



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DE LA MAYENNE

GUIDE PROCEDURE

CONSTITUTION DES DOSSIERS SOUMIS A L'AVIS DE LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DE RÉFORME

DDCSPP de la Mayenne

Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

60 Rue Mac Donald – BP 93007 – 53063 LAVAL cedex 9

ddcspp-cmcr@mayenne.gouv.fr

Tel. : 02 43 67 27 53

<http://www.mayenne.gouv.fr>

MAJ du 20/03/17

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	3		
II. LA COMMISSION DE RÉFORME (CDR)	5		
2.1. COMMISSION DE RÉFORME HOSPITALIÈRE	5		
2.2. COMMISSION DE RÉFORME D'ÉTAT	5		
III. FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE RÉFORME (CDR)	7		
3.1. LE QUORUM	8		
3.2. LA PORTÉE DES AVIS DE LA CDR	9		
3.3. LA CONTESTATION DES AVIS	9		
IV. PROCÉDURE DE L'EXPERTISE MÉDICALE	12		
V. PRISE EN CHARGE DES FRAIS	14		
5.1. FRAIS D'EXPERTISE	14		
5.2. FRAIS DE CONTRE-EXPERTISE	14		
5.3. FRAIS DES MÉDECINS	14		
5.3.1 Médecins agréés, généralistes et spécialistes	14		
5.3.2 Médecins membres de la Commission de réforme	15		
VI. LES MOTIFS DE SAISINE DE LA COMMISSION DE RÉFORME	15		
6.1. RECONNAISSANCE D'IMPUTABILITE	15		
		6.1.1 Accident de service	15
		6.1.2. Accident de trajet	16
		6.2. MALADIE PROFESSIONNELLE OU MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE (OU RECHUTE)	16
		6.3. CONSOLIDATION, RECHUTE, GUERISON	17
		6.4. FRAIS MEDICAUX ET CURE THERMALE	19
		6.5. REPRISE DE FONCTIONS ET ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE (ATI)	20
		6.6. RETRAITE POUR INVALIDITE	23
		6.7. MISE EN DISPONIBILITE D'OFFICE/REINTEGRATION	24
		6.8. RECLASSEMENT PROFESSIONNEL	26
		6.9. MAJORATION POUR TIERCE PERSONNE	26
		6.10. PRESTATIONS D'ASSURANCES INVALIDITE	27
		6.10.1. Pension d'invalidité	28
		6.10.2. Mise à la retraite pour invalidité du conjoint ou de l'enfant	29
		6.10.3. Pension pour orphelin majeur infirme ou pour veuf/ve invalide	29
		6.11. CONGE AU TITRE DE L'ARTICLE 4.1 DE LA LOI DE 1928	30
		VII. ÉLÉMENTS INDISPENSABLES A L'INSTRUCTION D'UN DOSSIER	31
		FICHE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE RÉFORME	31-32
		PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE POUR TOUTE SAISINE	33

I. INTRODUCTION

La Commission de Réforme est **une instance consultative médicale et paritaire** (composée de médecins membres du comité médical, de représentants de l'administration et de représentants du personnel), instituée sous l'autorité du préfet de Département relative aux trois fonctions publiques par décret n° 86-442 du 14 mars 1986.

Depuis le 1er avril 2013, la responsabilité de l'organisation et du fonctionnement du comité médical et de la commission de réforme a été transférée, pour l'ensemble des personnels relevant de la **Fonction Publique Territoriale**, pour ses collectivités et établissements affiliés au **Centre de gestion de la Mayenne** http://www.cdg53.fr/centre_de_gestion_instances-consultatives_la-commission-de-reforme.phtml, conformément à l'article 23 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifié.

Pour ce qui concerne les personnels stagiaires ou titulaires, en situation de détachement ou suivant un cycle de préparation à un concours donnant accès à un emploi permanent relevant de la **Fonction Publique d'Etat** (FPE) et de la **Fonction Publique Hospitalière** (FPH), cette responsabilité est du ressort de la **Direction Départementale de la Cohésion Sociale** (DDCS) depuis 2010 pour les collectivités affiliées et depuis fin 2015 pour les collectivités non affiliées.

⇒ L'adresse postale est la suivante :

DDCSPP de la Mayenne
Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Population
60 Rue Mac Donald – BP 93007 – 53063 LAVAL cedex 9

⇒ Accueil physique (consultation des dossiers exclusivement sur rendez-vous) ou sur demande écrite de l'agent avec justificatif d'identité :

Secrétariat des commissions départementales de réforme
60 Rue Mac Donald – BP 93007 – 53063 LAVAL cedex 9
Tel. : 02 43 67 27 53
ddcspp-cmcr@mayenne.gouv.fr

Liste des médecins agréés valable jusqu'au **31/12/2019**.

Médecins généralistes

Médecins spécialistes

Les coordonnées de ces médecins agréés de la Mayenne sont consultables sur le site de l'ARS (<http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/> voir rubrique Accompagnement et soins – Services de santé - Médecins agréés)

La commission de réforme se réunit une fois par mois (le mardi matin) sauf en juillet et en août. Le planning des séances est établi annuellement. Les dossiers incomplets seront retournés à l'administration.

Calendrier 2017 de la Commission de Réforme

La commission de réforme est consultée notamment pour :

- ✓ l'imputabilité au service de l'affection (accident ou maladie professionnelle) lorsqu'elle n'est pas reconnue par l'employeur ;
- ✓ la reconnaissance et la détermination du taux de l'invalidité temporaire ouvrant droit au bénéfice de l'allocation d'invalidité temporaire (AIT) ;
- ✓ la réalité des infirmités résultant d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, la preuve de leur imputabilité au service et le taux d'invalidité qu'elles entraînent, en vue de l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI)
- ✓ L'application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite
- ✓ la mise en disponibilité d'office pour raison de santé, la dernière période de mise en disponibilité d'office
- ✓ Demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle
- ✓ Prolongation d'un congé d'accident du service ou de maladie professionnelle
- ✓ Demande d'un temps partiel thérapeutique (TPT) après un congé accident de service ou maladie professionnelle en cas d'avis non concordants entre le médecin traitant de l'agent et le médecin expert agréé.
- ✓ Demande de reclassement dans un autre emploi suite à un accident de service ou maladie imputable au service
- ✓ Demande de retraite pour invalidité
- ✓ Demande de majoration pour tierce personne

Pour l'octroi des congés régis en application des dispositions du deuxième alinéa des 2° et 3° de l'article 34 de la loi du 11 janvier 1984 et l'imputabilité au service de l'affection entraînant l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article 34 (4°) de la loi du 11 janvier susvisée, la commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration. La commission de réforme peut, en tant que de besoin, demander à l'administration de lui communiquer les décisions reconnaissant l'imputabilité.

Références réglementaires : Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la décision 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 congé de maladie des fonctionnaires. Ces médecins sont agréés pour l'examen des fonctionnaires, notamment dans le cadre du comité médical ou de la commission de réforme ; ils sont également sollicités pour l'entrée en formation des étudiants paramédicaux

II. LA COMMISSION DE RÉFORME (CDR)

2.1. COMMISSION DE RÉFORME HOSPITALIÈRE

La Commission départementale de Réforme compétente pour les agents de la fonction publique hospitalière est instituée dans chaque département par un arrêté préfectoral (Arrêté préfectoral n° 2015063-003 du 3 mars 2015)

Cette commission, présidée par le préfet ou son représentant qui dirige les délibérations mais ne prend pas part aux votes, comprend :

- deux praticiens de médecine générale,
- deux représentants de l'administration nommés par arrêté préfectoral,
- deux représentants du personnel correspondant à la catégorie et au corps de l'agent, désignés par la CAP compétente (Art. 12 Décret 86-442)

2.2. COMMISSION DE RÉFORME D'ÉTAT

La Commission départementale de Réforme compétente pour les agents de la fonction publique d'état, présidée par le préfet ou son représentant qui dirige les délibérations mais ne prend pas part aux votes, comprend :

- deux praticiens de médecine générale,
- deux représentants de l'administration (le chef de service et le directeur départemental des finances publiques (DGFIP)) ou leur représentant,
- un ou deux représentants de l'administration de l'agent,
- deux représentants des personnels correspondant à la catégorie et au corps de l'agent, élus par les membres titulaires et suppléants de la commission administrative paritaire

La commission de réforme ne peut délibérer valablement que si au moins quatre de ses membres (titulaires ou suppléants) ayant voix délibératives assistent à la séance (le président n'a pas voix délibérative et ne prend pas part au vote) mais sa présence est nécessaire.

L'avis de la commission de réforme est **consultatif**. La décision finale revient à l'établissement ou administration dont dépend l'agent. L'employeur peut prendre une décision contraire à l'avis de la commission. En cas de décision contraire à l'avis, il en avise la commission de réforme.

Sa consultation est cependant **obligatoire** pour les cas suivants :

- La reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie professionnelle lorsqu'il entraîne un arrêt de travail de plus de 15 jours et quelle que soit la durée de l'arrêt dans le cas où il y aurait désaccord entre l'administration et le médecin traitant de l'agent (sauf pour la fonction publique hospitalière où tous les dossiers sont soumis en commission de réforme)
- La réintégration ou la prolongation à temps partiel pour raison thérapeutique, si et uniquement si les avis du médecin traitant de l'agent et du médecin agréé ne sont pas concordants (dans la limite d'un an maximum par maladie professionnelle ou accident), reclassement, prise en charge d'une cure thermale, des arrêts de travail et des soins, l'aménagement de poste de travail
- Le taux d'Invalidité Partielle Permanente (**IPP**) et l'attribution, révision quinquennale, révision en cas de nouvel accident de l'Allocation Temporaire d'Invalidité (**ATI**)
- La mise à la retraite pour invalidité si l'agent présente une inaptitude définitive et absolue à ses fonctions à la suite :
 - d'un accident ou d'une maladie reconnue imputable au service
 - d'une maladie ordinaire, d'une affection ouvrant droits à **Congé Longue Maladie (CLM)** ou **Congé Longue Durée (CLD)** (à épuisement des droits statutaires) et qu'il ne totalise pas 107 trimestres de service dans le cas d'infirmités non imputables.
- L'octroi de prestations diverses :
 - Allocation pour l'assistance d'une tierce personne
 - Pension de veufs
 - Pensions d'orphelins infirmes
 - Congés aux fonctionnaires réformés de guerre
 - - L'Allocation d'Invalidité Temporaire (AIT) A l'issue des droits statutaires, l'agent qui ne peut reprendre ses fonctions, ni être admis à la retraite et est atteint d'une maladie réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail, peut être reconnu en état d'invalidité temporaire ouvrant droit à une AIT.

Une demande doit être adressée à la CPAM dans un délai d'un an à l'expiration des droits à traitement ou indemnité.
- Le reclassement dans un autre emploi

III. FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE RÉFORME (CDR)

La demande d'inscription à l'ordre du jour d'une séance est adressée au secrétariat de la commission de réforme assuré par le service de la DDCSPP:

- ⇒ par l'employeur de l'agent. Le contenu du dossier diffère en fonction de la nature de la demande.
- ⇒ par l'agent concerné qui adresse une demande de saisine à son employeur, celui-ci devant alors transmettre la demande au secrétariat de la commission de réforme dans un délai de trois semaines. Passé ce délai, l'agent peut faire parvenir directement au secrétariat de la commission un double de sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. (Cf. **Article 13 du 4 août 2004** relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière et **Arrêté n°344536 du Conseil d'Etat du 22 juin 2011** qui précise qu'un agent qui souhaite saisir la commission de réforme a la possibilité de remédier à l'abstention de l'administration de transmettre sa demande en saisissant directement la commission de réforme). Le secrétariat accuse réception de la demande à l'agent concerné et à son employeur.

Les dossiers complets doivent être parvenus un mois avant la date de séance.

Le procès verbal est adressé à l'autorité administrative de l'agent.

Le dossier complet est examiné dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande d'inscription. Ce délai est de 2 mois quand la commission fait procéder à des mesures d'instruction, d'enquêtes ou d'expertises. Dans ce cas, le secrétariat notifie à l'intéressé et à son employeur la date prévisible d'examen de ce dossier.

Chaque dossier fait l'objet d'une note de présentation dans le respect du secret médical.

La commission doit être saisie de tous témoignages, rapports et constatations nécessaires pour éclairer son avis.

Avant la date de la réunion, le secrétariat de la commission de réforme convoque les membres titulaires et il informe l'agent de la date à laquelle son dossier sera examiné, au moins huit jours avant cette date pour les agents relevant de la FPE et quinze jours pour les agents relevant de la FPH.

Cette notification doit rappeler à l'intéressé qu'il peut :

- prendre connaissance, personnellement ou par l'intermédiaire de son représentant, de son dossier, dont la partie médicale peut lui être communiquée sur sa demande ou sur celle de son médecin.
- présenter des observations écrites et fournir des certificats médicaux. Il peut se faire entendre et se faire assister par un conseiller et par un médecin de son choix.

Références réglementaires :

Article 19 du Décret 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.

Afin d'éviter une annulation contentieuse devant le juge administratif pour non-respect du délai de huit jours (pour la FPE) fixé par **l'article 19 du décret du 14 mars 1986**, l'administration d'origine du fonctionnaire doit également être informée de la date de réunion de la commission de réforme pour faire connaître au fonctionnaire la faculté qui lui est offerte.

Le médecin du service de médecine préventive compétent à l'égard du personnel peut obtenir communication du dossier, présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la commission. Il remet **obligatoirement un rapport écrit en cas d'accident de service ou de maladie contractée dans l'exercice des fonctions, de congé de maladie attribuée d'office et en cas de réadaptation à l'emploi ou de reclassement dans un autre emploi.**

Un **rapport du médecin de prévention** est **obligatoire** dans les cas suivants :

- ⇒ imputabilité au service d'un accident, d'une maladie survenue dans l'exercice des fonctions, d'un acte de dévouement ;
- ⇒ aptitude sur un poste aménagé ou de reclassement ;
- ⇒ congé de longue durée pour affection contractée en service.

Référence :

Articles 26, 32,34, 43 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 où un rapport du médecin de prévention est obligatoire.

3.1. LE QUORUM

Pour que la commission puisse délibérer, il faut qu'au moins quatre de ses membres ayant voix délibérative assistent à la séance et que deux praticiens titulaires ou suppléants soient obligatoirement présents (en l'absence d'un médecin généraliste, le spécialiste a voix délibérative).

Pour pouvoir siéger avec voix délibérative, les médecins ne doivent pas avoir examiné, à titre d'expert ou en tant que médecin traitant, l'agent concerné. Le président ne prend pas part au vote. Au cas où un dossier ne peut être examiné par la commission de réforme en raison du non-respect des règles de quorum, il n'est pas nécessaire, en application de **l'article 12 du décret n° 83-1025 du 28 novembre 1983**, de procéder à une nouvelle saisine de la commission. L'examen du dossier sera effectué, après une nouvelle convocation portant sur le même ordre du jour, sans qu'aucun quorum ne soit exigé

(réponse ministérielle du 16 août 2005 n° 72340). Cette information doit être portée sur le procès verbal. La première séance sera formalisée dans un procès-verbal mentionnant l'absence de quorum.

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

Références réglementaires :

* **Article 31 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003** relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales : « La commission compétente est celle du département où le fonctionnaire exerce ou a exercé, en dernier lieu, ses fonctions. »

* **Article 12 du décret n° 83-1025 du 28 novembre 1983** concernant les relations entre l'administration et les usagers : « A défaut de dispositions réglementaires contraires, le quorum est égal à la moitié du nombre des membres titulaires composant l'organisme dont l'avis est sollicité. Lorsque le quorum n'est pas atteint sur un ordre du jour donné, l'organisme délibère valablement sans condition de quorum après une nouvelle convocation portant sur le même ordre du jour et spécifiant qu'aucun quorum ne sera exigé. »

3.2. LA PORTÉE DES AVIS DE LA CDR

La commission de réforme émet des avis simples ne liant pas la collectivité employeur. Il n'y a pas d'instance d'appel pour les avis de la commission de réforme.

Seule la décision de l'autorité administrative est susceptible de recours auprès du Tribunal administratif.

3.3 LA CONTESTATION DES AVIS

L'agent peut, sur le fondement de faits nouveaux significatifs, saisir, une nouvelle fois, la commission de réforme. C'est le cas, notamment, lors d'une nouvelle expertise dont les conclusions sont contraires, soit à celles de l'expertise sur laquelle la commission s'est fondée pour donner son avis précédent, soit au dernier avis de la commission de réforme.

Il peut en outre contester la décision de l'administration par un **recours gracieux** (auprès de l'auteur de la décision) ou **hiérarchique** (auprès de l'autorité supérieure de l'auteur de la décision).

Il peut aussi opter pour un **recours contentieux** auprès du tribunal administratif, deux mois après la notification de la décision, si les voies et délais de recours y sont indiqués ; sans délai sinon.

COORDONNÉES DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF DE NANTES :

6, allée de l'Île-Gloriette

BP 24111 - 44041 Nantes Cedex 1

Téléphone : +33 2 40 99 46 00

Télécopie : +33 2 40 99 46 58

Courriel : greffe.ta-nantes@juradm.fr

DDCSP 53 - Schéma de saisine de la commission départementale de réforme

ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT ADMINISTRATIF	Etat du dossier	Commentaires	
LE SECRÉTARIAT DE LA COMMISSION DE RÉFORME	EN ATTENTE DE RÉCEPTION DU DOSSIER DE SAISINE	L'intégralité du rapport de l'expertise médicale doit être communiquée sous pli confidentiel	
	EN COURS D'INSTRUCTION	Les pièces constitutives du dossier de saïne varient selon la nature de la demande. Se référer au guide chapitre VII.	
	INSCRIT A L'ORDRE DU JOUR	Inscrit le dossier à l'ordre du jour	Le dossier est inscrit à l'ordre du jour de la réunion de la commission de réforme dans le mois qui suit la constitution du dossier complet. Les dates limites de réception des dossiers sont indiquées sur le calendrier annuel des commissions
		Convoque au moins 15 jours avant la date de la réunion les membres titulaires de la commission (médecins, élus, représentants du personnel)	L'ordre du jour est établi de manière définitif 15 jours avant la date de la réunion
		Informe l'agent 15 jours au moins avant la date de la réunion : <ul style="list-style-type: none"> ▪ de la date à laquelle la commission examinera son dossier ▪ la possibilité de prendre connaissance personnellement de son dossier ou par l'intermédiaire de son représentant, la possibilité de présenter des observations écrites et fournir des certificats médicaux 	Les consultations de dossier par les agents ou les représentants du personnel se font auprès du secrétariat de la commission de réforme uniquement sur rendez-vous et au minimum 8 jours avant la date de la commission
		Assiste aux réunions et rédige le procès-verbal	
	COMPTE RENDU DE RÉUNION POUR DÉCISION DE L'EMPLOYEUR	Transmet le procès-verbal et les états de frais des membres de la commission à l'établissement de rattachement administratif de l'agent,	La copie du procès-verbal peut être transmise à l'agent sur sa demande écrite au secrétariat de la commission de réforme
ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT ADMINISTRATIF	Notifie par un arrêté sa décision à l'agent concerné	L'établissement de rattachement administratif de l'agent doit informer le secrétariat de la commission de réforme des décisions qui ne sont pas conformes à son avis	

IV. PROCÉDURE DE L'EXPERTISE MÉDICALE

La prise de rendez-vous est effectuée par les secrétariats des instances médicales car elle exige une connaissance de la pathologie de l'agent pour le choix du médecin expert : il s'agit de respecter le secret médical.

Les **seules exceptions** à cette règle sont les expertises demandées par l'employeur en amont de la saisine de la CR dans le cadre de **l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident et en application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite.**

LORSQU'UNE EXPERTISE MÉDICALE EST DEMANDÉE, il revient par conséquent à l'administration de :

- Prendre rendez-vous avec un médecin expert agréé
- Envoyer une convocation à l'agent en lui précisant de se présenter chez l'expert muni de son dossier médical.
- Confirmer par courrier le rendez-vous à l'expert en lui indiquant clairement la question posée: reconnaissance de maladie professionnelle, fixer date de consolidation et taux d'ATI et demander expressément que soit joint à l'expertise un double des conclusions (l'expertise devrait arriver sous pli confidentiel secret médical à n'ouvrir que par un médecin, tandis que les conclusions sont accessibles à l'administration)
- Joindre à la demande d'expertise le dossier de l'agent composé de toutes pièces médicales
- Réceptionner l'expertise et le double des conclusions puis les joindre au dossier complet qui sera transmis au secrétariat de la commission de réforme
- Vérifier que l'expertise est bien datée, signée et que l'expert réponde bien à toutes les questions posées (le cas échéant, lui demander des compléments)
- Bien préciser dans la fiche de renseignements prévue à cet effet : l'objet de la saisie de la Commission de réforme et les périodes d'arrêts de travail et de soins à prendre en charge

L'agrément des médecins et l'intervention du médecin agréé sont prévus par le décret n°86-442 du 14 mars 1986 (J.O. du 16 mars 1986) et par la circulaire FP4 n°1711 du 30 janvier 1989. Le médecin agréé doit agir en toute indépendance dans le cadre de sa mission. Il est précisé que le médecin agréé qui réalise l'expertise médicale ne peut pas siéger pour la même affaire comme membre de la commission de réforme ou du comité médical (cf. art. 7 et 12 du décret du 14 mars 1986).

Le médecin agréé a pour mission de poser un diagnostic médical en vue de permettre à l'administration d'apprécier juridiquement la satisfaction des conditions mises à l'attribution d'un droit à indemnisation. Il a également un rôle de conseil en ce sens qu'il doit suggérer à l'administration les solutions de maintien ou de retour à l'activité qui lui paraissent envisageables d'un point de vue médical. Devant bien connaître les contours de la protection sociale des fonctionnaires, il a un regard médico-administratif sur l'ensemble de la situation du fonctionnaire et doit placer son expertise dans ce contexte.

Il appartient au médecin agréé de prendre connaissance de la mission qui lui a été confiée. Généralement, l'administration précise les questions auxquelles elle souhaite obtenir des réponses. Le médecin agréé a donc l'obligation d'orienter ses investigations pour satisfaire le besoin exprimé.

Toutefois, l'administration ne peut pas connaître les incidences utiles à l'examen médico-administratif que les investigations menées dans le cadre de la mission pourraient révéler. Il appartient alors au médecin agréé d'informer l'administration de l'évolution du champ de la mission (avis sapiteur) afin de statuer sur tous les aspects qui conduisent à la mise en jeu de la protection sociale du fonctionnaire.

Il serait souhaitable que le médecin agréé puisse consulter le dossier médical du fonctionnaire afin de lui permettre de connaître l'origine des infirmités qui sont l'objet de l'expertise médicale et le lien de ces infirmités avec l'exécution du service.

A cet égard, le médecin agréé invite le fonctionnaire à produire les pièces médicales utiles qui sont en sa possession ou, le cas échéant, à l'autoriser à contacter son médecin traitant.

Il appartient au médecin agréé de préciser, pour chaque infirmité, les antécédents et les facteurs de risque, décrire soigneusement les circonstances d'apparition, les étapes de son évolution et les traitements suivis.

Dans ce contexte, dès le premier échange, le médecin agréé doit indiquer au fonctionnaire l'objet et la finalité de sa mission d'expert.

Il invite le fonctionnaire à exposer sa situation médicale, ses affections et leur répercussion au plan de la gêne fonctionnelle. Ce temps d'écoute est un moment privilégié pour apprécier le vécu médical du fonctionnaire. L'échange doit être conduit de façon à éclairer le contexte général, les circonstances professionnelles et l'incapacité fonctionnelle du fonctionnaire. La fiabilité de ses déclarations doit être vérifiée par la reformulation ou le recoupement.

Chacune des infirmités doit être décrite précisément : nature, causes, importance, évolution, incapacité fonctionnelle détaillée. Cette description doit être rapprochée de **l'inventaire des pathologies du barème d'invalidité des fonctionnaires**, de sorte que l'on puisse en retrouver la référence. Le barème n'étant pas exhaustif, une infirmité non recensée doit être replacée dans la description du barème la plus proche.

Références bibliographiques : DGFIP - Service des Retraites de l'Etat, Guide méthodologique d'expertise médico-administrative, ÉDITION 2010

5.1. FRAIS D'EXPERTISE

L'**expertise** est à la charge de l'administration.

L'agent qui souhaiterait un nouvel examen de son dossier, alors que l'employeur a tous les éléments nécessaires pour prendre sa décision suite à l'avis de la commission de réforme, devra prendre en charge les frais d'expertise.

En effet, il convient de rappeler que les décisions prises par l'autorité administrative peuvent faire l'objet d'un **recours contentieux** dans les deux mois qui suivent la notification de la décision de l'intéressé. Un recours contentieux (conditions de droit commun) est possible contre la décision de l'administration ou le refus de la CNRACL mais pas contre l'avis de la commission de réforme qui n'est pas créateur de droit.

La réglementation ne prévoit pas de délai pour contester les conclusions. En pratique, les contestations doivent être formulées dès que les conclusions ou avis litigieux sont connus par le fonctionnaire ou l'autorité administrative.

5.2. FRAIS DE CONTRE-EXPERTISE

Aucune disposition statutaire ne prévoit la possibilité de contester les avis rendus par la commission de réforme. Cependant, il peut être opportun de rechercher une solution par une nouvelle consultation avant que l'affaire ne soit portée au contentieux. L'administration peut alors demander une contre-expertise à un médecin spécialiste agréé qui n'a pas encore été consulté sur le dossier de l'intéressé.

Si les conclusions de ce médecin vont dans le même sens que celles de la commission de réforme, l'administration est suffisamment éclairée pour prendre sa décision ; en revanche, si elles expriment une opinion différente, elle peut demander une nouvelle délibération à l'instance consultative. Les démarches sont à l'initiative de l'administration et l'expertise est à sa charge.

5.3. FRAIS DES MÉDECINS

5.3.1 Médecins agréés, généralistes et spécialistes

Les honoraires*, frais d'examen médicaux sont calculés d'après les dispositions de **l'article 53 du décret du 14 mars 1986**. Les honoraires et les autres frais médicaux résultant des examens prévus au décret susvisé, et les frais éventuels de transport du malade examiné, sont à la charge du budget de l'administration intéressée. Les tarifs d'honoraires des médecins agréés et les conditions de rémunération et d'indemnisation des membres des comités médicaux prévues au présent décret sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la fonction publique, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la santé.

Ces frais sont à la charge de :

⇒ La Caisse des Dépôts et Consignations pour ce qui concerne l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI)

⇒ La CNRACL pour ce qui concerne l'invalidité, la prolongation d'activité de deux ans,

⇒ La collectivité pour ce qui concerne l'invalidité temporaire (AIT), le reclassement, l'imputabilité au service.

5.3.2 Médecins membres de la Commission de réforme

Les rémunérations* accordées aux médecins siégeant à la Commission de réforme prévue à l'article R.45 du code des pensions civiles et militaires de retraite sont les mêmes que celles des médecins et leurs suppléants désignés pour faire partie des comités médicaux.

Ils peuvent bénéficier du remboursement de leurs frais de transport et, dans le cas d'utilisation d'un véhicule personnel, ils sont indemnisés sur la base d'indemnités kilométriques.

Référence réglementaire :

*Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986

*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.

VI. LES MOTIFS DE SAISINE DE LA COMMISSION DE RÉFORME

6.1. Reconnaissance d'imputabilité

⇒ Reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident (de service ou de trajet) ou d'une maladie en lien avec le risque professionnel en cas de non reconnaissance de l'imputabilité par l'administration ou l'établissement de rattachement administratif de l'agent.

6.1.1 Accident de service

L'accident 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 ressort de la jurisprudence que la notion « de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail ou du trajet une lésion du corps humain » a été abandonnée et que la définition de l'accident de service prend dorénavant en compte des considérations liées au temps et au lieu de travail, à l'activité exercée au moment de l'accident et au lien de causalité entre ce trouble subi par l'agent et ses fonctions. Il importe qu'une enquête soit immédiatement diligentée par l'administration lorsque survient un accident dans le service. Les résultats de celle-ci sont communiqués à la commission de réforme, lors de sa saisine, s'il y a lieu.

En effet, depuis l'arrêté du Conseil d'Etat du 30/06/95 **Bedez et Tronchon**, l'accident de services se caractérise donc désormais par la conjonction de trois éléments :

- le lieu de l'accident (lieu de travail)
- l'heure de l'accident (pendant ses heures de travail)
- l'activité exercée au moment de l'accident (en lien avec les fonctions exercées)

Le Conseil d'Etat a abandonné sa précédente jurisprudence basée sur l'intervention d'une « action soudaine et violente d'une cause extérieure » ou d'un

« fait traumatique ».

Le Conseil d'Etat a considéré, de façon constante, que l'accident de service correspondant aux trois critères cités ci-dessus, conservait sa qualification d'accident de service, même en cas de faute de l'agent. Seule une initiative personnelle de l'intéressé, sans aucun lien avec le service, peut faire perdre à l'accident une telle qualification.

Références réglementaires :

* dispositions statutaires concernant l'application de l'article 34- 2 de la loi n° 84 - 16 du 11 janvier 1984, portant sur la législation des accidents de service pour les agents de l'état.

6.1.2. Accident de trajet

Il appartient à l'agent qui en est la victime d'en apporter la preuve, selon la jurisprudence. Dès lors que la victime prouve que l'accident survenu sur le trajet pour se rendre à son travail, ou pour en revenir, se rattache à l'exécution du service, cet accident est assimilé à un accident de service.

Le trajet est le parcours, aller et retour, entre la résidence de l'agent et son lieu de travail ou entre le lieu de travail et le lieu de restauration habituel. Pour qu'un accident puisse être considéré comme un accident de trajet, ce parcours ne doit pas avoir été interrompu pour un motif d'ordre personnel, non lié aux actes nécessaires de la vie courante.

⇒ Reconnaissance de la rechute d'un accident ou d'une maladie en lien avec le risque professionnel en cas de non reconnaissance de l'imputabilité par l'administration ou l'établissement de rattachement administratif de l'agent.

⇒ Reconnaissance de l'imputabilité au service d'un acte de dévouement dans un intérêt public.

Références réglementaires :

* Article L411-1 et 2 du code de la sécurité sociale sur la définition de l'accident de travail et de trajet

6.2. Maladie professionnelle ou maladie contractée en service (ou rechute)

Contrairement à l'accident de travail et à l'accident de trajet, les maladies professionnelles ne font pas l'objet d'une définition légale générale. Ce sont des tableaux spécifiques visés à l'article L461-2 du Code de la Sécurité Sociale qui définissent celles qui sont indemnisables et précisent, pour chaque type d'affection, les conditions à remplir (délai de prise en charge, durée d'exposition au risque et liste d'activités concernées). Voir le site de l'INRS, l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, <http://www.inrs-mp.fr>

- Pour qu'une affection soit prise en charge, **trois conditions** doivent être réunies :

⇒ la maladie doit figurer dans un des tableaux ;

⇒ l'intéressé doit apporter la preuve de son exposition au risque ;

⇒ la maladie doit avoir été constatée médicalement dans le délai prévu par les tableaux (le point de départ de celui-ci se situant à la fin de l'exposition au risque). Le bénéfice d'un congé maladie pour maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions ne peut être obtenu que dans un délai de 4 ans suivant la première constatation de la maladie.

- La maladie n'est pas inscrite aux tableaux des maladies professionnelles

Lorsqu'une maladie ne remplit pas toutes les conditions d'un tableau, voire n'apparaît dans aucun tableau, elle peut néanmoins être reconnue comme maladie professionnelle. Dans tous les cas, une fois la déclaration faite par le salarié ou ses ayants-droits, c'est l'organisme de sécurité sociale qui reconnaît ou pas le lien entre la maladie et l'activité professionnelle.

- Peuvent ainsi être reconnues d'origine professionnelle :

⇒ les maladies désignées dans un tableau de maladies professionnelles mais pour lesquelles 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, lorsqu'il est établi qu'elles sont directement causées par le travail habituel de la victime ;

⇒ les maladies non désignées dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elles sont essentiellement et directement causées par le travail habituel de la victime et qu'elles entraînent une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % ou sont à l'origine de son décès.

RAPPEL : Depuis le 01/12/2008, lorsqu'un fonctionnaire demande la reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie professionnelle, la commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'administration reconnaît cette imputabilité. Seuls les dossiers avec conclusions d'expertises défavorables ou les demandes auxquelles l'administration souhaite émettre une décision négative, nonobstant l'avis favorable de l'expert (dans ce cas l'administration doit justifier cette décision afin d'éclairer les membres de la commission de réforme) sont soumises à la commission de réforme. L'administration doit motiver son refus de reconnaissance en faits et en droits au sens de l'article 1^{er} de la loi 79-587 du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs. A défaut, l'agent peut engager une procédure en annulation devant le tribunal administratif.

6.3. Consolidation, rechute, guérison

À l'issue de la période de soins et, éventuellement, de l'arrêt de travail, le médecin traitant doit établir un **certificat médical final**, indiquant les conséquences de l'accident ou de la maladie professionnelle :

- un **certificat médical final de guérison**, lorsqu'il y a disparition apparente des lésions avec retour à l'état antérieur.
- un **certificat médical final de consolidation**, lorsque les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, et avec ou sans séquelles entraînant une incapacité permanente. Dans ce cas, l'expert proposera un taux d'IPP au regard des barèmes en vigueur (Code des pensions civiles et militaires de retraite)

Le médecin expert est saisi de la question des conséquences de l'accident ou de la maladie reconnue et fixe une date de consolidation ou de guérison. Pour fixer le taux d'incapacité d'accident du travail ou maladie professionnelle, le médecin expert tient compte de la nature de l'infirmité, de l'état général de santé de la victime avec ses facultés physiques et mentales, de son âge, de ses aptitudes. Les infirmités multiples sont évaluées selon la **règle de balthazar**.

Les arrêts postérieurs à l'une de ces dates seront alors considérés comme non justifiés par la pathologie reconnue initialement. Dans les deux cas, une rechute est toujours possible.

❖ En cas de rechute ou aggravation

Après la guérison ou la consolidation, une rechute peut entraîner un traitement médical et, éventuellement, un arrêt de travail. La rechute suppose un fait nouveau : soit une aggravation de la lésion initiale, soit l'apparition d'une nouvelle lésion résultant de la maladie professionnelle. La révision du taux d'I.P.P. est motivée par une aggravation des séquelles en rapport avec l'accident ou la maladie sans que des soins actifs ou d'arrêts de travail soient nécessaires.

La rechute ne peut intervenir qu'après une guérison ou une consolidation.

Dans ce cas, le médecin traitant doit établir un **certificat médical de rechute** et indiquer précisément la nature de la maladie avec les symptômes constatés. À l'issue de la période de rechute, le médecin traitant établira un certificat médical final, **fixant une date de guérison ou de consolidation**. Le contentieux de la rechute relève de l'expertise médicale **L141-1 du code de la sécurité sociale**.

❖ Consolidation et reprise de l'activité professionnelle

Lorsque les **lésions sont évolutives**, et des soins restent nécessaires, mais une reprise n'est pas envisageable pour l'instant : Une visite de pré-reprise, non obligatoire, auprès du médecin du travail permet d'envisager les conditions du retour à l'emploi et surtout de prévenir, grâce à la mise en place de mesures adaptées, le risque de licenciement pour inaptitude.

Lorsque les **lésions sont évolutives** et des soins restent nécessaires, mais il est possible d'envisager une reprise sous conditions : un aménagement de l'activité, en termes de durée ou de pénibilité, peut être prescrit sous réserve de l'accord du médecin conseil et de l'employeur.

Lorsque les **lésions sont stables** et que la nécessité d'un traitement n'est plus : Le médecin traitant doit établir une **date de consolidation**, autrement dit celle de fin des soins « actifs » (c'est-à-dire non susceptibles de modifier l'évolution des lésions) ainsi que la liste des séquelles éventuelles.

Une visite de reprise (à ne pas confondre avec une visite de pré-reprise décrite plus haut) avec le médecin du travail devra être effectuée au plus tôt afin de déterminer les conditions de reprise de l'activité professionnelle de l'agent :

- Soit une reprise de l'activité professionnelle au poste de travail initial sans conditions,
- Soit une reprise de l'activité professionnelle avec aménagement du poste de travail,
- Soit un reclassement.

Des **soins post-consolidation** peuvent être prescrits en indiquant la durée de traitement retenue et sont de nature directement imputable à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle.

6.4. Frais médicaux et cure thermale

▪ Frais médicaux

Ils comprennent la prise en charge ou prolongation des arrêts et des soins, et sont liés à la reconnaissance de l'imputabilité de l'accident de service ou de trajet, de la maladie contractée en service ou de la maladie professionnelle (ou rechute).

La commission exerce un contrôle sur l'utilité et le montant des frais.

Seules les prolongations d'arrêts ou de soins ayant fait l'objet d'un avis défavorable de l'expert ou pour lesquelles l'employeur envisage une décision négative, nonobstant l'avis favorable de l'expert sont soumises à la commission.

▪ Cure thermale

Des périodes de cure, prescrites par un médecin traitant et avec l'accord de la CPAM (pour les fonctionnaires hospitaliers), peuvent, sous réserve de l'avis d'un médecin agréé que l'administration aura sollicité, être imputables à un arrêt maladie ordinaire.

Lorsque cette demande est effectuée en tant que soins post-accident de travail/trajet ou post-maladie professionnelle ou contractée en service reconnu(e), la commission de réforme pourra être sollicitée afin de vérifier l'opportunité de ces soins et déterminer la prise en charge éventuelle par l'employeur. Les soins, les frais de séjour du curiste, les frais de déplacement, et le cas échéant, ceux de la tierce personne qui l'accompagne, sont pris en charge par l'employeur, pour les cures consécutives à un accident de travail ou maladie professionnelle.

6.5. Reprise de fonctions et allocation temporaire d'invalidité (ATI)

■ Reprise de fonctions à Temps Partiel Thérapeutique (TPT)

Après un congé pour accident de service ou maladie professionnelle contractée dans l'exercice des fonctions, le travail à temps partiel thérapeutique (TPT) peut être accordé pour une période d'une durée maximale de 6 mois renouvelable une fois.

La demande d'autorisation de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique est présentée par le fonctionnaire accompagnée d'un certificat médical favorable établi par son médecin traitant. Elle est accordée après avis concordant du médecin agréé par l'administration. **Lorsque les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants, la commission de réforme est saisie (Art. 34 bis de la loi du n°84-16 du 11 janvier 1984 modifié, par l'Ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 – art. 8).**

Le temps partiel thérapeutique peut être accordé :

-soit parce que la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'agent

-soit parce que l'agent doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Ce temps partiel thérapeutique ne peut, en aucun cas, être inférieur à 50%

À l'issue d'une période de temps partiel thérapeutique, le fonctionnaire reprend ses fonctions à temps plein sans intervention du comité médical ou de la commission de réforme. Le fonctionnaire qui a épuisé ses droits au temps partiel thérapeutique et qui n'est pas en capacité de reprendre ses fonctions à temps plein peut demander à travailler à temps partiel.

Les périodes de temps partiel pour raison thérapeutique ne peuvent être suspendues par les congés annuels, ni par les congés de maladie ou autres absences. Elles se calculent de date à date à compter de la prise d'effet.

*Références : Lettre-circulaire DH/FH1 n° 5387 du 6 mars 1996 relative aux congés de maladie intervenant au cours d'une période de mi-temps thérapeutique pour les agents de la **fonction publique hospitalière**.*

Loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

Article 41-1 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Article 34 bis de la Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat modifié, par l'Ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 – art.8

La loi n°2007-148 du 2 février 2007 instaure le temps partiel thérapeutique. Il se substitue à l'ancien mi-temps thérapeutique.

Dans le cas où un congé de maladie ordinaire est accordé à un agent au cours d'un mi-temps thérapeutique, la durée du congé s'impute sur la période du mi-temps sans la prolonger. Toutefois, si la durée du congé est suffisamment importante pour justifier la saisine du comité médical départemental et si celui-ci estime que la nature de l'affection le justifie, la période de mi-temps peut être suspendue durant le congé de maladie. A l'issue de ce congé, le comité médical départemental devra se prononcer sur la nécessité pour l'agent de reprendre son service dans le cadre du mi-temps thérapeutique et cela pour les mêmes raisons médicales que celles ayant ouvert droit à ce régime particulier de travail.

Par analogie, lorsqu'un fonctionnaire, réintégré à mi-temps thérapeutique, est placé en congé pour accident de service, la durée du congé pour accident de service s'impute sur la période de mi-temps thérapeutique sans la prolonger. Si la gravité de l'accident le justifie, la période de mi-temps thérapeutique est interrompue pendant le congé pour accident de service. A l'issue de ce congé, la commission départementale de réforme, saisie, émettra un avis sur la réintégration du fonctionnaire concerné et sur la possibilité de lui accorder une période de mi-temps thérapeutique au titre de l'accident de service.

■ **Reprise de fonctions avec aménagement des conditions de travail ou reclassement**

Les fonctionnaires et les agents non titulaires, dont état de santé est altéré et ne leur permet plus d'exercer leurs fonctions, peuvent bénéficier d'un aménagement de leur poste de travail conforme à leur état physique et, lorsque cet aménagement est impossible ou insuffisant, d'un reclassement professionnel pour inaptitude physique à leurs fonctions (mais pas à toutes fonctions).

■ **Reconnaissance de l'invalidité partielle permanente (IPP) et Allocation temporaire d'invalidité (ATI) : octroi ou révision**

L'ATI est une prestation attribuée à un fonctionnaire qui, à la suite d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie imputable au service, présente des infirmités permanentes qui ont fait l'objet d'une consolidation et qui lui permettent de reprendre ses fonctions, s'il avait interrompu son activité. Le droit à cette prestation peut également être ouvert si le fonctionnaire atteint la limite d'âge ou est radié des cadres avant de pouvoir reprendre ses fonctions.

Elle est versée par la Caisse des Dépôts et Consignations aux agents relevant de la CNRACL (FPH) ou du service des pensions (FPE) et vient en supplément du traitement. L'ATI est accordée pour une durée de 5 ans et fait l'objet, à l'expiration de cette période, d'une révision obligatoire. Elle fait l'objet d'une révision en cas de nouvel accident ou de maladie imputable au service, et en cas de radiation des cadres.

Pour introduire valablement cette demande, **un délai doit être respecté sous peine de forclusion**. L'agent doit donc normalement établir cette demande par écrit auprès de son administration (qui doit en accuser réception) dans le **délai d'un an** qui court :

- à compter de la date de reprise des fonctions si cette reprise a eu lieu après consolidation des infirmités ;
- à compter de la date de consolidation de ses séquelles dès lors que la consolidation est postérieure à la reprise des fonctions.

Dans certains cas, le délai court à partir de la date de la constatation officielle de la consolidation.

Ce délai d'un an est impératif. La forclusion fait perdre définitivement à l'agent tout droit à une allocation temporaire d'invalidité pour les séquelles de son accident.

Toutefois, lorsque le fonctionnaire n'a pas interrompu son activité 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.

Pour bénéficier de l'ATI, les fonctionnaires doivent justifier d'un taux d'**IPP (Invalidité Partielle Permanente)** résultant :

- soit d'un accident de service ayant entraîné une incapacité d'un taux indemnisable ou moins égal à 10 %,
- soit de l'une des maladies professionnelles ou d'origine professionnelle énumérées par les tableaux pour lesquelles aucun taux minimum n'est exigé,
- soit d'une maladie qui ne figure dans aucun tableau, mais en lien direct et essentiel avec les travaux exercés et entraînant un taux d'IPP d'au moins 25 %.

- BO 361 des pensions civiles de l'État - Lettre n° A 2-4661 du 10 août 1981-

Toute demande d'allocation temporaire d'invalidité déposée dans les délais doit faire l'objet d'un examen par la commission de réforme prévue à **l'article L 31 du Code des pensions de retraite**, même si le taux d'invalidité évalué par le médecin traitant, le médecin assermenté ou le comité médical, est inférieur au minimum indemnisable de 10 %.

Toutefois la stricte application de cette règle conduirait à alourdir considérablement la charge des services gestionnaires sans intérêt pratique pour les fonctionnaires.

Aussi a-t-il été prévu que l'administration pourrait en pareil cas rejeter la demande à condition d'informer en même temps l'agent qu'il pourra solliciter un nouvel examen de sa situation en cas d'aggravation de ses infirmités justifiant un taux d'invalidité au moins égal à 10 % à la date d'ouverture du droit (cf. lettre n° P2-6959 du 9 octobre 1969, B.I. n° 237-C-3°/C-P 7-69-9).

D'ailleurs il est admis que le délai d'un an imparti pour formuler une demande d'allocation temporaire d'invalidité ne commence à courir qu'à partir du moment où l'intéressé est effectivement en droit de prétendre au bénéfice d'une telle prestation, c'est-à-dire du jour où il peut justifier d'un taux d'invalidité au moins égal à 10 % (cf. lettre n° A 2-11628 du 16 décembre 1975, B.I. n° 305-C-6°/C-P7-75-6).

Dans cette dernière hypothèse, ce délai court de la date de constatation officielle par le médecin assermenté de l'Administration ou par le comité médical de l'aggravation des infirmités conduisant après consolidation à un taux d'invalidité au moins égal à 10 %.

L'**ATIACL**, régie par le **décret n°2005-442 du 02 mai 2005** (abrogeant le décret 63-1346 du 24 décembre 1963 modifié) est une prestation attribuée à un fonctionnaire territorial ou hospitalier qui, à la suite d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie professionnelle, présente des infirmités permanentes lui permettant néanmoins de reprendre ses fonctions.

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

NB : *Il ne faut pas confondre l'ATI avec l'allocation d'invalidité temporaire (AIT) servie par le régime général de Sécurité Sociale à tout agent local au titre d'une invalidité non imputable au service.*

Lorsque le fonctionnaire bénéficiait de l'allocation temporaire d'invalidité (Ati) et qu'il est mis en retraite en raison de l'aggravation de l'invalidité ayant ouvert droit à l'Ati, la rente d'invalidité remplace l'Ati.

*L'allocation temporaire d'invalidité a été créée en 1959 pour la "couverture" accident de travail des agents de l'État.
En 1961, cet avantage a été étendu facultativement aux agents des collectivités locales pour lesquels il est devenu obligatoire en 1969*

6.6. Retraite pour invalidité

Le fonctionnaire définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions peut être mis, d'office ou à sa demande, en retraite anticipée pour invalidité. La retraite donne droit à une **pension de retraite** et éventuellement à **une majoration de sa pension en cas de recours à un tiers** pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Il a également droit à une **rente d'invalidité** en cas d'invalidité d'origine professionnelle.

Pour pouvoir mettre en œuvre la procédure de retraite pour invalidité :

- L'inaptitude définitive et absolue de l'agent à ses fonctions et à toutes fonctions doit être prononcée
- L'invalidité doit avoir été contractée ou aggravée alors que le fonctionnaire était en position valable pour la retraite
- Le reclassement du fonctionnaire n'a pas été possible

A NOTER : la procédure d'admission à la retraite doit être initiée au moins 6 mois avant la date de radiation des cadres

Le fonctionnaire qui demande son admission à la retraite pour invalidité non imputable au service après avoir accompli vingt-cinq ans de services valables pour la retraite et non déjà rémunérés par une pension ou une solde de réforme, bénéficie déjà, au seul titre de ses services, d'une pension égale au minimum garanti de 50 p. 100 du dernier traitement. Il n'est donc pas nécessaire de saisir la commission de réforme pour fixer un taux d'invalidité qui sera sans influence sur le montant de la pension. La constatation par le comité médical de l'inaptitude physique de l'intéressé à poursuivre son activité suffit à accorder par anticipation une **pension à jouissance immédiate** dont le montant résulte du nombre d'années de services.

De même, il n'y a pas lieu de consulter la commission de réforme lorsque le fonctionnaire est décédé pour une cause à l'évidence étrangère à l'exercice des fonctions. En ce cas, il est fait une application automatique du minimum garanti de 50 p. 100 du dernier traitement pour la **pension de réversion**, sauf si l'intéressé présentait une infirmité préexistante à la maladie ou à l'accident ayant entraîné le décès et ne réunissait pas 25 annuités valables pour la retraite.

6.7. Mise en disponibilité d'office/Réintégration

Un agent est mis en disponibilité d'office lorsque sa situation professionnelle ou de santé l'empêche d'exercer sa fonction.

Il existe trois types de disponibilités d'office :

- La disponibilité d'office **pour des raisons de santé** : c'est soit le **comité médical** qui se prononce sur la capacité du fonctionnaire à occuper l'emploi (Article 4 - Décret n°87-602 du 30 juillet 1987). Soit la **commission de réforme** lorsque la disponibilité est prononcée à l'issue d'un congé de longue durée accordé pour maladie professionnelle.
- La disponibilité d'office **en attente de réintégration**.
- La disponibilité d'office **à l'issue d'une réorientation professionnelle**.

❖ S'agissant des **conditions de la mise en disponibilité d'office pour des raisons de santé**, le fonctionnaire peut être mis en disponibilité d'office lorsqu'il a épuisé ses droits à :

- congé de maladie,
- congé de longue maladie, ou
- congé de longue durée,

Le fonctionnaire ne pouvant, à l'expiration de la dernière période de congé de longue maladie ou de longue durée, reprendre son service est soit reclassé dans un autre emploi, en application du **décret n°84-1051 du 30 novembre 1984** pris en application de l'article 63 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat en vue de faciliter le reclassement des fonctionnaires de l'Etat reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions, soit **mis en disponibilité**, soit admis à la retraite après avis de la commission de réforme.

Il faut que l'agent soit inapte temporairement à reprendre son travail par opposition à l'inaptitude définitive qui conduit à la retraite pour invalidité.

Pendant toute la durée de la procédure requérant soit l'avis du comité médical, soit l'avis de la commission de réforme, soit l'avis de ces deux instances, le paiement du demi-traitement est maintenu jusqu'à la date de la décision de reprise de service ou de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite.

La mise en disponibilité prévue aux **articles 27 et 47 du décret n°86-442 du 14 mars 1986** est prononcée après avis du comité médical ou de la commission de réforme sur l'inaptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions.

Lorsqu'un fonctionnaire a obtenu pendant une période de douze mois consécutifs des congés de maladie d'une durée totale de douze mois, il ne peut, à l'expiration de sa dernière période de congé, reprendre son service sans **l'avis favorable du comité médical**. La disponibilité d'office prend alors fin lorsque le comité médical a approuvé l'aptitude physique de l'agent à exercer ses fonctions correspondant à son grade. Il y a donc réintégration du fonctionnaire.

En cas d'avis défavorable il est soit mis en disponibilité, soit reclassé dans un autre emploi, soit, s'il est reconnu définitivement inapte à l'exercice de tout emploi, admis à la retraite après avis de la commission de réforme.

La mise en disponibilité est accordée pour une durée maximale d'un an et peut être renouvelée à deux reprises pour une durée égale. Toutefois, si à l'expiration de la troisième année de disponibilité le fonctionnaire est inapte à reprendre son service, mais s'il résulte d'un avis du comité médical qu'il doit normalement pouvoir reprendre ses fonctions avant l'expiration d'une nouvelle année, la disponibilité peut faire l'objet d'un troisième renouvellement. En principe, le fonctionnaire mis en disponibilité d'office n'acquiert aucune rémunération, aucun droit à avancement et retraite.

L'avis est donné par la commission de réforme lorsque le congé antérieur a été accordé en vertu du deuxième alinéa de l'article 34 (4°) de la loi du 11 janvier 1984 susvisée.

Le renouvellement de la mise en disponibilité est prononcé après avis du comité médical. Toutefois, lors du dernier renouvellement de la mise en disponibilité, l'avis est donné par la commission de réforme (4^{ème} période).

❖ S'agissant des **conditions de la mise en disponibilité d'office en attente de réintégration**, le fonctionnaire peut être placé en disponibilité d'office à l'issue d'un détachement, d'une disponibilité sur demande ou d'une mise hors cadres, en l'absence d'emploi vacant ou en cas de refus de l'emploi proposé.

❖ S'agissant des **conditions de la mise en disponibilité d'office à l'issue d'une réorientation professionnelle**, le fonctionnaire d'État placé en situation de réorientation professionnelle, qui a refusé successivement trois offres d'emploi public fermes et précises correspondant à son grade et à son projet personnalisé d'évolution professionnelle, peut être placé en disponibilité d'office.

Il existe plusieurs **conditions de réintégration en fin de disponibilité** par la fonction publique :

- Pour les agents relevant de la FPE, il y a réintégration sur un des trois premiers emplois vacants dans son grade. Maintien en disponibilité en attendant.
- Pour les agents relevant de la FPH, il y a réintégration à la première vacance d'emploi dans le grade si la disponibilité est inférieure à 3 ans.

Références réglementaires :

Le Décret n° 2011-1245 du 5 octobre 2011 a pour objet de garantir la rémunération des fonctionnaires des trois fonctions publiques à l'issue de leurs droits statutaires à congé pour raison de santé (congés de maladie, de longue maladie et de longue durée) en cas d'attente d'une décision de l'administration en matière de réintégration, de reclassement ou de mise en disponibilité.

A cet effet, il étend le dispositif actuellement en vigueur de maintien du demi-traitement, à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie, longue maladie ou longue durée, pour les fonctionnaires en attente d'une décision de mise à la retraite pour invalidité, à tous les autres cas d'attente d'une décision de l'administration.

6.8. Reclassement professionnel

Le reclassement professionnel ne doit intervenir qu'en dernier ressort, s'il n'est pas possible d'aménager les conditions d'exercice des fonctions de l'agent.

Les fonctionnaires et les agents non titulaires, dont l'état de santé est altéré et ne leur permet plus d'exercer leurs fonctions de façon temporaire ou permanente, peuvent bénéficier d'un aménagement de leur poste de travail conforme à leur état physique. Si les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail ou s'il est insuffisant, l'administration, après avis du médecin exerçant la santé au travail dans la Fonction publique, peut entamer une procédure de reclassement professionnel pour inaptitude physique.

6.8.1 Reclassement sur un autre emploi du même grade

Après reconnaissance d'une incapacité, temporaire ou définitive, à exercer ses fonctions, l'agent peut être affecté par son administration sur un autre emploi de son grade. Les conditions de travail de ce poste doivent être adaptées à l'état physique de l'agent.

Il est possible que son état physique lui permette de travailler, mais pas de remplir les fonctions correspondant à son grade. Dans ce cas, l'agent a la possibilité de demander un reclassement dans un emploi d'un autre grade ou d'un autre corps.

6.8.2 Reclassement sur un emploi d'un autre grade

Après acceptation d'une proposition de reclassement de l'administration, un agent peut être reclassé sur un emploi relevant d'un autre grade.

Le grade d'intégration peut être d'un niveau inférieur ou supérieur.

L'agent conserve le bénéfice de sa rémunération antérieure si l'indice auquel il est reclassé est inférieur à son indice antérieur.

6.8.3 Reclassement dans un autre corps ou cadre d'emploi

Un reclassement dans un nouveau corps ou cadre d'emplois est possible si l'état de santé de l'agent ne lui permet plus d'exercer de fonctions correspondant à son grade. Ce reclassement s'effectue soit par détachement, soit par concours ou examens professionnels aménagés.

6.9. Majoration pour tierce personne

Si l'agent titulaire d'une pension d'invalidité est obligé de recourir à l'assistance constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante (*se lever, se nourrir et se laver*), il peut obtenir une majoration spéciale. Cette majoration est accordée pour 5 ans. Au terme de cette période, la situation du fonctionnaire est révisée, si les conditions sont toujours requises, la majoration est accordée définitivement.

Dans le cas contraire, elle est supprimée. Néanmoins, elle peut à tout moment être rétablie à partir de la date de la demande du fonctionnaire s'il remplit de nouveau les conditions pour en bénéficier.

6.10. Prestations d'assurances invalidité

Les employeurs publics (Etat, collectivités et établissements de santé) assument en effet la totalité des attributions des régimes de base s'agissant de l'assurance « accidents du travail/maladies professionnelles » (AT-MP). A ce titre, ils assurent et prennent en charge financièrement à la fois les prestations en nature et les prestations en espèces.

La commission de réforme apprécie la réalité des infirmités ou de la maladie professionnelle ainsi que le taux d'invalidité qu'elles entraînent. Le taux d'invalidité est fixé en fonction des barèmes propres à la fonction publique et figurant au **décret n°68-756 du 13 août 1968** pris en application de **l'article L. 28 du code des pensions civiles et militaires de retraite**

En vertu du principe défini à **l'article L.712-1 du code de la sécurité sociale** l'employeur assure l'équivalence des droits à prestations avec ceux du régime général en liquidant et servant lui-même, le cas échéant, des prestations du régime général. Dans les cas où un agent ne peut reprendre l'exercice de ses fonctions et a épuisé ses droits statutaires à congé maladie, en l'absence de toute rémunération et s'il se trouve en **situation d'invalidité temporaire non imputable au service**, l'employeur sert à cet agent dès lors qu'il remplit les conditions d'ouverture de droits du régime général, une allocation d'invalidité temporaire correspondant aux prestations de sécurité sociale de **pension d'invalidité** (D.712-13 à D.712-18 CSS).

Le fonctionnaire atteint d'une **invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail** peut par conséquent bénéficier dès lors qu'il ne reprend pas ses fonctions et dès lors qu'il ne peut pas bénéficier d'une retraite d'une allocation d'invalidité temporaire déterminée en fonction d'une des trois catégories d'invalidité fixée pour la pension d'invalidité du régime général. L'AIT est versée par périodes renouvelables de 6 mois jusqu'à ce que le fonctionnaire reprenne ses fonctions ou atteigne l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite.

Un fonctionnaire atteint d'une invalidité dont le caractère permanent et stabilisé a été reconnu, qu'elle résulte ou non de l'exercice des fonctions, et qui se trouve dans l'incapacité d'exercer ses fonctions, peut être **radié des cadres et mis à la retraite pour invalidité** quel que soit son âge, son taux d'invalidité ou la durée de ses services.

La radiation des cadres n'intervient qu'après que la commission de réforme ait reconnu l'incapacité permanente du fonctionnaire à l'exercice de ses fonctions et si l'employeur public n'a pu, en application des dispositions statutaires (art 63 de la loi 84-16, art 81 à 86 de la loi n°84-13 et art 71 à 76 de la loi n°86-33) procéder au **reclassement de l'agent** sur un autre emploi.

*Le fonctionnaire radié des cadres pour invalidité bénéficie alors **d'une pension pour invalidité** soit imputable au service lorsqu'elle résulte de l'exercice des fonctions (art L. 27 du CPCMR) soit non imputable lorsqu'elle n'en résulte pas (art L.29 du CPCMR).*

Dans le cas où l'invalidité résulte de l'exercice des fonctions, la pension civile d'invalidité peut être augmentée d'une **rente viagère d'invalidité**. Lorsque le fonctionnaire bénéficiait d'une ATI, celle-ci est transformée en rente viagère d'invalidité. Le montant de cette rente correspond à la fraction du dernier traitement égale au pourcentage d'invalidité dont reste atteint le fonctionnaire lors de sa radiation des cadres. Le total de la pension et de la rente viagère d'invalidité ne peut cependant dépasser le montant du dernier traitement.

6.10.1. Pension d'invalidité

La pension d'invalidité est une pension accordée au fonctionnaire titulaire (les stagiaires bien que nommés mais non encore titularisés ne peuvent y prétendre) admis à la retraite à la suite d'une interruption prématurée de la carrière causée par une inaptitude pour raisons de santé rendant impossible la poursuite de son activité.

L'infirmité ou la maladie dont il est atteint doit interrompre prématurément sa carrière dans la fonction publique et doit avoir été **contractée ou aggravée** au cours d'une période valable pour la retraite. L'origine de l'invalidité doit donc se placer à une époque où l'intéressé acquiert des droits à pension, position d'activité, position de détachement, de mise à disposition, période d'interruption d'activité pour élever des enfants légitimes, naturels ou adoptifs nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2004 régulièrement pris en compte dans la pension.

L'infirmité ou la maladie **non contractée** ou **non aggravée** au cours d'une période valable pour la retraite n'ouvre **aucun droit à pension d'invalidité**. Le fonctionnaire pourra cependant obtenir la liquidation immédiate d'une pension à la double condition :

- qu'il réunisse la condition requise des 15 ans de services effectifs en ouverture de droit
- qu'il soit reconnu, par la commission départementale de réforme, dans l'impossibilité d'exercer une profession quelconque du fait d'une infirmité ou d'une maladie incurable

Pour ouvrir droit à pension d'invalidité, l'inaptitude doit résulter :

- d'une infirmité ou d'une maladie qui place le fonctionnaire dans l'impossibilité définitive et absolue d'exercer ses fonctions. Son incapacité doit être permanente. On entend par infirmité permanente, une incapacité définitive dans l'état des connaissances de la médecine, à l'exercice des fonctions, ou pour le moins une invalidité dont on ne peut pas prévoir l'amélioration et qui interdit la reprise de l'activité pendant un temps indéterminé.
Ainsi l'agent atteint d'une invalidité non définitive qui a épuisé les congés de maladie prévus par son statut ne bénéficiera pas d'une pension d'invalidité mais pourra éventuellement prétendre aux allocations d'invalidité temporaires prévues par le **décret n° 60-58 du 11 janvier 1960**. Ces prestations sont à la charge de l'employeur.
- de blessures ou maladies initiales. Elle peut également résulter de l'aggravation d'infirmités préexistantes.

Le régime des pensions d'invalidité qui peuvent être attribuées aux *fonctionnaires hospitaliers* est fixé par **les articles 30 à 39 du décret du 26 décembre 2003**. Il constitue un élément du statut général et du régime de retraite. Il couvre les risques d'inaptitude définitive à l'exercice des fonctions du fonctionnaire par l'attribution d'une pension d'invalidité. La liquidation intervient immédiatement quels que soient l'âge et la durée des services accomplis par le fonctionnaire. Cette pension est attribuée définitivement et ne peut être révisée. Elle peut être accompagnée d'accessoires comme la **rente d'invalidité** ou la **majoration pour assistance d'une tierce personne**.

Il ne peut y avoir attribution d'une pension d'invalidité qu'à la condition que le dossier ait été examiné par la commission départementale de réforme. Cette formalité est absolument obligatoire.

L'impossibilité permanente de continuer les fonctions doit être appréciée et dûment établie par la commission départementale de réforme. Elle donne notamment son avis sur :

- la réalité des infirmités invoquées
- les conséquences de ces infirmités sur l'exercice des fonctions
- la préexistence d'infirmités à la titularisation et le lien éventuel avec les infirmités apparues après la titularisation
- les infirmités préexistantes rémunérées ou non
- l'imputabilité des infirmités aux fonctions réellement exercées ou l'imputabilité assimilée (acte de dévouement, lutte dans l'exercice des fonctions...)
- le taux d'invalidité (à la titularisation, à la veille et au retour de disponibilité, au dernier jour valable, à la radiation des cadres)
- le caractère contracté ou aggravé de l'infirmité
- la nécessité de l'assistance constante d'une tierce personne.

Dans le Régime Spécial des Fonctionnaires, la pension d'invalidité est accordée une fois pour toutes (sauf cas du **L. 33 du CPCMR**) ; elle ne subit aucune transformation lorsque son titulaire atteint l'âge de 60 ans. Le fonctionnaire mis à la retraite, mais reconnu après avis de la commission de réforme apte à reprendre ses fonctions, peut être réintégré dans un emploi de son grade s'il existe une vacance. La pension est annulée à compter de la date d'effet de la réintégration.

6.10.2. Mise à la retraite pour invalidité du conjoint ou de l'enfant

La commission départementale de réforme se prononce également pour l'application du règlement de la caisse nationale sur **l'invalidité de l'enfant ou du conjoint d'un fonctionnaire** permettant à ce dernier d'obtenir la liquidation immédiate de sa pension.

Les fonctionnaires réunissant 15 ans de services effectifs valables pour la retraite peuvent bénéficier d'une pension à jouissance immédiate lorsque le conjoint ou l'enfant est atteint d'une infirmité ou d'une maladie incurable.

6.10.3. Pension pour orphelin majeur infirme ou pour veuf/ve invalide

La commission départementale de réforme se prononce également pour l'application du règlement de la caisse nationale sur :

- l'invalidité des orphelins âgés de plus de 21 ans (impossibilité de gagner leur vie)

La pension d'orphelin est payée au-delà du 21^{ème} anniversaire à l'enfant qui, au décès de son père ou de sa mère fonctionnaire, est à la charge de celui-ci ou de celle-ci en raison d'une invalidité le rendant incapable de gagner sa vie.

Un orphelin handicapé est considéré comme étant dans l'impossibilité de gagner sa vie lorsque, du fait de son infirmité, il ne peut travailler ou que les revenus de son activité professionnelle sont inférieurs à un plafond fixé par décret (soit au 1er janvier 2013 une somme annuelle brute de 10 704 €).

- l'invalidité du veuf relevant de la réglementation en vigueur avant le 31 décembre 2003.
- l'invalidité qui empêcherait le fonctionnaire radié des cadres ou en disponibilité ayant un droit à pension d'exercer une profession quelconque

Le montant de la pension est égal à 10 % de la pension obtenue par le fonctionnaire, ou que ce dernier aurait pu obtenir au jour de son décès. Le paiement de la pension est effectué mensuellement et à terme échu à l'orphelin lui-même ou à son tuteur, le cas échéant.

6.11. Congé au titre de l'article 4.1 de la loi de 1928 (Articles 50, 51 et 52 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986)

Le fonctionnaire qui a été réformé de guerre à la suite d'infirmités ou d'affections résultant de blessures reçues ou de maladies contractées au cours d'expéditions déclarées campagnes de guerre pendant sa présence sous les drapeaux peut demander un congé prévu par l'article 41 de la loi du 19 mars 1928 en transmettant à son supérieur hiérarchique un certificat médical de son médecin traitant qui constate que l'intéressé est temporairement dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions en raison des infirmités ou affections qui ont conduit à la réforme de guerre.

L'administration octroie ledit congé après avis de la commission de réforme qui constate l'existence d'un lien entre l'indisponibilité du fonctionnaire et l'affection qui a entraîné la réforme de guerre.

Seuls peuvent prétendre à ce congé les fonctionnaires que leurs infirmités ou maladie ne rendent pas définitivement inaptes à l'exercice de leurs fonctions. Le champ d'application de ce congé a été étendu à d'autres catégories de fonctionnaires que les réformés de guerre. Celles-ci sont énumérées à **l'article 50 (1, 2 et 3) du décret du 14 mars 1986**.

En revanche, ce congé ne s'applique pas aux fonctionnaires blessés au cours d'une activité militaire exercée dans le cadre du service national ni aux fonctionnaires victimes civiles de guerre sous réserve des catégories de personnes visées à **l'article 50 du décret du 14 mars 1986**.

La durée maximale du congé prévu par **l'article 41 de la loi du 19 mars 1928** est de deux ans au maximum au cours de la carrière du fonctionnaire. Pendant les deux ans, le fonctionnaire perçoit l'intégralité de son traitement.

Références réglementaires :

***Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008** relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique de l'Etat, dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière

***CIRCULAIRE N°DHOS/RH3/2009/52 du 17 février 2009** relative au **décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008** relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur

***Circulaire n° 1711, 34/CMS et 2B 9** du 30 janvier 1989

VII.ÉLÉMENTS INDISPENSABLES A L'INSTRUCTION D'UN DOSSIER

POUR TOUTE DEMANDE SOUMISE A LA COMMISSION DE RÉFORME,

LA FICHE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

DÉPARTEMENTALE DE LA MAYENNE

(PAGE 31 et 32)

DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE TRANSMISE AVEC L'INTÉGRALITÉ DES PIÈCES JUSTIFICATIVES REQUISES PRÉCISÉES AUX PAGES 33 ET SUIVANTES.

LES ADMINISTRATIONS RELEVANT DE LA COMMISSION DE RÉFORME D'ÉTAT DOIVENT ÉGALEMENT DÉSIGNER LES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL ET DE L'ADMINISTRATION.

Le dossier complet est à transmettre à l'adresse postale suivante :

**DDCSPP de la Mayenne
Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Population
Secrétariat de la Commission de Réforme
60 Rue Mac Donald – BP 93007 – 53063 LAVAL cedex 9**



FICHE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME DÉPARTEMENTALE DE LA MAYENNE

Documents à renvoyer, **sous pli confidentiel**, à l'adresse suivante

DDCSPP 53

Téléphone : 02 43 67 27 53

Courriel :

ddcspp-cmcr@mayenne.gouv.fr

DDCSPP de la Mayenne

Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
Secrétariat de la commission départementale de réforme

60 rue Mac Donald – BP 93007 – 53063 Laval Cedex 9

Page 1/2

OBJET DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

- L'imputabilité d'un accident de service, en cas de non reconnaissance par l'administration employeur
- La rechute d'un accident de service, en cas de non reconnaissance par l'administration employeur
- L'imputabilité d'une maladie professionnelle, en cas de non reconnaissance par l'administration employeur
- La rechute d'une maladie professionnelle, en cas de non reconnaissance par l'administration employeur
- Un temps partiel thérapeutique :
 - l'octroi suite à un accident de service
 - le renouvellement suite à un accident de service
 - l'octroi suite à une maladie professionnelle
 - le renouvellement suite à une maladie professionnelle
- L'aptitude de l'agent au terme d'une année consécutive d'arrêt de travail suite :
 - à une maladie contractée dans l'exercice des fonctions
 - à un accident de service
- Réintégration avec aménagement des conditions de travail ou reclassement
- Réintégration à temps plein
- Dernière période de renouvellement de la disponibilité d'office pour raison de santé
- L'attribution d'une allocation d'invalidité temporaire (AIT)
- Reconnaissance d'une invalidité partielle permanente ou Allocation temporaire d'invalidité (ATI) :
 - Octroi
 - Révision quinquennale
 - Révision en cas de nouvel accident ou maladie imputables au service
 - Révision en cas de radiation des cadres
- La prise en charge des frais médicaux consécutifs :
 - à un accident de service
 - à une maladie reconnue imputable au service
- La prise en charge d'une cure thermale
- La mise à la retraite pour invalidité:
 - Imputable au service
 - Non imputable au service
- Un congé de longue durée en cas d'affection contractée en service
- Retraite pour invalidité suite à un accident de service ou maladie professionnelle
- Retraite pour conjoint invalide
- Majoration spéciale pour tierce personne
- Congé pour infirmités de guerre au titre de l'article 4.1 de la loi de 1928
- Pension d'invalidité
- Pension pour orphelin majeur infirme ou veuf/ve invalide
- Entrée en jouissance immédiate de la pension concédée au fonctionnaire
- Autres questions particulières sur lesquelles l'établissement employeur souhaite avoir un avis de la commission de réforme :*

.....
.....
.....

EMPLOYEUR

Identification:

Service Gestionnaire :

Adresse précise :

Affaire suivie par : Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel :@.....

L'AGENT

Madame Monsieur Nom d'usage : Prénom

Nom patronymique (de jeune fille)

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| lieu de naissance :

Adresse personnelle

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel :@.....

Fonction(s) : Service :

Catégorie Filière Grade

<input type="checkbox"/> Agent CNRACL	<input type="checkbox"/> Titulaire
<input type="checkbox"/> Agent ETAT	<input type="checkbox"/> Stagiaire
<input type="checkbox"/> Agent IRCANTEC	<input type="checkbox"/> Non titulaire

- Position de l'agent (activité, détachement, mis à disposition...) :

..... Date d'échéance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Nom du médecin de prévention qui suit l'agent :

Adresse

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel :@.....

Fait le, à
Signature de l'autorité administrative
et cachet de l'établissement

- REGISTRE DE LA PREUVE OU PRÉSUMPTION DE L'IMPUTABILITÉ AU SERVICE -

MALADIE SURVENUE DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS EN CAS DE NON RECONNAISSANCE DE L'IMPUTABILITÉ PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

- La demande écrite de l'agent, datée et signée, précisant la pathologie à reconnaître
 - Le rapport hiérarchique en faveur ou non du bien-fondé de la demande, illustrant tant que possible le lien ou l'absence de lien avec le service
 - Le certificat médical *initial* décrivant les lésions, ainsi que les arrêts de prolongation et de soins s'il y en a
 - La description détaillée du poste de travail de l'agent concerné
 - Un état récapitulatif des différents arrêts de travail liés à la maladie
 - L'expertise médicale diligentée par l'employeur auprès d'un médecin spécialiste agréé** qui devra préciser si tous les arrêts sont en relation directe et certaine avec la maladie, si un état de santé antérieur peut en être à l'origine, si une date de reprise peut être envisagée avec guérison ou consolidation, le taux d'invalidité partielle permanente (IPP) et, dont les conclusions doivent indiquer clairement si l'agent présente une maladie professionnelle et préciser le numéro exact du tableau correspondant
 - Le rapport détaillé du médecin de prévention (document obligatoire) précisant la relation directe et certaine entre la pathologie présentée et les tâches effectuées par l'agent et indiquant le numéro du tableau correspondant à la pathologie
 - Eventuellement, tout autre document complémentaire en rapport (examens de laboratoires, radiographies, composition des produits dans le cas d'une allergie, etc...), copie de tous les examens médicaux réalisés, notamment ceux cités dans l'expertise
- Dans le cas d'affection contagieuse de l'agent, joindre en plus des pièces mentionnées ci-dessus :
- Une attestation signée ou rapport hiérarchique certifiant que l'agent a été en présence de malades contagieux
 - Les différents examens médicaux réalisés

ACCIDENT DE SERVICE ET ACCIDENT DE TRAJET EN CAS DE NON RECONNAISSANCE DE L'IMPUTABILITÉ PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

- La déclaration administrative de l'accident visée par l'agent, le chef de service ou l'autorité administrative
- Enquête administrative permettant de déterminer les causes, la nature, les circonstances de temps et de lieu, et les conséquences apparentes de l'accident
- La description du poste de travail de l'agent concerné
- Le rapport hiérarchique en faveur ou non du bien-fondé de la demande, illustrant tant que possible le lien ou l'absence de lien avec le service
- Rapport des témoins s'il y en a ou constatations détaillée par écrit
- Les certificats médicaux :
 - Certificat médical *initial* décrivant les lésions résultant de l'accident et fixant la nature exacte et la durée des soins ainsi que le cas échéant, un arrêt de travail. Si arrêts ou soins prolongés, de nouveaux certificats sont fournis et lorsque l'état de santé est rétabli ou consolidé.

- Certificat médical *final* (si consolidation avec séquelles mentionnées sur le certificat, l'agent doit être vu en expertise pour que le médecin agréé fixe une date de consolidation et un taux d'IPP éventuel)
- **L'expertise médicale diligentée par l'employeur auprès d'un médecin spécialiste agréé** précisant si tous les arrêts sont en relation directe et certaine avec l'accident, si un état de santé antérieur peut en être à l'origine, si une date de reprise peut être envisagée avec guérison ou consolidation, le taux d'invalidité partielle permanente (IPP)
- Le rapport détaillé du médecin de prévention (document obligatoire)
Dans le cas d'un accident de trajet, joindre en plus des pièces mentionnées ci-dessus:
- Procès-verbal de gendarmerie, constat amiable, plan établissant que l'accident a eu lieu sur le trajet le plus direct entre le domicile et le lieu de travail de l'agent, ordre de mission selon le cas.

RECHUTE D'UN ACCIDENT OU D'UNE MALADIE EN LIEN AVEC LE RISQUE PROFESSIONNEL

- Le dossier initial de reconnaissance d'imputabilité au service
- Procès-verbal de la commission de réforme (si le dossier a déjà été examiné)
- le certificat médical initial de rechute doit décrire les circonstances de la rechute et les certificats de prolongation éventuels
- Le rapport détaillé du médecin de prévention (document obligatoire)
- **L'expertise médicale diligentée par l'employeur auprès d'un médecin spécialiste agréé** précisant si tous les arrêts de travail sont justifiés et en relation directe et certaine avec l'accident de service, l'accident de trajet, la maladie survenue dans l'exercice des fonctions, s'il y a un état antérieur, si une date de reprise peut être envisagée avec guérison ou consolidation, le taux d'invalidité partielle permanente (IPP)
- Le rapport hiérarchique en faveur ou non du bien-fondé de la demande, illustrant tant que possible le lien ou l'absence de lien avec le service

-REGISTRE DE LA RÉINTÉGRATION/ MISE EN DISPONIBILITÉ -

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE (octroi et renouvellement)

Seuls les dossiers pour lesquels les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants seront présentés pour avis devant la commission départementale de réforme
(Article 34 bis de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984, et Article 41-1 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, modifiés par l'Ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017, art. 8)

- La fiche de poste de l'agent
- Certificat médical du médecin traitant sollicitant la reprise à temps partiel thérapeutique ou son renouvellement. Ce certificat devra indiquer la durée du temps partiel thérapeutique et la quotité de temps de travail à effectuer
- Le rapport écrit du médecin de prévention pour chacune des périodes sollicitées. Ce rapport devra préciser les modalités du temps partiel thérapeutique
- La description du poste de travail en cas de nécessité d'aménagements du poste
- Une expertise médicale auprès d'un médecin expert agréé pour l'octroi initial et pour le renouvellement à l'issue de 6 mois
- Le dossier initial de l'agent (avec éventuellement les procès-verbaux antérieurs de la commission de réforme)

APTITUDE / INAPTITUDE
EN CAS DE PROLONGATION D'ARRÊT DE TRAVAIL POUR TOUT ARRÊT SUPÉRIEUR À 1 AN

- Le dossier initial de l'agent, si l'accident ou la maladie professionnelle sont reconnus, constitué au moment de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle ou accident de service ou trajet
- Procès-verbal de la commission de réforme reconnaissant l'imputabilité au service pour les agents CNRACL/Etat ou courrier de la CPAM pour les agents IRCANTEC
- Certificats médicaux (initial et prolongation)
- Rapport du médecin de prévention (document obligatoire)
- Expertise médicale réalisée par un médecin spécialiste agréé précisant l'inaptitude temporaire ou de définitive de l'agent
- La fiche de poste de l'agent

RÉINTÉGRATION AVEC AMÉNAGEMENT DES CONDITIONS DE TRAVAIL OU RECLASSEMENT

- Courrier de l'administration employeur précisant les questions auxquelles doit répondre la commission de réforme.
- Demande écrite de l'agent
- Pièces relatives à l'accident de service / trajet ou à la maladie (déclaration de l'agent, rapport hiérarchique, certificat médical initial (et final s'il existe), rapports médicaux, précédents procès-verbaux de la commission de réforme le cas échéant)
- Décision écrite d'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie prise par l'employeur
- Fiche de poste actuelle de l'agent
- Rapport du médecin de prévention (document obligatoire) accompagné éventuellement de la fiche du nouveau poste que pourra occuper l'agent
- Rapport d'un médecin agréé qui devrait préciser (en fonction du motif de la saisine) : l'inaptitude de l'agent à ses fonctions ou les restrictions ainsi que l'aptitude à exercer d'autres fonctions (éventuellement si une date de reprise peut être envisagée avec guérison ou consolidation), si tous les arrêts de travail sont justifiés et en relation directe et certaine avec l'accident de service / trajet / maladie contractée en service, s'il y a un état antérieur et le taux d'invalidité permanente (IPP)
- Attestation de reclassement, le cas échéant

RÉINTÉGRATION A TEMPS PLEIN

- Certificat médical du médecin traitant indiquant la reprise à temps plein
- L'avis écrit du médecin de prévention précisant si la reprise à temps plein est possible, et si des aménagements du poste sont nécessaires ou non
- La demande écrite de l'agent sollicitant sa reprise de fonction à temps plein

DERNIÈRE PÉRIODE DE DISPONIBILITÉ D'OFFICE POUR RAISON DE SANTÉ : dernier renouvellement ou après le congé de longue durée prolongé

Dernière période de disponibilité d'office pour raison de santé

- La demande formulée par l'agent
- Le certificat médical du médecin traitant
- Le certificat d'aptitude d'entrée dans l'administration

- La fiche de poste de l'agent
- L'expertise d'un médecin spécialiste agréé précisant l'inaptitude temporaire ou définitive de l'agent
- Le procès-verbal du comité médical précisant l'octroi de la 3^{ème} période de disponibilité (dossier relevant du comité médical)
- Le(s) avis de reconnaissance d'imputabilité des accidents ou maladies professionnelles survenues au cours de la carrière de l'agent

Disponibilité d'office pour raison de santé après un congé de longue maladie ou de longue durée pour une affection contractée en service

- La demande formulée par l'agent
- Le certificat médical du médecin traitant
- L'expertise d'un médecin spécialiste agréé précisant l'inaptitude temporaire ou définitive de l'agent
- Le rapport détaillé du médecin de prévention (document obligatoire)

ALLOCATION D'INVALIDITÉ TEMPORAIRE (AIT)

Ne pas confondre l'ATI avec l'AIT qui est servie par le régime général de Sécurité Sociale à tout agent local au titre d'une invalidité non imputable au service

- La demande de l'intéressé
- L'expertise médicale réalisée par un médecin agréé déterminant l'état et le taux d'invalidité temporaire et classant l'agent dans l'un des trois groupes suivants :
 - groupe 1 : invalide capable de travailler
 - groupe 2 : invalide incapable de travailler
 - groupe 3 : invalide incapable de travailler et ayant besoin d'une tierce personne
- L'avis de la CPAM dont relève l'agent
- Toute pièce permettant de vérifier que l'agent a épuisé ses droits à rémunération et qu'il ne peut prétendre au bénéfice des prestations en espèce de l'assurance maladie (procès-verbal du comité médical plaçant l'agent en disponibilité d'office)

-REGISTRE D'INDEMNISATION APRÈS RECONNAISSANCE D'IMPUTABILITÉ AU SERVICE-

RECONNAISSANCE D'UNE INVALIDITÉ PARTIELLE PERMANENTE (IPP) si inférieur à 10% OU ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ (ATI) à partir de 10% OU RÉVISION QUINQUENNALE, RÉVISION EN CAS DE NOUVEL ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE OU EN CAS DE RADIATION DES CADRES

Lorsque le fonctionnaire bénéficiait de l'ATI et qu'il est mis en retraite en raison de l'aggravation de l'invalidité ayant ouvert droit à l'ATI, la rente d'invalidité remplace l'ATI

- Courrier de l'agent demandant une allocation temporaire d'invalidité (sauf en cas de révision quinquennale obligatoire)
- Copie des arrêts de travail pour accident de service/maladie professionnelle s'il y a lieu
- Rapport médical du médecin agréé, complété pour les **agents de la CNRACL**, de l'imprimé ATIACL-à télécharger sur le site internet www.cdc.retraites.fr – bandeau « régimes et fonds », rubrique autres fonds, ATIACL, imprimés)
- La fiche de poste de l'agent

- Le dossier initial de l'agent constitué au moment de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle ou accident de service ou trajet (avec éventuellement les procès-verbaux antérieurs de la commission de réforme)

PRISE EN CHARGE DES FRAIS MÉDICAUX CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT DE SERVICE OU UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

- La demande de prise en charge formulée par l'agent
- Le certificat médical prescrivant les soins
- Toutes les prescriptions médicales et devis (ordonnances de médicaments, de kinésithérapie etc..)
- Le dossier initial de l'agent, si l'accident ou la maladie professionnelle sont reconnus, constitué au moment de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle ou accident de service ou trajet
- Une nouvelle expertise médicale d'un médecin spécialiste agréé datant de moins de 6 mois

PRISE EN CHARGE D'UNE CURE THERMALE SUITE À UN ACCIDENT DE SERVICE OU UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

- La demande de prise en charge formulée par l'agent
- Le questionnaire de prise en charge d'une cure thermale (Cerfa du médecin traitant)
- Le rapport d'un médecin agréé faisant apparaître le lien entre la cure thermale et l'accident ou la maladie professionnelle et précisant si l'état de santé justifie cette cure
- L'entente préalable de la CPAM précisant le lieu, la durée et les soins pratiqués
- Le dossier initial de l'agent, si l'accident ou la maladie professionnelle sont reconnus, constitué au moment de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle ou accident de service ou trajet

- REGISTRE DE LA MISE EN RETRAITE -

RETRAITE POUR INVALIDITÉ SUITE À ACCIDENT DE SERVICE OU MALADIE PROFESSIONNELLE

- Demande de l'intéressé (sauf dans le cas d'une mise à la retraite d'office)
- Historique de la carrière de l'agent (préciser la durée de services)
- La fiche de poste de l'agent
- L'expertise médicale sous pli confidentiel, accompagnée pour les agents de la CNRACL du formulaire AF3 imprimable depuis le site internet : www.cdc.retraites.fr - bandeau « régimes et fonds », rubrique CNRACL, invalidité, imprimés, complété par un médecin agréé et accompagné de toutes les pièces médicales (certificats médicaux, rapport de la médecine de prévention, pièces relatives à l'accident de service ou à la maladie professionnelle)
- Si l'agent bénéficie d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI), joindre la copie de la décision d'octroi
- L'attestation de reclassement de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC) dûment complété sauf en cas d'inaptitude à toutes fonctions (à télécharger sur le site internet : www.cdc.retraites.fr – bandeau « régimes et fonds », rubrique CNRACL, invalidité, imprimés)
- Avis antérieur(s) de la commission de réforme ou arrêté(s) de reconnaissance d'imputabilité au service de l'administration pour chaque accident ou maladie professionnelle avec les expertises médicales correspondantes

En cas de retraite pour invalidité d'office, joindre également :

- La copie du procès-verbal du comité médical déclarant l'inaptitude définitive à ses fonctions et à toute fonction lorsque l'agent a épuisé ses droits à congés : maladie ordinaire, longue maladie et longue durée.

RETRAITE POUR INVALIDITÉ DU CONJOINT OU DE L'ENFANT

- Demande de l'intéressé (sauf dans le cas d'une mise à la retraite d'office)
- Historique de la carrière de l'agent (préciser la durée des services)
- Carte d'invalidité ou MDPH du conjoint ou de l'enfant invalide
- Certificat médical du médecin traitant du conjoint ou de l'enfant
- Expertise médicale sous pli confidentiel concernant le conjoint ou l'enfant invalide, accompagnée pour les agents de la CNRACL du formulaire AF3, complété par le médecin agréé, et signé par l'agent

- REGISTRE DES PRESTATIONS D'ASSURANCES INVALIDITÉ OU PENSION D'INVALIDITÉ-

MAJORATION SPÉCIALE POUR TIÈRCE PERSONNE

Pour des agents CNRACL :

- Demande de l'agent
- Dossier de mise à la retraite pour invalidité
- Certificat médical du médecin traitant
- Expertise médicale sous pli confidentiel, accompagnée pour les agents de la CNRACL du formulaire AF3 complété par le médecin agréé, signé par l'agent
- Courrier de la CNRACL indiquant l'objet de la saisine et les questions à poser à la commission de réforme.
- Questionnaire TP pour les agents de la CNRACL, imprimable depuis le site internet : www.cnracletraites.fr/imprimés-telecharger, rubrique « invalidité »

Pour des agents de la FPE :

- Demande de l'agent
- Dossier de mise à la retraite pour invalidité
- Certificat médical du médecin traitant
- Rapport d'expertise médicale complet par un médecin expert agréé
- La demande se fait auprès de l'administration en lien avec le service des pensions compétent
- Formulaire d'Enquête sociale (Cerfa N° 13974*02) permettant d'aider le service gestionnaire à déterminer si le cadre habituel vie et le mode de vie de la personne invalide justifient le bénéfice d'une majoration pour assistance constante d'une tierce personne.

CONGÉ POUR INFIRMITÉS DE GUERRE AU TITRE DE L'ARTICLE 4.1 DE LA LOI DE 1928

(Articles 50,51 et 52 du décret n°86-442 du 14 mars 1986)

- Demande de l'agent
- Certificat médical du médecin traitant
- Dossier comportant tous les éléments permettant d'apprécier le lien de causalité entre l'affection motivant la demande et les infirmités ayant donné lieu à pension d'invalidité. La désignation des infirmités figure sur un document remis par le Secrétariat des Anciens Combattants à l'agent.

PENSION D'INVALIDITÉ

- PV du Comité médical concernant la mise en disponibilité de l'agent
- L'expertise médicale complétée par un médecin expert agréé précisant l'inaptitude définitive de l'agent, les infirmités préexistantes rémunérées ou non, et le taux d'invalidité (à la titularisation, à la veille et au retour de disponibilité, au dernier jour valable, à la radiation des cadres), ainsi que la nécessité de l'assistance constante d'une tierce personne

PENSION POUR ORPHELIN MAJEUR INFIRME OU POUR VEUF/VE INVALIDE

- Demande de l'enfant (ou de son tuteur) ou du conjoint survivant
- Carte d'invalidité ou certificat du médecin traitant de l'enfant
- Rapport d'expertise médicale complet par un médecin spécialiste agréé concernant le conjoint survivant invalide ou l'orphelin
- La déclaration de revenu de l'intéressé
- Toutes les pièces justificatives relatives à l'impossibilité de travailler (ex : décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, MDPH)

Pour les agents CNRACL :

- La demande de la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL)
- Formulaire AF3 imprimable depuis le site internet : www.cdc.retraites.fr - bandeau « régimes et fonds », rubrique CNRACL, invalidité, imprimés, complété par le médecin expert agréé.

ENTRÉE EN JOUISSANCE IMMÉDIATE DE LA PENSION CONCÉDÉE AU FONCTIONNAIRE

- Courrier de l'administration employeur indiquant le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent et l'objet de la saisine ainsi que les questions auxquelles doit répondre la commission de réforme.
- Demande de l'agent ou du conjoint
- Certificat du médecin traitant du conjoint ou de l'enfant
- Expertise complète d'un médecin spécialiste agréé concernant le conjoint ou l'enfant
- Carte d'invalidité de l'enfant ou du conjoint invalide

Pour les agents CNRACL, joindre également :

- Formulaire AF3 imprimé imprimable depuis le site internet : www.cdc.retraites.fr - bandeau « régimes et fonds », rubrique CNRACL, invalidité, imprimés, complété par le médecin expert agréé.