIQUES EXISTANTES POUR PRENDRE EN CHARGE LES FRAIS CONSECUTIFS A LA MALADIE PROFESSIONNELLE OU L'ACCIDENT DE SERVICE DES AGENTS TITULAIRES.

La prise en charge des frais : principes généraux et procédure

Qui est concerné ?

Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires.

Quels sont les frais qui peuvent être remboursés

Le circulaire **FP4 n°1711 du 30 janvier 1989** précise :

« Le fonctionnaire victime d'un accident de service ou atteint d'une maladie professionnelle a droit au remboursement par l'administration des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident, même après sa mise en retraite ».

Cette circulaire donne également une **liste indicative des frais susceptibles d'être pris en charge**.

*« Aucune limitation de principe à cette prise en charge n'est opposable au fonctionnaire ; mais l'administration effectue dans tous les cas, à la fois la **vérification matérielle des dépenses et l'examen de leur utilité** dont la preuve doit être strictement apportée par le fonctionnaire.*

« Ce remboursement ne fait pas obstacle au versement éventuel des dommages-intérêts qui seraient dus à l'intéressé, suivant les principes du droit commun, du fait notamment de la responsabilité de tiers ».

Les frais exclus de la prise en charge

Les frais liés au confort personnel (notamment la chambre individuelle à l'hôpital ou la télévision, les dépassements d'honoraires non médicalement justifiés, les soins particuliers et non médicalement justifiés ...) ne sont pas pris en charge par l'administration au titre du risque accident de service (CE, 11 juin 2003, n°248865).

En l'espèce, cet arrêt rappelle que si les dispositions législatives consacrent le droit des fonctionnaires au remboursement des honoraires et frais médicaux directement engagés par l'accident, il leur appartient toutefois **de justifier tant du montant de ces frais que du caractère d'utilité directe que ceux-ci ont présenté** pour parer aux conséquences de l'accident.

Un doute existe sur les frais à prendre en charge ?

Dans sa réponse écrite à la **question n°32238 publiée au JO le 27 septembre 2001**, le ministre de la Fonction Publique précise qu'en cas de doute sur les limites de remboursement, il convient de **se rapprocher des pratiques de remboursement des caisses de sécurité sociale**. En cas de litige, seul le juge administratif est compétent pour apprécier le bien-fondé du remboursement de ces frais.

L'administration peut également solliciter un médecin agréé pour savoir si les frais sont en lien direct avec l'accident et les lésions ou pathologie.

Le paiement direct par l'administration des frais engagés

Le chef de service compétent peut délivrer à la victime un certificat de prise en charge dès la déclaration de l'accident.

Ce document permet à l'intéressé de ne pas faire l'avance des frais, l'administration les payant directement sur présentation du formulaire par le prestataire (médecin, pharmacien, etc.).

Dans la pratique : le certificat de prise en charge

Il n'existe pas de modèle impératif de ce document mais la circulaire FP4 du 30 janvier 1989 propose un modèle type reproduit ci-après.

L'agent devra présenter ce certificat aux professionnels de santé qui devront indiquer leur nom, la date de la consultation, les soins pratiqués et apposer leur visa.

Une liste indicative des soins susceptibles d'être pris en charge directement par l'administration est dressée en **annexe 3 de la circulaire FP 4 n°1711 du 30 janvier 1989**.

Le **certificat de prise en charge est délivré sans préjudice de la décision définitive d'imputabilité au service** qui sera prise par l'administration après avis de la commission de réforme.

 **Ce certificat ne vaut pas reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie.**

Dans le cas où **la décision définitive ne reconnaît pas l'imputabilité au service**, l'administration se retournera, pour le remboursement des frais qu'elle aurait déjà pris en charge, contre l'agent, celui-ci se retournant alors vers la sécurité sociale.

La prise en charge par l'administration des frais de cure thermale

Les frais de cure thermale étant spécifiques, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°12 « INSTRUIRE UNE DEMANDE DE CURE THERMALE POUR LES AGENTS TITULAIRES »](#)

**Le modèle de certificat de prise en charge
présenté en annexe de la circulaire FP4 du 30 janvier 1989 :**

Attestation

Contacts du service

date

Je soussigné, ... (*nom, prénom, grade et fonctions du chef de service*), certifie que M... se déclare victime d'un accident.

M... fonctionnaire (*titulaire ou stagiaire*) n'est pas soumis à la législation sur les accidents du travail, mais il relève des dispositions de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat. Le ministère... (*désignation exacte et adresse du service liquidateur*) prendra en charge, sur justifications, les honoraires médicaux et frais directement entraînés par l'accident déclaré ci-après :

a- Les honoraires et frais médicaux ou chirurgicaux dus aux praticiens ainsi que les frais dus aux auxiliaires médicaux ;

b- Les frais médicaux d'hospitalisation ;

c- Les frais de médicaments, d'analyse et d'examen de laboratoires de fournitures pharmaceutiques autre que les médicaments ;

d- Les frais résultant des visites ou consultations de contrôle et de la délivrance de tous les certificats médicaux exigés de l'intéressé au cours de la procédure de constatation et de contrôle ;

e- Les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier.

Ce certificat est délivré sans préjudice de la décision définitive d'imputabilité au service qui sera prise par l'administration. Si la décision définitive ne reconnaît pas l'imputabilité au service, l'administration se retournera, pour le remboursement des frais qu'elle aurait déjà pris en charge, soit contre la sécurité sociale et l'agent, chacun pour leur dû, soit contre l'agent, celui-ci se retournant alors vers la sécurité sociale.

Signature et visa

Pour aller plus loin

Les textes de référence sur le certificat médical final

- Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat.
- Décret n°94-874 du 7 octobre 1994 relatif aux stagiaires dans la fonction publique d'Etat.
- Circulaire FP4 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires contre les risques maladie et accident de service.
- Circulaire du 24 juillet 2003 concernant le traitement des certificats médicaux d'arrêt de travail pour maladie des fonctionnaires.
- Question n°32238 publiée au JO le 27 septembre 2001.

Documentation et liens externes

- Intranet des ministères sociaux : paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/Pages/default.aspx

18 PRE-INSTRUIRE UNE DEMANDE D'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE POUR LES AGENTS TITULAIRES

CETTE FICHE PRESENTE LES PRINCIPES GENERAUX DE L'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE (ATI) ET LA PROCEDURE A SUIVRE POUR LA PRE-INSTRUCTION DE CETTE DEMANDE.

L'allocation temporaire d'invalidité : principes généraux

Qui est concerné ?

Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires.

Pour les agents contractuels, vous pouvez vous reporter à la FICHE N°19 « INSTRUIRE UNE DEMANDE D'INDEMNITE EN CAPITAL OU RENTE ».

Qu'est-ce que l'allocation temporaire d'invalidité (ATI) ?

L'allocation temporaire d'invalidité indemnise les infirmités permanentes qui sont imputables à l'accident ou la maladie (accident de service, de trajet, de mission et maladies professionnelles) et qui n'empêchent pas le fonctionnaire qui en est victime de poursuivre une activité professionnelle.

Quelles sont les conditions d'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité ?

Les conditions d'attribution de l'ATI

Conformément à l'article 65 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat et au décret n°60-1089 modifié du 6 octobre 1960, peut obtenir une allocation temporaire d'invalidité, le fonctionnaire atteint d'une invalidité résultant :

- d'un accident de service, de trajet ou de mission ayant entraîné une incapacité permanente d'un taux rémunérable au moins égal à 10% ;
- d'une maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 1% :
 - 1• Lorsqu'elle est inscrite sur les tableaux des maladies professionnelles du code de la sécurité sociale et que les conditions imposées par ces tableaux sont satisfaites ;
 - 2• Lorsqu'elle est reconnue d'origine professionnelle (alors que toutes les conditions fixées par les tableaux ne sont pas satisfaites) et qu'elle est directement causée par le travail habituel du fonctionnaire ;
- D'une maladie contractée en service ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 25% :
 - 3• Lorsqu'elle n'est pas mentionnée dans un tableau de maladies professionnelles, mais qu'elle résulte du travail habituel de la victime ;

Les délais pour demander le bénéfice d'une ATI

L'article 1^{er} du décret n°60-1989 du 6 octobre 1960 précise que la demande d'allocation doit être déposée, sous peine de déchéance, dans le délai d'un an suivant la date de reprise des fonctions après consolidation de la blessure ou de l'état de santé.

Toutefois, ce même article précise que lorsque le fonctionnaire n'a pas interrompu son activité ou qu'il a repris son service avant consolidation ou lorsqu'il atteint la limite d'âge ou est radié des cadres avant de pouvoir reprendre ses fonctions, le droit à l'allocation peut lui être reconnu si la demande d'allocation est présentée dans l'année qui suit la date de constatation officielle de la consolidation de la blessure ou de son état de santé.

Comment est apprécié le taux d'invalidité de l'agent ?

Le taux d'invalidité est apprécié par la commission de réforme (article L. 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite) au vu d'une expertise médicale réalisée par un médecin expert agréé.

La commission de réforme est un organisme consultatif et n'émet que des avis. Dans tous les cas, le pouvoir de décision appartient conjointement au ministre dont dépend le fonctionnaire et au ministre des finances.

Le taux d'invalidité est défini compte tenu d'un barème réglementaire indicatif fixé par décret (cf. décret n° 68-756 du 13 août 1968 fixant le barème indicatif devant servir à la détermination du pourcentage de l'invalidité).

Quand l'allocation prend-elle effet ?

La date d'effet de l'allocation

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

- soit à la date de la reprise des fonctions après consolidation,
- soit à la date de consolidation de l'état de santé si la reprise des fonctions est intervenue avant,
- soit à la date de constatation officielle de la consolidation de l'état de santé s'il n'y a pas eu interruption des fonctions.

La révision de l'allocation

L'allocation est tout d'abord attribuée pour une période de 5 ans et fait l'objet d'une révision à l'expiration de cette période selon la même procédure que lors de l'attribution initiale. Elle peut être supprimée. Lorsqu'elle est reconduite, elle est alors concédée à titre définitif.

D'autres cas de révision de l'allocation existent :

- en cas d'aggravation de l'état de santé, durant l'activité, 5 ans au moins après le dernier examen,
- en cas de survenance d'un nouvel accident durant l'activité. Dans ce cas, l'intégralité du droit à l'allocation est réexaminée,
- à tout moment, en cas d'erreur matérielle,
- dans le délai d'un an à compter de sa notification, en cas d'erreur de droit,
- lorsque la radiation des cadres intervient au cours des 5 premières années.

La suppression du bénéfice de l'allocation

Le bénéfice de l'allocation est supprimé :

- lors d'une révision, si le taux constaté est devenu inférieur à 10% en cas d'accident de service, ou inférieur à 25% en cas de maladie non prévue par les tableaux des maladies professionnelles,
- au décès du fonctionnaire (avantage non réversible, payable jusqu'à la fin du mois en cours).

A noter, si la radiation des cadres résulte de l'aggravation de l'invalidité ayant ouvert droit à l'allocation, dans ce cas, l'allocation est remplacée par une rente viagère d'invalidité.

Montant et paiement de l'allocation

Le montant de l'allocation est forfaitaire et est égal à la fraction de l'indice majoré 245 (soit à compter du 1er février 2017 : 13 776,91€ annuel) correspondant au pourcentage d'invalidité du fonctionnaire.

A titre d'exemple, un fonctionnaire atteint d'une invalidité de 10% perçoit une allocation dont le montant annuel est égal à 10% de l'indice majoré 245, soit 1 377,69€ par an, donc 114,80€ par mois valeur au 1er/02/2017.

L'allocation est payée mensuellement à terme échu par le comptable public du lieu de résidence du titulaire. Elle est cumulable avec la rémunération d'activité.

La procédure pour pré-instruire une demande d'allocation temporaire d'invalidité

La demande de l'agent

Afin de bénéficier d'une allocation temporaire d'invalidité, l'agent doit en faire la demande auprès de son administration en adressant une demande écrite accompagnée d'un certificat médical final établi par son médecin traitant. Ce certificat doit décrire les lésions encore présentes et indiquer s'il y a une consolidation avec séquelles.

Pour être recevable, la demande d'ATI doit être déposée dans le délai d'un an à compter de la consolidation de l'accident ou du jour de la reprise des fonctions de l'agent.

Le traitement de la demande

L'expertise médicale

Une expertise doit être réalisée par un ou plusieurs médecins experts agréés de la pathologie invoquée afin de fixer le taux d'invalidité suivant le barème indexé au code des pensions civiles et militaires de retraites et une date de consolidation, le cas échéant.

Pour connaître les principes généraux et la procédure de l'expertise médicale, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°9 « GERER UNE EXPERTISE MEDICALE »](#).

La saisine de la commission de réforme compétente

Le dossier, complété par les conclusions administratives et médicales du médecin expert agréé, est ensuite obligatoirement transmis à la commission de réforme.

La commission de réforme apprécie la réalité des infirmités invoquées par le fonctionnaire, leur imputabilité au service, la reconnaissance du caractère professionnel des maladies, les conséquences ainsi que le taux d'invalidité qu'elles entraînent.

Comme indiqué supra, la commission de réforme émet un avis consultatif.

Pour connaître les modalités de saisine de la commission de réforme, les pièces à fournir et les procédures à respecter devant cette instance, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°20 « SAISIR LA COMMISSION DE REFORME »](#).

Les suites de la commission de réforme

Après examen du dossier en commission de réforme, deux cas peuvent se présenter :

Le taux d'IPP reconnu est inférieur à 10% en cas d'accident, à 1% en cas de maladie professionnelle et à 25% en cas de maladie contractée en service

Dans ce cas, l'agent ne peut pas se prévaloir d'une allocation temporaire d'invalidité. Le service RH de proximité doit notifier à l'agent que le taux fixé n'ouvre pas droit au bénéficiaire de l'ATI par lettre recommandée avec un accusé de réception. Le dossier de l'agent est classé.

Si l'agent est bénéficiaire d'un nouveau taux d'IPP pour une autre pathologie ou séquelle, les deux taux d'incapacité se cumuleront selon la méthode dite de Balthazar et peuvent ouvrir droit à une ATI si le résultat de ces deux taux est supérieur aux seuils d'indemnisation (> ou = à 10% en cas d'accident, 1% en MP et 25% en cas de maladie d'origine professionnelle).

Rappel sur la méthode de Balthazar. L'incapacité qui survient après la première incapacité est appréciée par rapport à la capacité restante.


Par exemple, si un premier accident a conduit à un taux d'IPP de 5%, la capacité restante de l'agent est de 95%.

Si un deuxième accident survient à l'agent et conduit à un taux d'IPP de 7%, alors 7% de 95% (capacité restante de l'agent) est égal à 7,36%.

La nouvelle capacité restante sera alors de $95\% - 7,36\% = 87,64\%$ soit un taux de 12,36% pour le cumul des deux IPP.

Le taux d'IPP reconnu est égal ou supérieur à 10% en cas d'accident, à 1% en cas de maladie professionnelle ou à 25% en cas de maladie contractée en service

Dans ce cas, l'agent peut demander le bénéfice d'une allocation temporaire d'invalidité. Le service RH de proximité transmet l'intégralité du dossier original au bureau SD3E qui notifie à l'agent son taux d'IPP et pré-instruit une demande d'allocation temporaire d'invalidité.

 Compte tenu des textes applicables, SD3E dispose d'une compétence exclusive pour notifier aux agents des ministères sociaux les taux IPP supérieur à 0%.

Dans tous les cas, le service RH de proximité doit procéder à une notification par courrier envoyé à l'agent lorsque son taux d'IPP est nul.

La constitution du dossier d'allocation temporaire d'invalidité

Dans le cas d'une première demande d'allocation temporaire d'invalidité

- la demande d'ATI (enregistrée par les services administratifs compétents, avec date de transmission et date de réception) établie dans l'année ayant suivi la consolidation des infirmités ou la date de reprise effective des fonctions,
- une pièce d'état civil :
 - copie de la carte nationale d'identité,
 - ou, copie du livret de famille (obligatoire pour les femmes mariées),
 - ou, à défaut, un extrait d'acte de naissance.
- la déclaration d'élection du domicile et de non-cumul,
- l'état général des services (signé par un supérieur hiérarchique) sur lequel figurent notamment :
 - la date d'entrée dans l'administration,
 - la date de titularisation (antérieure à celle de l'accident ou intervenant à l'issue d'une période de stage),
 - les congés octroyés à l'occasion de l'accident ou de la maladie professionnelle dont l'indemnisation est demandée.
- l'arrêté de radiation des cadres le cas échéant,
- la déclaration d'accident ou de maladie professionnelle (établie par l'intéressé, ou, à défaut, par le supérieur hiérarchique, mais toujours visée par le supérieur hiérarchique) avec le descriptif des faits,
- le certificat médical initial constatant les lésions ou la maladie professionnelle,
- si besoin, un rapport administratif détaillé du supérieur hiérarchique :
 - sur les circonstances de l'accident et son imputabilité au service avec indication des horaires de travail (le cas échéant, témoignages, PV de gendarmerie ou de police, plan de trajet emprunté),
 - ou relatant les conditions de travail en rapport avec l'affection constatée, dans le cadre d'une maladie professionnelle.
- le certificat médical de reprise d'activité,
- une expertise détaillée du médecin expert agréé, qui précise le taux d'IPP et la date de consolidation des séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle en référence au code des pensions civiles et militaires,
- le procès-verbal de la commission de réforme,
- en cas d'accident imputable à un tiers, la déclaration sur l'honneur relative aux actions en justice et aux réparations éventuelles du préjudice subi.

Pour une révision quinquennale ou révision pour radiation des cadres ou pour une révision pour aggravation

- la lettre de mission au médecin expert agréé et le rapport d'expertise,
- le procès-verbal de la commission de réforme,
- en cas de révision pour aggravation :

- la demande d'allocation temporaire d'invalidité,
- le dossier de prise en charge des soins médicaux.

Pour une révision pour nouvel accident ou nouvelle maladie

Il convient dans ce cas-là de produire les mêmes pièces que pour une première demande d'allocation temporaire d'invalidité, à l'exception de :

- la pièce d'état civil (si aucune modification),
- l'état général des services (date d'entrée dans l'administration, date de titularisation...).

L'instruction de la demande d'ATI

Une fois le dossier de l'agent transmis par le service RH au bureau SD3E, ce dernier prend en charge l'instruction de la demande d'ATI.

SD3E pré-instruit le dossier et s'assure que toutes les pièces figurent au dossier de demande d'ATI (cf. nomenclature citée précédemment).

Dès finalisation de la pré-instruction, SD3E transmet au Service des retraites de l'Etat le dossier pour décision finale et mise en paiement de l'ATI. Si le dossier est accepté, le SRE adresse directement au domicile de l'agent le titre d'allocation temporaire d'invalidité avec les instructions pour en obtenir le paiement.

Pour aller plus loin

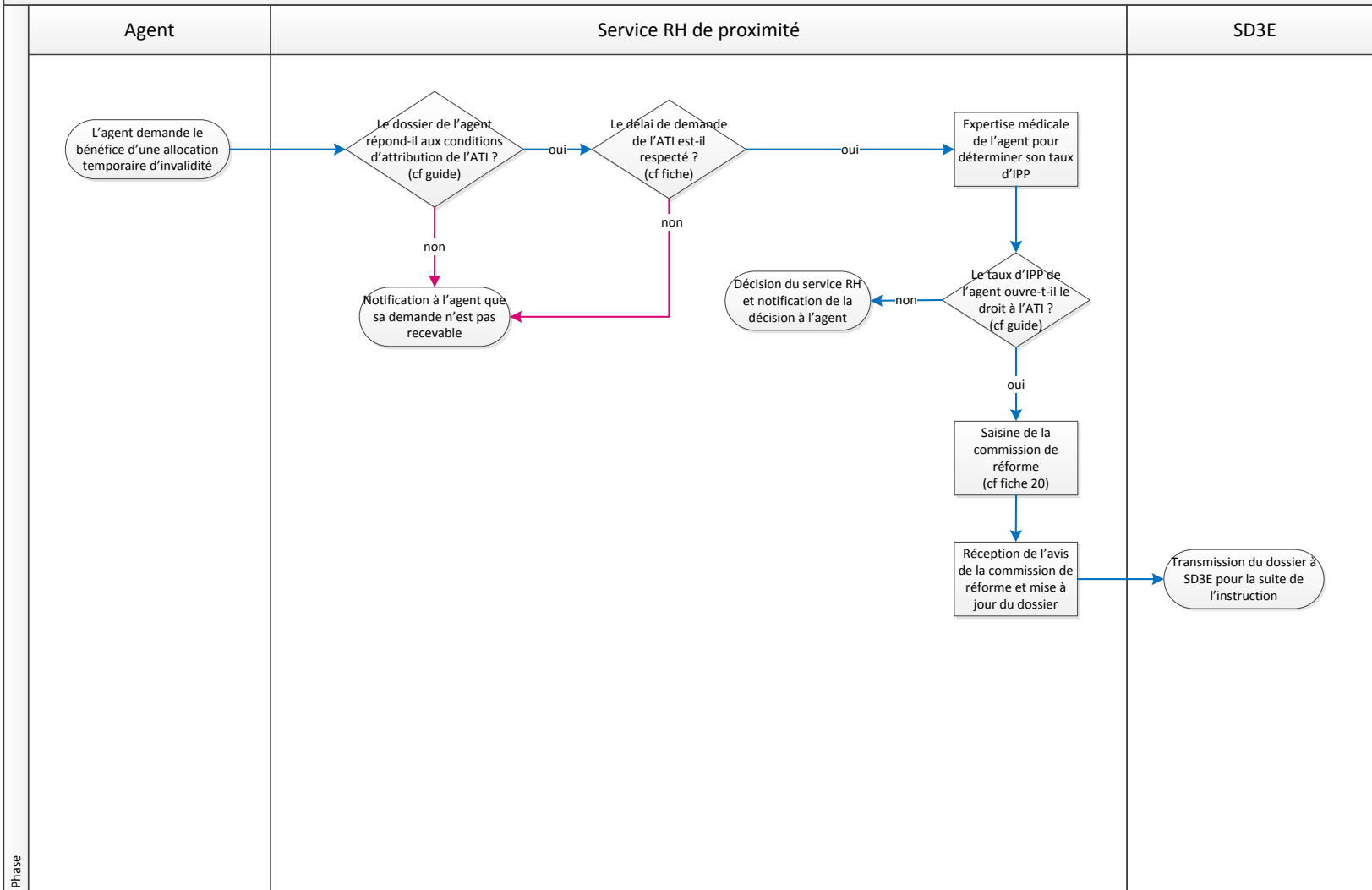
Les textes de référence sur l'allocation temporaire d'invalidité

- Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat (art. 65).
- Décret n°60-1089 du 6 octobre 1960 portant règlement d'administration publique pour l'application des dispositions de l'art. 23 bis de l'ordonnance n°59-244 du 4 février 1959 relative au statut général des fonctionnaires.
- Décret n°68-756 du 13 août 1968 pris en application de l'article L. 28 (3^e alinéa) de la loi n°64-1339 du 26 décembre 1964 portant réforme du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Documentation et liens externes

- Intranet des ministères sociaux : paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/Pages/default.aspx

Fiche 18 - Pré-instruire une demande d'ATI (agents titulaires)



20 SAISIR LA COMMISSION DE REFORME

CETTE FICHE PRESENTE LA COMMISSION DE REFORME, SES COMPETENCES ET LES MODALITES A RESPECTER LORS DE LA SAISINE DE CETTE INSTANCE.

La commission de réforme : principes généraux

Qui est concerné ?

Seuls les dossiers des fonctionnaires titulaires ou stagiaires peuvent être soumis à la commission de réforme.

Qu'est-ce que la commission de réforme ?

La commission de réforme est une instance administrative consultative, médicale et paritaire. La composition de cette instance diffère selon qu'elle soit ministérielle ou départementale. Le tableau en page suivante présente la composition de la commission de réforme dans ces deux cas

La situation statutaire et l'affectation géographique de l'agent déterminent si la commission de réforme compétente pour examiner son dossier est une commission ministérielle ou départementale. Un tableau en annexe 1 à la fiche précise cette répartition de compétence.

Pour la commission de réforme ministérielle (CRM)	Pour la commission de réforme départementale (CRD)
Deux représentants de l'administration (le chef de service et le membre du corps du contrôle général économique et financier ou leurs représentants) ;	Deux représentants de l'administration (le chef de service et le directeur départemental des finances publiques ou leurs représentants) ;
Deux représentants du personnel, membres titulaires de la commission administrative paritaire élus par les membres titulaires et suppléants de cette instance ;	Deux représentants du personnel, élus par les membres titulaires et suppléants de la commission administrative paritaire.
Les membres du comité médical : les deux médecins généralistes et, en tant que de besoin, le médecin spécialiste compétent.	Les membres du comité médical : les médecins généralistes et, en tant que de besoin, le médecin spécialiste compétent.

Les compétences de la commission de réforme

L'avis de la commission de réforme doit être demandé en règle générale par l'administration dans les cas suivants :

- l'imputabilité au service des maladies et des accidents en cas de doute ou de rejet de l'imputabilité,
- la prise en charge des arrêts et des soins au titre d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle en cas de doute ou de rejet de l'imputabilité,
- la détermination de la réalité des infirmités résultant d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, de la preuve de leur imputabilité au service et du taux d'invalidité qu'elles entraînent, en vue de l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité instituée à l'article 65 de la loi du 11 janvier 1984,
- l'application, s'il y a lieu, des dispositions réglementaires relatives à la mise en disponibilité pour raison de santé ; à l'issue des trois années décidées par le comité médical, une quatrième année peut être accordée si une amélioration de l'état de santé peut être envisagée. Cette quatrième année doit être soumise à la commission de réforme,
- la reconnaissance et la détermination du taux de l'invalidité temporaire ouvrant droit au bénéfice de l'allocation d'invalidité temporaire prévue à l'article 8bis du décret du 25 octobre 1947,
- l'application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite,
- l'octroi du congé susceptible d'être accordé aux fonctionnaires réformés de guerre en application de l'article 41 de la loi du 19 mars 1928,
- les demandes de cure thermale,
- les temps partiels thérapeutiques consécutifs à un accident de service ou de maladie professionnelle,
- la liste exhaustive des cas dans lesquels la commission de réforme doit être consultée est précisée à l'article 13 du décret n°86-442 du 14 mars 1986.

La procédure pour saisir la commission de réforme

Les prérequis à la saisine de la commission de réforme

Avant toute saisine de la commission de réforme, l'administration doit constituer le dossier sur lequel la commission va prononcer un avis. L'administration peut demander à l'agent de lui transmettre les éléments nécessaires à la constitution de ce dossier.

L'expertise médicale : prérequis avant de saisir la commission de réforme

Dans de nombreux cas, l'expertise médicale est un préalable obligatoire avant la saisine de la commission de réforme. Pour les cas où l'expertise médicale n'est pas un préalable obligatoire, cette démarche est néanmoins fortement recommandée.

Pour plus d'information sur l'expertise médicale, vous pouvez vous reporter à la [FICHE N°9 « GERER UNE EXPERTISE MEDICALE »](#).

La transmission du dossier par l'administration à la commission de réforme

Afin d'obtenir l'avis de la commission de réforme, l'administration rassemble les pièces constituant le dossier de l'agent. La composition de ce dossier varie selon le cas de saisine et la commission de réforme concernée. Un tableau en annexe 3 à cette fiche présente les pièces à réunir selon les cas de saisine.

Une fois les pièces du dossier réunies, l'administration envoie le dossier de l'agent au secrétariat de la commission de réforme accompagné d'un bordereau d'envoi.

Dans tous les cas, il est de bonne pratique de se rapprocher du secrétariat de la commission de réforme saisie afin de connaître les éléments attendus dans le dossier transmis.

Les points impératifs à respecter avant la séance de la commission de réforme

Les convocations à envoyer par l'administration

Avant la tenue de la commission de réforme, il appartient à l'administration de transmettre au secrétariat de cette instance la liste des représentants du personnel par corps et par grade. L'administration doit également veiller à inviter le médecin de prévention. Dans des cas particuliers, un médecin expert de la pathologie peut également être invité à siéger à la commission de réforme. Dans ce dernier cas, une convocation doit également lui être envoyée.

L'information de l'agent

Plusieurs points impératifs sont à respecter :

- le fonctionnaire est informé de la date à laquelle la commission de réforme examinera son dossier,
- le fonctionnaire est invité à prendre connaissance, personnellement ou par l'intermédiaire de son représentant, de la partie **administrative et médicale** de son dossier. Un délai minimum de 8 jours doit séparer la date à laquelle cette consultation est possible de la date de la réunion de la commission de réforme (en pratique, un délai de 15 jours est recommandé),
- le fonctionnaire peut présenter des observations écrites et fournir des certificats médicaux ou tous documents qu'il juge utiles,
- le fonctionnaire peut également demander à être entendu seul ou accompagné d'une personne de son choix¹

¹ La demande motivée de l'agent d'assister à la séance de la commission de réforme est à adresser à l'attention du président de la commission de réforme. En cas d'avis favorable, l'agent reçoit une convocation lui précisant les modalités pratiques (date, lieu, heure). Il n'assiste pas au débat.

Lorsqu'un agent est entendu par la commission de réforme, le temps nécessaire à cette audition peut donner lieu à une autorisation spéciale d'absence. Les frais qui résultent du déplacement de l'agent sont cependant à la charge de ce dernier de même que ceux de la personne dont il souhaite être accompagné.

La portée juridique des avis de la commission de réforme

L'avis de la commission de réforme est-il impératif ?

L'avis de la commission de réforme ne lie pas l'administration. La commission est cependant informée par l'administration des décisions qui ne sont pas identiques aux avis rendus.

Peut-on demander l'annulation d'un avis de la commission de réforme ?

Les avis de la commission de réforme sont insusceptibles de recours. En effet, « ces avis ayant un caractère préparatoire, ils ne peuvent être regardés comme des décisions faisant grief et ne sauraient, par suite, faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir » (CE, 21 septembre 1990, n°115041).

Cependant, le fonctionnaire est en droit de demander l'annulation de la décision de l'administration en se fondant sur l'avis de la commission de réforme si la composition de cette dernière est entachée d'une irrégularité substantielle (CE, 4 août 2006, n°272074).

Peut-on saisir la commission de réforme pour un nouvel avis ?

L'agent ou l'administration peuvent, sur le fondement de faits nouveaux significatifs (éléments médicaux par exemple), saisir une nouvelle fois la commission de réforme. C'est le cas si une nouvelle expertise médicale aboutit à des conclusions contraires à celles sur lesquelles s'est fondée la commission de réforme.

Afin d'éviter cette nouvelle saisine qu'il convient dès la réception des conclusions d'une expertise médicale, de les notifier à l'agent afin qu'il puisse en prendre connaissance et le cas échéant, demander une contre-expertise.

Mais en l'absence de faits nouveaux significatifs, aucun avis supplémentaire ne peut être sollicité auprès de la commission de réforme.

Les actions possibles après la saisine de la commission de réforme

Le secrétariat de la commission de réforme envoie à l'administration le procès-verbal de la séance. Ce document doit comporter l'identité et la qualité des membres présents, leurs signatures, le résultat du vote et la répartition du résultat par nombre de voix. L'avis formulé par la commission de réforme doit être accompagné de ses motifs, même dans le cas d'une décision favorable.

- à la réception de ce document, l'administration prend une décision et notifie personnellement cette décision à l'agent (envoi en recommandé avec accusé de réception ou attestation de remise en main propre). Cet avis doit être motivé en droit et en fait,
- sur demande du fonctionnaire, l'avis rendu par la commission de réforme lui est communiqué.

Pour aller plus loin

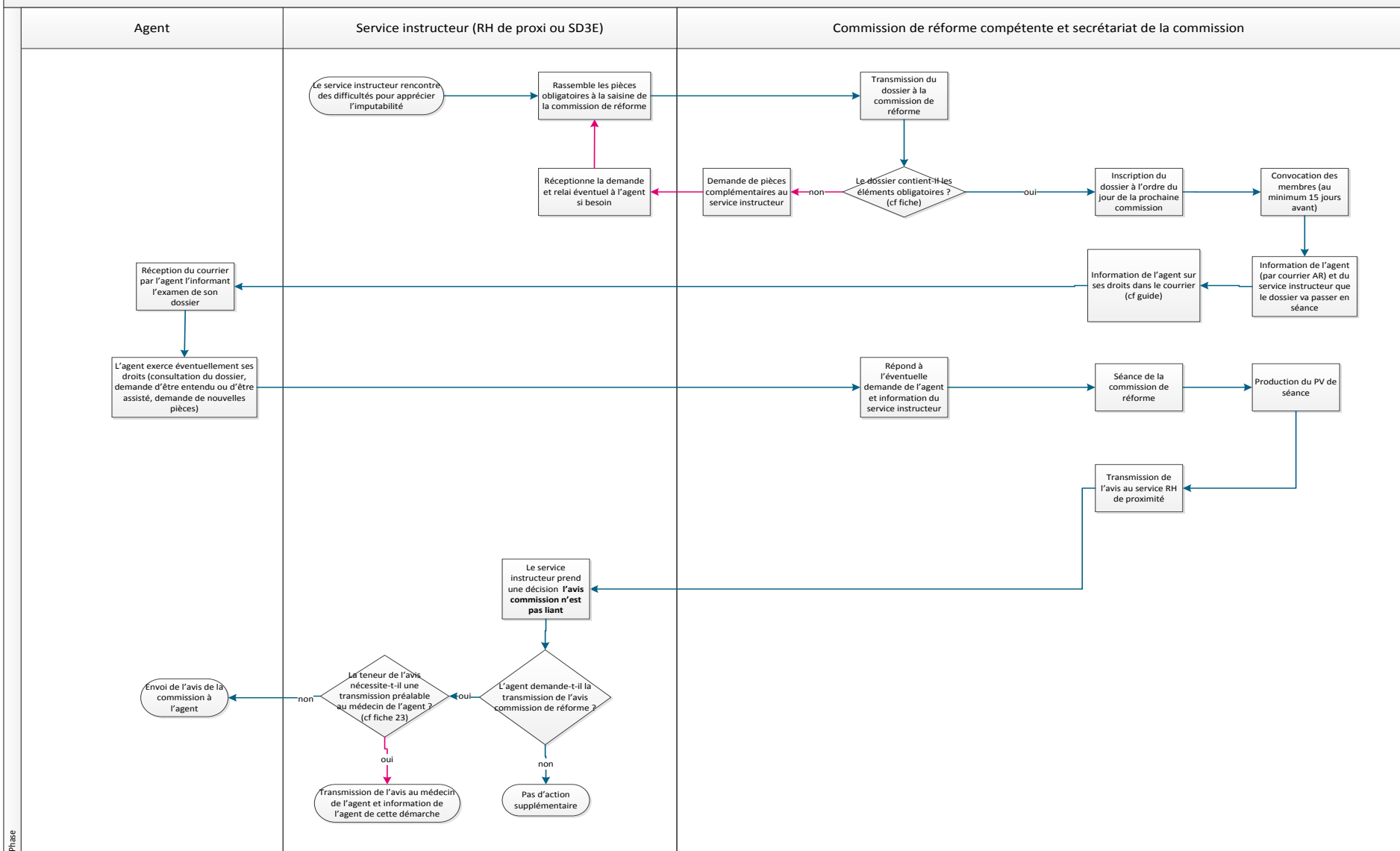
Les textes de référence sur la commission de réforme

- Articles 10 à 17 et 19 à 19-1 du décret n°86-442 du 14 mars 1986.
- Circulaire FP4 n°1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires.
- Jurisprudences citées dans le corps du texte et consultables sur Legifrance.

Documentation et liens externes

- Intranet des ministères sociaux : paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/Pages/default.aspx

Fiche 20 – Saisir la commission de réforme dans le cadre d'un accident ou d'une maladie (agents titulaires)



ANNEXE 2 :

REPARTITION DES COMPETENCES

ENTRE COMMISSION DE REFORME MINISTERIELLE (CRM)

ET COMMISSION DE REFORME DEPARTEMENTALE (CRD)

Situation statutaire du fonctionnaire	Affectation géographique	Commission de réforme compétente
En activité dans dans l'un des ministères sociaux	Affecté en administration centrale	CRM des ministères Sociaux sauf SD SD sur Paris (CRD 75)
	Chef de service extérieur	
	En service à l'étranger ou dans un TOM	
	Affecté dans un département	CRD-FPE
Mis à disposition dans l'un des ministères sociaux	Affecté en administration centrale	CRM ou CRD de l'administration d'origine
	Exerçant ses fonctions dans un département	CRD-FPE Avec les représentants du personnel du corps d'origine
En détachement dans un emploi ne conduisant pas à pension quelle que soit l'implantation géographique	Auprès d'une entreprise ou d'un organisme privé	CRM de l'administration d'origine
	Pour participer à une mission de coopération	
	Pour enseigner à l'étranger	
	Pour remplir une mission publique à l'étranger ou auprès d'organismes internationaux	
	Pour exercer les fonctions de membres du Gouvernement ou une fonction publique élective	
	Auprès d'une administration ou d'une entreprise publique	
En détachement auprès d'une administration ou établissement public dans un emploi de l'Etat conduisant à pension ou pour l'accomplissement d'un stage ou d'une période de scolarité préalable de titularisation ou pour suivre un cycle de préparation à un concours	En administration centrale	CRM des ministères sociaux du corps d'accueil
	Dans un département	CRD-FPE Avec les représentants du personnel du corps d'accueil
	Quelle que soit l'implantation géographique	CRD-FPE. Avec les représentants du personnel du corps d'origine

Textes applicables :

- Articles 14 à 17 du décret n°86-442 du 14 mars 1986.
- Circulaire FP4 n°1711 du 30 janvier 1989.

ANNEXE 3 :

LES PIÈCES À REUNIR POUR LA CONSTITUTION DES DOSSIERS SOUMIS À LA COMMISSION DE RÉFORME

ACCIDENTS DE SERVICE

Partie administrative :

- fiche de saisie-avis de la commission de réforme,
- fiche de désignation des représentants du personnel et de l'administration (si CRD),
- la fiche explicative des motifs de non-reconnaissance directe de l'imputabilité : l'administration refuse de reconnaître directement l'imputabilité nonobstant l'avis favorable de l'expert ou avis défavorable de l'expert,
- la déclaration d'accident de service détaillée et écrite lisiblement, datée et signée par les différentes parties, composées notamment des pièces suivantes :
 - le fait accidentel doit être établi clairement en lien avec les lésions,
 - le rapport hiérarchique,
 - témoignage(s) écrit(s) d'une personne ayant vu l'accident avec la date et l'heure des faits,
 - à défaut, témoignage(s) écrit(s) sur l'appréciation de l'état de santé avant et après le jour de l'accident précisant la date et les horaires,
- le rapport hiérarchique,
- la copie des conclusions administratives du rapport d'expertise.

Partie médicale :

- le rapport d'expertise établi par un médecin expert agréé sous pli cacheté confidentiel - secret médical,
- certificats médicaux précisant les lésions (initial, de prolongation, final ou précisant la rechute),
- si consultation aux urgences, joindre le bulletin de situation signé précisant la date et l'heure de prise en charge,
- le rapport du médecin de prévention.

ACCIDENTS DE TRAJET

Partie administrative :

- fiche de saisie-avis de la commission de réforme,
- fiche de désignation des représentants du personnel et de l'administration (si CRD),
- la fiche explicative des motifs de non-reconnaissance directe de l'imputabilité : l'administration refuse de reconnaître directement l'imputabilité nonobstant l'avis favorable de l'expert ou avis défavorable de l'expert,
- la déclaration d'accident détaillée et écrite lisiblement, datée et signée par les différentes parties, composées notamment des pièces suivantes :
 - le fait accidentel doit être établi clairement en lien avec les lésions,
 - le rapport hiérarchique,
 - témoignage(s) écrit(s) d'une personne ayant vu l'accident avec la date et l'heure des faits,
 - à défaut, témoignage(s) écrit(s) sur l'appréciation de l'état de santé avant et après le jour de l'accident précisant la date et les horaires.

- le rapport hiérarchique,
- la copie des conclusions administratives du rapport d'expertise,
- le plan de trajet et toutes pièces attestant l'accident : constat amiable, rapport d'intervention des pompiers, samu.....

Partie médicale :

- le rapport d'expertise établi par un médecin expert agréé sous pli cacheté confidentiel - secret médical,
- certificats médicaux précisant les lésions (initial, de prolongation, final ou précisant la rechute),
- si consultation aux urgences, joindre le bulletin de situation signé précisant la date et l'heure de prise en charge,
- le rapport du médecin de prévention.

ACCIDENTS DE MISSION

Partie administrative :

- fiche de saisie-avis de la commission de réforme,
- fiche de désignation des représentants du personnel et de l'administration,
- la fiche explicative des motifs de non-reconnaissance directe de l'imputabilité : l'administration refuse de reconnaître directement l'imputabilité nonobstant l'avis favorable de l'expert ou avis défavorable de l'expert,
- la déclaration d'accident détaillée et écrite lisiblement, datée et signée par les différentes parties, composées notamment des pièces suivantes :
 - le fait accidentel doit être établi clairement en lien avec les lésions,
 - le rapport hiérarchique,
 - témoignage(s) écrit(s) d'une personne ayant vu l'accident avec la date et l'heure des faits,
 - à défaut, témoignage(s) écrit(s) sur l'appréciation de l'état de santé avant et après le jour de l'accident précisant la date et les horaires.
- le rapport hiérarchique,
- la copie des conclusions administratives du rapport d'expertise,
- l'ordre de mission,
- le plan de trajet éventuel.

Partie médicale :

- le rapport d'expertise établi par un médecin expert agréé sous pli cacheté confidentiel - secret médical,
- certificats médicaux précisant les lésions (initial, de prolongation, final ou précisant la rechute),
- si consultation aux urgences, joindre le bulletin de situation signé précisant la date et l'heure de prise en charge,
- le rapport du médecin de prévention.

MALADIES PROFESSIONNELLES

Partie administrative :

- fiche de saisie-avis de la commission de réforme,
- fiche de désignation des représentants du personnel et de l'administration (si CRD),
- la fiche explicative des motifs de non-reconnaissance directe de l'imputabilité : l'administration refuse de reconnaître directement l'imputabilité nonobstant l'avis favorable de l'expert ou avis défavorable de l'expert,

- la demande écrite de l'agent, datée et signée, précisant la pathologie à reconnaître,
- la fiche de poste détaillée de l'agent (description du poste, activités, gestes professionnels, matériels mis à disposition de l'agent),
- le rapport hiérarchique,
- la copie des conclusions administratives du rapport d'expertise.

Partie médicale :

- le rapport d'expertise établi par un médecin expert spécialiste de l'affection agréé sous pli cacheté confidentiel - secret médical (les conclusions doivent indiquer clairement si l'agent présente une maladie professionnelle et préciser le numéro exact du tableau correspondant le cas échéant),
- le certificat médical initial mentionnant les lésions ainsi que les arrêts, les prolongations et les soins,
- le rapport écrit du médecin du travail (peuvent être ajoutés différents documents tels que la fiche de poste de l'agent, la fiche d'exposition aux risques ainsi que toutes pièces nécessaires contenues dans le dossier individuel de santé au travail de nature à éclairer la commission),
- les copies de tous les examens médicaux réalisés, notamment ceux cités dans l'expertise (par exemple, les comptes rendus opératoires, IRM, scanners...),

Dans le cas où l'agent est atteint d'une affection contagieuse

- une attestation signée ou rapport hiérarchique certifiant que l'agent a été en présence de maladies contagieuses,
- les différents examens médicaux réalisés.

POUR UNE PRISE EN CHARGE OU UNE PROLONGATION DES ARRÊTS ET DES SOINS

Partie administrative :

- les prescriptions médicales et devis (ou factures), notamment : ordonnances de médicaments, de kinésithérapie, de massage, de rééducation, d'appareillage, de port de semelles ou de prothèses, frais dentaires,
- la copie des conclusions de l'expertise médicale,
- le dossier initial de l'agent, si l'accident ou la maladie sont reconnus (constitué au moment de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle ou accident de service ou de trajet ou de mission), ainsi que les procès-verbaux ou décisions de l'administration.

Partie médicale :

La nouvelle expertise médicale du médecin expert agréé expert si la précédente expertise date de plus de 6 mois sous pli cacheté confidentiel - secret médical.

POUR UNE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Partie administrative :

- fiche de saisie-avis de la commission de réforme,
- fiche de désignation des représentants du personnel et de l'administration,
- la demande écrite de l'agent, datée et signée,
- le dossier initial de l'agent (constitué au moment de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle ou accident de service, de trajet ou de mission),
- le rapport hiérarchique.

Partie médicale :

L'avis médical détaillé du médecin traitant ou du médecin de prévention motivant l'octroi de la prolongation du temps partiel thérapeutique ou l'expertise auprès du médecin expert agréé sous pli cacheté confidentiel – secret médical.

POUR UNE DEMANDE D'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE

Partie administrative :

- la demande écrite de l'agent, datée et signée,
- la copie des conclusions administratives de l'expertise,
- fiche de désignation des représentants du personnel et de l'administration,
- fiche de saisie-avis de la commission de réforme,
- l'avis antérieur de la commission de réforme ou arrêté de reconnaissance d'imputabilité de l'administration (pour chaque accident ou maladie professionnelle) avec les expertises correspondantes antérieures,

S'il s'agit d'une révision quinquennale de l'ATI :

- l'avis de la commission de réforme fixant le taux d'IPP précédent avec l'expertise liée,
- l'avis de la commission de réforme ou l'arrêté de reconnaissance d'imputabilité de l'administration (pour chaque accident ou maladie professionnelle).

Partie médicale :

- l'avis de la commission de réforme fixant le taux d'IPP précédent avec l'expertise liée,
- l'avis de la commission de réforme ou l'arrêté de reconnaissance d'imputabilité de l'administration (pour chaque accident ou maladie professionnelle).

POUR UNE DEMANDE DE CURE THERMALE

Partie administrative :

- fiche de saisie-avis de la commission de réforme,
- fiche de désignation des représentants du personnel et de l'administration,
- demande écrite de l'agent datée et signée,
- copie des conclusions de l'expertise médicale,
- questionnaire de prise en charge d'une cure thermale,
- dossier initial de l'agent, si l'accident ou la maladie sont reconnus imputables (constitué au moment de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle ou accident de service, de trajet ou de mission).

Partie médicale :

- l'expertise médicale d'un médecin expert agréé sous pli cacheté confidentiel - secret médical.



Dans tous les cas de saisine, il est de bonne pratique de se rapprocher du secrétariat de la commission de réforme saisie pour obtenir le détail des pièces à fournir en fonction de la demande de l'administration.

22 INSTRUIRE UN DOSSIER DE RECOURS CONTRE TIERS

CETTE FICHE PRESENTE LES CARACTERISTIQUES DU RECOURS CONTRE TIERS ET LA PROCEDURE A SUIVRE POUR SON INSTRUCTION. A NOTER, UN GUIDE PLUS COMPLET SUR CETTE THEMATIQUE SPECIFIQUE EST DISPONIBLE SUR L'INTRANET PACO A L'ADRESSE SUIVANTE :

Le recours contre tiers : principes généraux

Qui est concerné ?

Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels gérés par l'administration.

Qu'est-ce qu'un recours contre tiers ?

Un recours contre tiers est la possibilité donnée à l'employeur ou à la victime de réclamer le remboursement des frais occasionnés lors d'un accident causé par un tiers.

L'accident causé par un tiers est un accident qui a été provoqué, volontairement ou non, par une autre personne, que ce soit un particulier, une entreprise ou une administration. La responsabilité de cette personne est alors engagée.

Quels sont les fondements juridiques du recours contre tiers ?

L'article 1^{er} de l'ordonnance n°59-76 du 7 janvier 1959 prévoit :

« Lorsque le décès, l'infirmité ou la maladie d'un agent de l'Etat est imputable à un tiers, l'Etat dispose de plein droit contre ce tiers, par subrogation aux droits de la victime ou de ses ayants droit, d'une action en remboursement de toutes les prestations versées ou maintenues à la victime ou à ses ayants droit à la suite du décès, de l'infirmité ou de la maladie ».

Le fondement actuel commun à tous les tiers payeurs repose sur les dispositions des articles 29 et 30 du chapitre II de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation. Sont concernés, tous les dommages corporels et pas uniquement ceux occasionnés par les accidents de la circulation.

Quels sont les accidents concernés par un éventuel recours contre tiers ?

L'accident doit être reconnu imputable au service pour instruire une demande de recours contre tiers. L'agent ne doit pas être le responsable de l'accident. Le recours peut être engagé pour les différents types d'accident :

Les accidents de service, de trajet

Il s'agit des accidents ou agressions survenus à des agents titulaires ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, ou, par extension, sur le trajet du domicile au lieu de travail ou sur le parcours suivi pour se rendre à l'endroit où les agents prennent habituellement leur repas (domicile, restaurant administratif...).

Les accidents de travail, de trajet

Il s'agit des accidents ou agressions survenus dans les conditions précitées aux agents contractuels (agents non-titulaires).

Les accidents sans relation avec les fonctions

Bien que ne présentant aucune relation avec les fonctions, les accidents dont sont victimes les agents titulaires, stagiaires ou non titulaires peuvent donner lieu à un recours de l'Etat.

En effet, tout arrêt de travail dû à la faute d'un tiers et qui entraîne pour la victime un congé de maladie ordinaire, un congé de longue durée ou de longue maladie, un congé sans traitement ou une mise en disponibilité, voire une admission à la retraite anticipée ou encore le décès, doit donner lieu à l'exercice d'une action en remboursement de tous les frais supportés par l'employeur.

Exemple d'accidents sans relation avec les fonctions :

- un agent a été victime de morsures par un animal,
- un agent a été victime d'un accident sportif lors d'un match en club,
- l'agent a été victime d'un accident médical lors d'une opération,
- l'agent a fait une chute suite à un mauvais entretien de la voirie...

Les maladies professionnelles ou contractées en service

Les maladies reconnues imputables au service et dont la responsabilité d'un tiers est engagée, l'administration peut instruire un recours contre tiers.

La procédure pour instruire un dossier de recours contre tiers

L'information du service gestionnaire par la victime

Lorsque le service gestionnaire est informé d'un accident dont a été victime un de ses agents (titulaire ou contractuel), il doit déterminer si un tiers est mis en cause. Si un tiers est réputé responsable, le service veille à ce que toutes les informations relatives à l'accident lui soient communiquées dans les plus brefs délais.

La constitution du dossier de recours contre tiers

Plusieurs étapes se succèdent dans la constitution du dossier :

Les pièces à fournir par l'agent

Dès que le service gestionnaire a connaissance d'un accident, quelle qu'en soit la nature, un courrier est adressé à l'agent. Le service gestionnaire demande à l'intéressé de fournir à l'administration les renseignements devant permettre à l'Etat d'obtenir du tiers responsable et de sa compagnie d'assurance, le remboursement des prestations versées ou maintenues à la victime. Ces renseignements sont :

- une photocopie de sa déclaration d'accident. Sur cette déclaration d'accident, l'agent doit indiquer que l'accident a été causé par un tiers mais également mentionner les noms, prénoms et adresse de l'auteur de l'accident et de sa compagnie d'assurance. Parallèlement, sur le certificat médical initial, le médecin cochera les cases « accident » et « causé par un tiers »,
- une photocopie du constat amiable ou du procès-verbal de police (ou de gendarmerie) ou un rapport sur les circonstances de l'accident avec un croquis détaillé des lieux,
- une déclaration des témoins le cas échéant.

Les pièces complémentaires à apporter par le service gestionnaire

Le service gestionnaire se doit de compléter les pièces du dossier pour une meilleure gestion du recours contre tiers. Ainsi, il peut ajouter au dossier :

- une déclaration de témoins, conformément à l'article 202 du code de procédure civile,
- les photos du lieu de l'accident,
- les bulletins de salaire de l'agent,
- la liste des frais médicaux consécutifs à l'accident,
- tous les éléments susceptibles d'entraîner un meilleur suivi du dossier sont à prendre en considération.

Enfin, le service gestionnaire doit préciser à la victime qu'elle pourra demander au tiers responsable le remboursement des éléments de son préjudice qui ne sont pas indemnisés par l'employeur, tels que les préjudices personnels (moral, esthétique, trouble dans les conditions d'existence...).

Le choix du recours à engager par la victime

Il appartient à la victime de choisir le type recours en vertu duquel elle souhaite poursuivre le tiers responsable. Dans tous les cas, **l'agent victime doit toujours appeler en intervention l'Etat en sa qualité d'employeur et d'organisme social dans la procédure d'indemnisation**, conformément aux dispositions de l'article 3 de l'ordonnance n°59-76 du 7 janvier 1959.

L'accord amiable entre les parties

Si la victime souhaite procéder à un règlement amiable avec le tiers responsable et sa compagnie d'assurance, l'agent doit inviter l'administration à y participer par lettre recommandée avec accusé de réception.

! **Aucun règlement amiable ne peut intervenir entre la victime et le tiers responsable sans que l'Etat ait été invité à y participer.** Cependant, en l'absence d'une réponse de la part de l'Etat dans un délai de deux mois à compter de la réception du courrier de la victime, cette dernière pourra procéder à l'élaboration de l'accord amiable.

L'action en justice

Si une instance judiciaire est engagée, l'agent doit aussitôt avertir le service afin que l'agent judiciaire de l'Etat puisse présenter ses observations et le détail du préjudice dont l'administration entend obtenir réparation. En l'absence de cette information, l'agent judiciaire de l'Etat pourra demander la nullité sur le fond pendant deux ans, à compter de la date à laquelle ce jugement est devenu définitif.

La notification du recours à la compagnie d'assurance du tiers responsable

L'administration doit informer de sa démarche la compagnie d'assurance du tiers responsable.

L'envoi d'une première correspondance à la compagnie d'assurance du tiers responsable

Dès que les éléments sont réunis, le service gestionnaire du recours doit adresser à la compagnie d'assurance du tiers responsable un courrier en recommandé avec accusé de réception lui indiquant qu'un de ses agents a été victime d'un accident avec un tiers responsable assuré par sa compagnie. Ce courrier doit mentionner que l'Etat réclamera l'intégralité des frais engagés et supportés par lui dans le cadre de cet accident. Si la date de consolidation de l'accident est survenue, le courrier mentionnera cette date et si le montant du préjudice est définitif, il sera notifié dans ce premier courrier.

L'Etat peut directement demander au tiers responsable par courrier l'adresse de sa compagnie d'assurance ou à défaut, si ce dernier n'est pas assuré, lui préciser que le préjudice de l'Etat lui sera notifié ultérieurement.

Un modèle de courrier type est disponible sur l'intranet PACO. Ce modèle est également présenté en annexe à cette présente fiche.

Dans quels délais envoyer cette première correspondance ?

Les règles de bonne gestion recommandent que le délai soit le plus court possible et tout au plus, de deux à trois mois après la survenance de l'accident. Cependant, le délai de prescription est de 10 ans si la compagnie d'assurance n'a pas écrit directement à l'employeur (article 2226 du Code civil).

! Il arrive que la compagnie d'assurance prenne l'initiative d'adresser un courrier au service gestionnaire de l'agent avant même que l'administration ne se soit manifestée. Ce premier courrier de la compagnie d'assurance vaut demande de production de créance définitive, l'administration est tenue d'y répondre dans un délai de 4 mois (article 14 alinéa 2 de la loi du 5 juillet 1985).

Si l'accident nécessite des soins toujours en cours

Pour certains accidents, les soins et l'hospitalisation peuvent être nécessaires sur une longue durée (plusieurs mois ou plusieurs années) et le montant de la créance peut s'avérer élevé. Ainsi, afin de ne pas rompre avec l'assureur, il convient d'adresser un ou plusieurs courriers intermédiaires qui vaudront production de créance provisoire.

Les obligations de la compagnie d'assurance suite à ce premier courrier

Aux termes de l'article L. 211-9 du code des assurances, la compagnie :

- doit répondre dans un délai de 3 mois à compter de la demande d'indemnisation qui leur est présentée. En effet, lorsque la responsabilité n'est pas contestée et que le dommage est entièrement quantifié, l'assureur du responsable est tenu de présenter à la victime une offre d'indemnisation dans le délai de 3 mois à compter de la demande d'indemnisation qui lui est faite,
- doit effectuer une offre d'indemnité à la victime qui a subi une atteinte à sa personne dans le délai maximum de 8 mois à compter de la date de l'accident si aucune demande d'indemnisation ne leur a été présentée.

Le recouvrement de la créance

Il s'agit ici d'effectuer des transactions avec la compagnie d'assurance afin que cette dernière rembourse ce qu'elle doit à l'employeur.

La production du préjudice incombe en fonction de sa nature à des services différents :

- le préjudice constitué par les débours (traitements, indemnités, charges patronales, frais médicaux...) est communiqué à la compagnie d'assurance du tiers responsable par l'administration dont relève la victime,
- le préjudice constitué par une pension (allocation temporaire d'invalidité, pension d'invalidité...) est réclamé à la compagnie d'assurance du tiers responsable par la direction des affaires juridiques des ministères économiques et financiers qui est informé, soit par le service des retraites de l'Etat, soit par le bureau SD3E.

L'état récapitulatif des frais transmis à la compagnie d'assurance doit faire apparaître toutes les données servant de base au calcul : la période d'arrêt de travail, l'indice majoré, la durée de chaque période (en trentièmes).

Chaque jour d'arrêt de travail doit être compris dans le préjudice pour 1/30e. Par exemple, pour un agent qui a dû arrêter ses fonctions du 24 au 31 août, il convient de réclamer à la compagnie d'assurance 8/30e de rémunération brute. Le décompte du préjudice part du jour de l'accident si celui-ci survient avant le début de la journée de travail ou du lendemain si la journée de travail est commencée.


La réponse de la compagnie d'assurance

La compagnie d'assurance peut apporter deux réponses :

La compagnie d'assurance accepte le principe d'indemnisation de l'Etat

La compagnie d'assurance peut accepter le principe de l'indemnisation de l'Etat et le met en demeure de produire sa créance définitive.

- si le préjudice est consolidé, l'administration doit communiquer le montant du préjudice définitif dans le délai mentionné au paragraphe suivant, sous peine de déchéance de ses droits,
- si le préjudice n'est pas définitif, la créance peut avoir un caractère provisionnel. Dans cette hypothèse, il convient dans la réponse de préciser et d'indiquer les raisons pour lesquelles le préjudice ne peut pas être considéré comme définitif (nouvel arrêt de travail...).

 Quel qu'en soit le contenu, la réponse doit parvenir à l'assureur dans le délai de 4 mois décompté à partir de la date de réception de la demande. Le défaut de production des créances par le tiers payeur dans le délai de 4 mois à compter de la demande émanant de l'assureur pour une victime consolidée **entraîne la déchéance de ses droits**. Il convient d'être particulièrement vigilant sur ces délais.

La compagnie d'assurance n'accepte pas le principe d'indemnisation de l'Etat

Ici, deux cas de figure peuvent se présenter :

1• Le tiers ne rembourse pas sa créance et l'agent judiciaire de l'Etat n'a pas demandé le dossier.

Il se peut que le tiers ou son assureur ne répondent pas au service après rappel, refusent la prise en charge,

contestent la créance... Il convient dans ces cas-là de transmettre une copie du dossier d'accident et du sous-dossier recours avec observations au bureau SD3E qui se rapprochera ensuite des services de l'agent judiciaires de l'Etat pour connaître les suites à donner au dossier.

2• La créance de l'Etat a été portée à la connaissance du juge par l'agent judiciaire de l'Etat.

Dans ce cas-là, le tiers ou son assureur règlera le montant total de la créance de l'Etat à l'agent judiciaire de l'Etat.

Ainsi, dès lors que la compagnie d'assurance n'accepte pas le principe d'indemnisation de l'Etat, la créance est confiée à l'agent judiciaire de l'Etat.

Pour aller plus loin

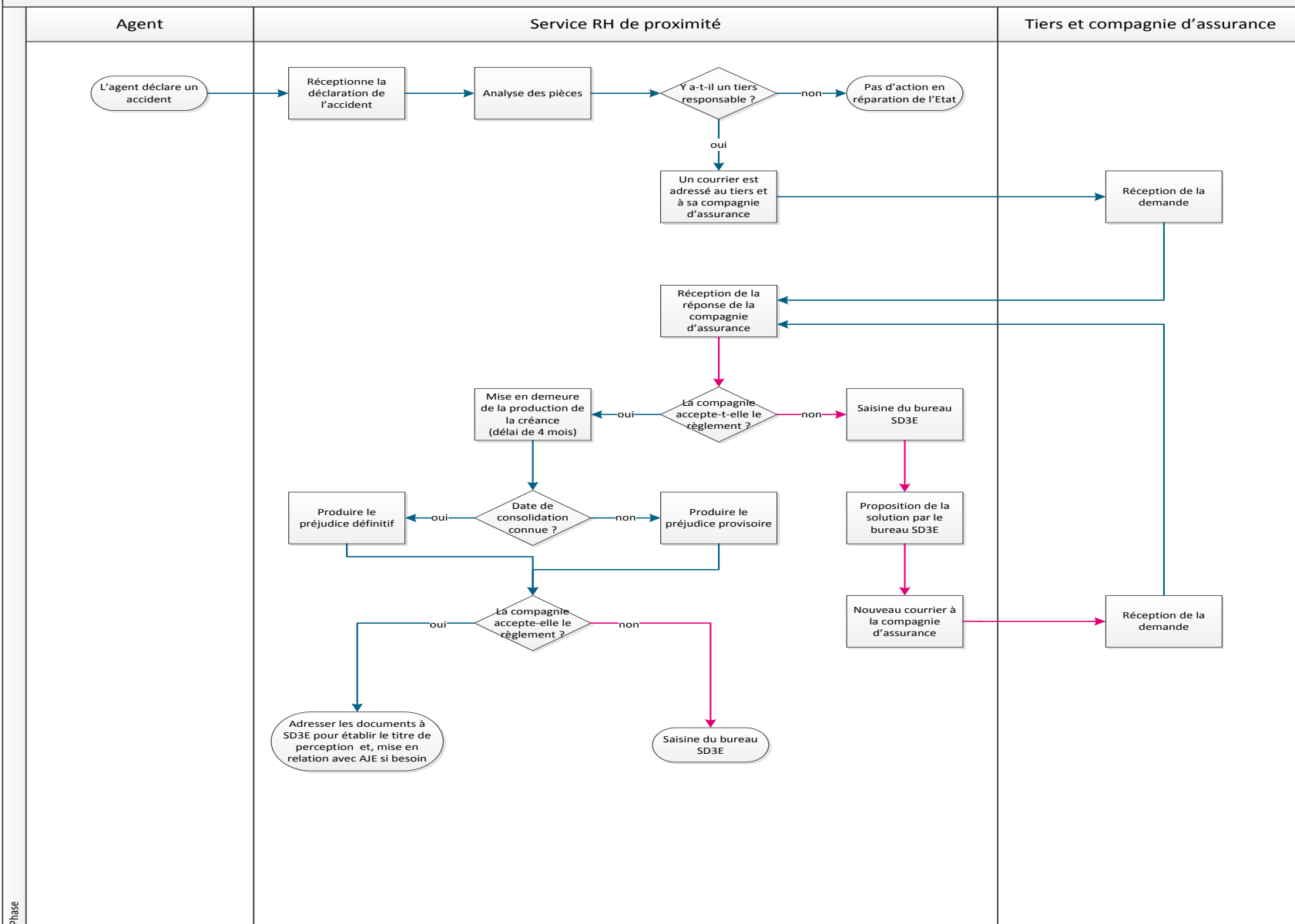
Les textes de référence sur le recours contre tiers

- Ordonnance n°59-76 du 7 janvier 1959.
- Articles 29 et 30 du chapitre II de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.
- Article 2226 du code civil.
- Décrets n°86-16 du 6 janvier 1986 ; n°88-260 et n°88-261 du 18 mars 1988.
- Circulaire FP4 n°1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires.
- Jurisprudences citées dans le corps du texte et consultables sur Legifrance.

Documentation et liens externes

- Guide du recours contre tiers, disponible sur l'intranet PACO à l'adresse : https://paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/recours_contre_tiers/Pages/index.aspx.
- Intranet des ministères sociaux : paco.intranet.social.gouv.fr/servicescommuns/DRH/sante/accidents/Pages/default.aspx

Fiche 22 – Instruire un dossier de recours contre tiers



Phase

23 DISCRETION PROFESSIONNELLE, SECRET MEDICAL ET SECRET PROFESSIONNEL : LES DISPOSITIONS LEGALES ET BONNES PRATIQUES

CETTE FICHE PRESENTE LES BONNES PRATIQUES A RESPECTER AFIN DE VEILLER AU RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL ET MEDICAL DANS LES PROCEDURES D'INSTRUCTION DES ACCIDENTS DE SERVICE, DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES.

ELLE REPREND EN GRANDE PARTIE LE GUIDE DES INSTANCES MEDICALES DE LA FONCTION PUBLIQUE, EDITEE PAR LA DGAFP. POUR PLUS D'INFORMATION, VOUS POUVEZ VOUS REPORTER A CE GUIDE DISPONIBLE SUR LE PORTAIL DE LA DGAFP.

Discretion professionnelle et secret médical : principes généraux

Le traitement par les administrations des données personnelles se rapportant à leurs agents doit respecter rigoureusement le droit à la vie privée des individus.

L'obligation de discrétion professionnelle

L'obligation de discrétion professionnelle est imposée par le second alinéa de l'article 26 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Elle consiste en l'interdiction faite aux agents de l'Etat de divulguer « tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions », que ce soit auprès d'agents qui n'ont pas, en raison de leurs attributions, à en connaître ou bien de personnes extérieures au service, tant par écrit qu'oralement.

Il n'y a pas à distinguer selon le caractère plus ou moins confidentiel des faits, informations ou documents, ni selon que l'agent en a eu connaissance par lui-même ou par l'intermédiaire de tiers. Les données à caractère médical qui seraient portées à la connaissance d'un agent de l'Etat sont concernées, comme les autres, par l'obligation de discrétion professionnelle et de secret médical.

En cas de manquement à ces obligations, l'agent s'expose à des sanctions disciplinaires. Le premier alinéa de l'article 26 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 précitée indique que « les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le code pénal ». Autrement dit, s'applique à eux l'article 226-13 dudit code qui interdit « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire ».

Le respect du secret médical

S'il n'existe pas de définition législative ou réglementaire du secret médical listant précisément les éléments couverts par ce secret et les personnes susceptibles de prendre connaissance, l'article L 1110-4 du code de la santé publique permet d'approcher les contours de cette notion.

Ainsi, cet article dispose que « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ».

Le secret médical a donc une acception large et s'étend à l'ensemble des informations relatives à la vie privée d'un individu et susceptibles d'être portées à la connaissance du personnel soignant ou administratif participant à la prise en charge thérapeutique de l'individu souffrant.

Les bonnes pratiques dans le cadre de la réception des certificats médicaux AT-MP.

La protection du secret médical constitue un droit pour tous les personnels auquel il convient d'être particulièrement vigilant. Or, la procédure pratiquée actuellement dans nos ministères met en évidence que la préservation des données d'ordre médical n'est pas garantie. En effet, l'intégralité des volets du certificat médical initial « AT-MP » est, dans la plupart des envois, adressée directement au responsable hiérarchique ou au service RH de proximité ; lesquels ne sont pas habilités à traiter des données médicales confidentielles AT-MP.

Aussi, la Direction des ressources humaines a mis en place une nouvelle procédure applicable dès janvier 2018 pour garantir la confidentialité des données médicales nominatives dans nos ministères.

Cette procédure figure dans la note d'information n° DRH/SD3E/2018/31 du 1er janvier 2018 relative aux nouvelles modalités d'envoi des certificats médicaux, accidents ou maladies professionnelles.

Cette nouvelle procédure indique que :

- les personnels sont invités lors de la déclaration d'un accident ou d'une maladie professionnelle à transmettre le volet n°1 et 2 du CMI **sous enveloppe cachetée portant la mention «confidentiel – secret médical » directement au service instructeur** de la structure concernée en ce qui concerne les accidents et au bureau de la Direction des ressources humaines des ministères sociaux en charge de cette mission en ce qui concerne les maladies professionnelles.
- En cas d'arrêt de travail prescrit, la personne informe son service RH de proximité ou son BRHAG, par le dépôt ou l'envoi du volet n°4 «certificat d'arrêt de travail», qui ne comporte pas d'informations d'ordre médical.
- L'agent conserve le **volet n°3**.
- Ces dispositions s'appliquent également pour les certificats médicaux de prolongation et final (CMP et CMF).

Dans l'hypothèse où l'employeur recevrait par erreur les volets n° 1 et 2, il les fera parvenir au service instructeur de sa structure en cas d'accident ou au bureau de la Direction des ressources humaines des ministères sociaux en charge de cette mission en ce qui concerne les maladies professionnelles sous enveloppe cachetée portant la mention «confidentiel – secret médical».

Il retournera, le cas échéant, le volet n°3 à la personne.

Les bonnes pratiques dans le cadre du fonctionnement des instances médicales

L'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme

Les obligations des médecins

L'article 95 du code de déontologie médicale précise que « le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel ».

L'article 104 de ce même code dispose par ailleurs que « le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut ou ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent. Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical, ni à un autre organisme ».

Dans la pratique : gérer une expertise médicale (fiche n°9)

Lorsque l'administration demande à un médecin agréé de réaliser l'expertise médicale de l'agent, elle édite un

protocole d'expertise médicale qui contient les questions pour lesquelles elle souhaite obtenir une réponse.

Doit figurer sur ce protocole un encadré précisant que le médecin agréé doit séparer ses conclusions administratives de ses conclusions médicales :

Les conclusions administratives se prononcent sur la réalité du lien entre l'état de santé de l'agent et les droits invoqués (imputabilité d'un accident, d'une maladie...). Elles ne contiennent pas d'information médicale et sont transmises sans restriction particulière au service instructeur qui pourra en prendre connaissance.

Les conclusions médicales devront être retournées à l'administration sous pli cacheté mentionnant de manière claire « confidentiel : secret médical » et le service gestionnaire ne pourra pas en prendre connaissance.

Les obligations des agents publics

Les agents de l'Etat mis à la disposition des secrétariats des comités médicaux et qui en assurent le fonctionnement matériel entrent dans la catégorie des proches collaborateurs des médecins. L'article 72 du code de déontologie médicale leur est donc applicable. Aussi, le traitement des données relatives à la santé doit être strictement réservé aux seuls agents assurant le fonctionnement des comités médicaux.

La communication des données à caractère médical

En application de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé (...) ».

Ce droit d'accès porte sur des informations à caractère médical contenues dans tout document détenu par un professionnel ou un établissement de santé, sans qu'il soit besoin de rechercher si ce document revêt un caractère administratif au sens de l'article 1er de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public (...).

Les articles R. 1111 à R. 1111-8 du code de la santé publique ont précisé les modalités de mise en œuvre de ce droit d'accès. Ces dispositions sont applicables aux informations détenues par l'administration concernant ses agents et couvertes par le secret médical. Il peut s'agir notamment, du dossier médical des agents, du dossier constitué par le médecin de prévention, d'expertises des médecins agréés, de dossiers constitués pour être examinés en comité médical ou commission de réforme.

Dans la pratique : Gérer une expertise médicale (fiche n°9) - saisir la commission de réforme (fiche n°20)

Lorsque l'agent demande à son administration de lui transmettre les éléments médicaux d'une expertise médicale ou d'un dossier soumis à la commission de réforme, il est de bonne pratique, selon les cas, de transmettre ce dossier à son médecin traitant.

En effet, certains éléments peuvent justifier que l'agent soit accompagné dans la prise de connaissance de ces informations ou que ces dernières lui soient expliquées par un professionnel de santé.

L'administration n'ayant pas accès aux conclusions médicales de ces dossiers, il peut être difficile d'apprécier si les éléments nécessitent d'être transmis au préalable au médecin traitant de l'agent. Pour fonder son avis, l'administration peut s'appuyer sur la nature du dossier examiné (par exemple, si un dossier de chute ne nécessite pas une transmission au médecin traitant de l'agent, les maladies professionnelles ou mentales doivent faire l'objet de précautions particulières).

Le droit d'accès aux demandeurs potentiels

Aux termes de la réglementation en vigueur, la communication des documents contenant des informations à caractère médical est réservée au, à la seul.e intéressé.e, ou, pour une personne décédée, à ses ayants droit, dans certaines circonstances détaillées dans le code de la santé publique.

Cette communication peut se faire directement à la personne concernée ou par un médecin qu'elle a personnellement désigné à cet effet.



Un tiers justifiant d'un mandat exprès de l'intéressé ou d'un mandat légal peuvent également bénéficier du même droit d'accès à ces informations. Deux avis de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) n°20053099 du 6 octobre 2005 et n°20053352 du 6 octobre 2005 n'excluent pas la possibilité pour le patient de recourir à un mandataire pour accéder à ces informations dès lors que ce dernier peut justifier de son identité et dispose d'un mandat exprès, c'est-à-dire dûment justifié.

Il est également à noter que le fait, pour un tiers, d'être considéré comme un proche ou membre de la famille de la personne à laquelle les informations médicales se rapportent ne permet pas à lui seul de lever le secret qui protège ces informations. De même, le seul fait d'avoir la qualité de médecin ne permet pas d'accéder à des données médicales concernant une personne physique, à moins d'être expressément mandatée par celle-ci.

Aussi, avant toute communication des informations médicales à caractère personnel qu'elle détient, **l'administration doit s'assurer de l'identité et de la qualité de la personne concernée**. Cette obligation est rappelée à l'article R. 1111-1 du code de la santé publique.

Si la demande émane de la personne intéressée

L'administration doit s'assurer de l'identité de la personne avant de lui transmettre les données médicales.

Si la demande est déposée par un médecin

Lorsqu'un médecin désigné par le demandeur intervient directement auprès de l'administration, le médecin doit justifier de sa qualité, ainsi que de sa désignation expresse par le demandeur.

Si la demande est présentée par un tiers désigné par le demandeur

Le tiers doit justifier de son identité et produire un mandat dûment justifié.

La demande émane des ayants droit d'un agent décédé

Il est rappelé que « le secret médical perdure après la mort ». Toutefois, les ayants droits de la personne décédée peuvent avoir accès aux informations relatives à la personne décédée « dans la mesure où ces informations leur sont nécessaires pour leur permettre

de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès » (article L. 1111-7 et L. 1110-4 du code de la santé publique).

La définition du statut de l'ayant droit

Cette notion recouvre les successeurs légaux du défunt (héritiers, conjoint survivant, légataires universels ou à titre universel), déterminés conformément aux articles 731 et suivants du code civil et les successeurs testamentaires, à l'exclusion de la « famille », des « proches » de la personne décédée ou de son ancien partenaire dans le cadre d'un pacte civil de solidarité (avis commission d'accès aux documents administratifs (CADA) n°20065578 du 22 février 2007).

C'est donc uniquement lorsqu'ils justifient de la qualité d'ayants droit que les membres de la famille ou les proches peuvent obtenir communication du dossier médical.

Il appartient à l'administration de s'assurer que les demandeurs justifient effectivement de leur qualité d'ayant droit avant de satisfaire à une demande de communication du dossier médical d'une personne décédée.

Conditions d'accès des ayants droit

Ce droit est cependant strictement encadré. La CADA rappelle que deux conditions doivent être réunies :

- 1 • L'accessibilité au dossier n'est possible que pour trois motifs : connaître la cause de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir leurs droits d'ayants droit.
- 2 • L'agent décédé ne doit pas s'y être opposé expressément de son vivant. Concernant ce droit d'opposition ainsi reconnu à l'agent, qui n'obéit à aucune formalité particulière, il appartient à l'administration de vérifier que le dossier ne contient aucune mention indiquant que l'agent s'était opposé à la communication des informations le concernant à ses ayants droits.

Modalités d'accès des ayants droit

Le législateur n'a autorisé la communication aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation d'un ou de plusieurs objectifs prévus par le code de la santé publique. Aussi, l'ayant droit doit mentionner les motifs pour lesquelles sa demande est déposée, quels sont les droits qu'il entend faire valoir ou encore dans quelle mesure la défense de la mémoire du défunt justifie la communication d'information à caractère médical.

Par ailleurs, seules pourront être communiquées, au sein du dossier médical, les informations répondant à ces motivations.

De même, lorsqu'un refus de communication d'informations médicales relatives à la santé d'une personne décédée est opposé à un ayant droit, ce refus doit être motivé en droit et en faits. Ce refus ne fait pas obstacle, le cas échéant, à la délivrance d'un certificat médical, dès lors que celui-ci ne comporte aucune information couverte par le secret médical (exemple : la délivrance d'un certificat médical attestant que la cause du décès ne figure pas dans les exclusions d'un contrat d'assurance vie).