



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



FINANCES PUBLIQUES

GUIDE SUR LES ACCIDENTS DE SERVICE ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

FONCTIONNAIRES TITULAIRES ET STAGIAIRES

Sommaire

Préambule.....	8
Généralités.....	9
1 – Cadre juridique et documentation.....	9
2 – Personnels concernés.....	10
3 – Direction compétente pour la gestion du dossier.....	11
4– Respect du secret médical.....	12
1ère partie : Notions.....	13
Fiche n°1 : L'accident de service.....	13
1 – Définition de l'accident de service.....	13
1.1 – Nécessité d'une atteinte à l'état de santé.....	13
1.2 – Survenance dans l'exercice des fonctions ou à l'occasion de celles-ci... 	14
1.3 – Présomption d'imputabilité au service de l'accident.....	14
2 – Cas particuliers.....	14
2.1 – Altercation entre deux fonctionnaires.....	14
2.2 – Accident trouvant son origine dans un malaise.....	15
2.3 – Intoxication alimentaire dans un restaurant administratif.....	15
2.4 – Accident en dehors du lieu d'exercice des fonctions mais pendant les heures de service.....	15
2.5 – Accident survenu lors de l'exercice d'une activité syndicale ou mutualiste	15
2.6 – Accident survenu lors de l'exercice d'une activité sportive, socio-éducative ou culturelle.....	16
2.7 – Accident survenu à l'occasion d'une activité accessoire accomplie pour le compte d'une collectivité publique (sapeurs pompiers volontaires par exemple).....	17
2.8 – Accident survenu en se rendant à un contrôle médical.....	17
2.9 – Préparations aux concours / sélections.....	18
2.10 – Syndrome dépressif.....	18
2.11 – Suicides et tentatives de suicide.....	18
3 – Exclusions.....	19
Fiche n°2 : L'accident de trajet.....	20
1 – Définition de l'accident de trajet.....	20
2 – Les extrémités du trajet.....	20
2.1 – La résidence du fonctionnaire et le lieu de restauration.....	20
2.1.1 – Le lieu de résidence.....	20
2.1.2 – Le lieu de restauration.....	21
2.2 – L'une des extrémités du trajet doit toujours être le lieu de travail.....	23

3 – Le trajet protégé : l’itinéraire normal mais qui peut être détourné et/ou interrompu.....	23
3.1 – Conditions de lieu : l’itinéraire le plus court.....	23
3.2 – Le détour.....	23
3.2.1 – Notion de détour.....	24
3.2.2 – Exemples de nécessités essentielles de la vie courante.....	24
3.2.3 – Exemples de motifs liés à l’emploi.....	25
3.3 – Le trajet protégé peut être interrompu.....	25
3.4 – Le trajet au-delà du trajet normal ou opposé au trajet normal n’est plus protégé.....	25
3.5 – Conditions de temps : le trajet doit être accompli dans un délai normal..	26
Fiche n°3 : L’accident de mission.....	28
Fiche n° 4 : La maladie professionnelle ou à caractère professionnel.....	29
1 – Généralités.....	29
1.1 – Notion.....	29
1.2 – <i>Distinction maladies professionnelles et à caractère professionnel (synthèse).....</i>	<i>30</i>
2 – Cas spécifique des fonctionnaires victimes de l’amiante.....	31
2.1 – Généralités.....	31
2.2 – Reconnaissance.....	31
2.3 – <i>Indemnisation en dehors du cadre de la reconnaissance de maladie professionnelle.....</i>	<i>31</i>
2.4 – <i>Organisation et circuit de traitement des dossiers.....</i>	<i>32</i>
Fiche n°5 : Les actes de dévouement public.....	33
Fiche n°6 : Le télétravail.....	34
Deuxième partie : Procédures.....	35
Fiche n°7 : Modalités de déclaration et d’instruction.....	35
1 – Obligations de l’agent.....	35
1.1 Déclaration d’accident de service / de maladie professionnelle.....	35
1.1.1 – Généralités.....	35
1.1.2 – Les autres pièces justificatives.....	36
1.2 – Délai de déclaration.....	37
1.2.1 – Les délais fixés à l’article 47-3 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié.....	37
1.2.2 – Les dérogations possibles.....	38
2 – Obligations de la Direction.....	39
2.1 – <i>Constitution du dossier et contrôle du respect des délais par l’agent.....</i>	<i>39</i>
2.2 – <i>Information des différents acteurs.....</i>	<i>40</i>

2.3 – Enquête administrative.....	41
2.4 – Enquête de police.....	42
3 – Instruction par la Direction.....	42
3.1 – L’administration se trouve en présence d’éléments administratifs et médicaux objectifs lui permettant de reconnaître l’imputabilité au service	42
3.2 – L’administration a recours à une expertise médicale.....	43
3.3 – L’administration saisit le conseil médical en formation plénière.....	44
4 – Situation de l’agent pendant l’instruction.....	45
4.1 – Les délais fixés par l’article 47-5 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986....	45
4.2 – La conséquence du non-respect des délais : le placement en CITIS à titre provisoire.....	46
5 – Décision.....	47
5.1 – Prise de décision.....	47
5.2 – Notification.....	47
5.3 – Suivi statistique.....	48
6 – Voies de recours.....	48
6.1 – Contestation d’un refus de reconnaissance de l’imputabilité au service..	49
6.2 – Contestation d’un refus de prise en charge d’un arrêt de travail ou de soins.....	49
Fiche n°8 : Le conseil médical en formation plénière.....	50
1 – Organisation des conseils médicaux en formation plénière.....	50
1.1 – Conseil médical ministériel et conseils médicaux en formation plénière.	50
1.2 – Composition des conseils médicaux en formation plénière.....	52
1.2.1 – Conseil médical ministériel.....	52
1.2.2 – conseils médicaux en formation plénière départementaux.....	52
1.3 – Présidence.....	53
1.4 – Quorum.....	53
1.5 – Impartialité.....	54
2 – Dossier à transmettre.....	54
3 – Information du fonctionnaire.....	54
4 – Avis du conseil médical en formation plénière.....	55
Fiche n°9 : La prise en charge du rétablissement de l’agent.....	56
1 – Situation de l’agent en CITIS.....	56
1.1 – Rémunération et position.....	56
1.2 – Obligations de l’agent.....	57
2 – Remboursement des frais.....	58
2.1 – Frais remboursables.....	58

2.1.1 – Honoraires et frais médicaux et chirurgicaux.....	58
2.1.2 – Frais de cure thermale ou de repos.....	58
2.1.3 – Frais de médicaments, d'analyses et d'examens de laboratoires et de fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments.....	59
2.1.4 – Honoraires de contrôle et d'expertise.....	59
2.1.5 – Frais de prothèse ou d'orthopédie.....	59
2.1.6 – Frais médicaux nécessités par les besoins de la réadaptation fonctionnelle.....	59
2.1.7 – Frais non remboursés par la sécurité sociale (ostéopathie, psychologie, sophrologie, etc.).....	59
2.1.8 – Frais de transport.....	60
2.1.9 – Lunettes, verres de contact, prothèses dentaires et autres prothèses existantes endommagés lors de l'accident.....	60
2.1.10 – Frais funéraires.....	60
2.2 – Forme de la réparation.....	61
2.2.1 – Principe : avance des frais par l'agent.....	61
2.2.2 – Possibilité de prise en charge directe par l'administration.....	61
Fiche n°10 : Les suites.....	63
1 – Prise en charge d'arrêts de travail et de soins postérieurs à la décision initiale	63
1.1 – Prolongation des arrêts de travail.....	63
1.1.1 – Surveillance médicale.....	63
1.1.2 – Conséquences du contrôle médical.....	64
1.2 – Renouvellement de médicaments.....	65
1.2.1 – Médicaments identiques.....	65
1.2.2 – Médicaments nouveaux.....	65
1.3 – Autres frais.....	66
2 – Reprise de fonctions de l'agent.....	66
Reprise à temps complet.....	66
3 – Invalidité définitive.....	66
4 – Clôture du dossier.....	67
4.1 – Production d'un certificat final.....	67
4.2 – Notification par l'administration.....	68
5 – Rechute.....	68
5.1 – Définition.....	68
5.2 – Déclaration.....	69
5.3 – Conséquences.....	69
Fiche n°11 : L'indemnisation de l'agent – l'allocation temporaire d'invalidité.....	70
1 – Définition.....	70

2 – Conditions d’attribution.....	70
3 – Dépôt de la demande.....	70
4 – Instruction.....	71
4.1 – Expertise médicale.....	71
4.2 – Saisine du conseil médical.....	71
4.3 – Transmission du dossier à l’autorité administrative compétente.....	72
4.4 – Montant et paiement de l’allocation.....	73
4.5 – Révision.....	73
4.5.1 – Motifs de révision.....	73
4.5.2 – Modalités pratiques.....	74
Fiche n°12 : L’action en réparation civile de l’État.....	75
1 – Principes généraux.....	75
1.1 – Le cadre juridique.....	75
1.2 – La notion de tiers responsable.....	76
2 – Procédure.....	76
2.1 – La constitution du dossier.....	76
2.2 – La liquidation du préjudice.....	77
2.3 – La production du relevé de préjudice.....	78
3 – Dénouement de la procédure.....	79
3.1 – Le règlement amiable.....	79
3.2 – L’absence de règlement amiable.....	79
3.3 – Les instances judiciaires.....	80
Annexes.....	81
Annexe n°1 : Modèles de déclaration.....	82
Annexe n°2 : Modèles d’actes SIRHIUS (modèles en cours de mise à jour par la mission Sirhius pour remplacer la commission de réforme par le Conseil médical).....	83
Annexe n°3 : Modèles de certificat de prise en charge directe par l’administration des frais occasionnés par un accident de service / une maladie professionnelle et de relevé de prestations.....	84
Annexe n°4 : Exemples de questions à poser à l’occasion d’une expertise.....	85
Annexe n°5 : Modalités d’instruction des déclarations de maladie professionnelle liées à une infection au SARS-CoV2.....	87
Annexe n°6 : Extraits de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 – Titre VI bis : Congé pour invalidité temporaire imputable au service (Articles 47-1 à 47-20) codifiés aux articles L822-1 et suivant du code général de la Fonction publique.....	89
Annexe n°7 : Extrait des tableaux des maladies professionnelles du Code de la Sécurité sociale.....	90
Annexe n°8 : Glossaire.....	91

Préambule

Le présent guide a pour objet de présenter le régime de réparation des accidents de service et des maladies professionnelles survenus aux agents titulaires ou stagiaires.

S'agissant des accidents du travail ou maladies professionnelles survenus aux agents non titulaires, il convient de se reporter au [guide pratique rédigé par le bureau des Affaires juridiques et du contentieux](#) mis en ligne dans NAUSICAA.

Attention appelée

Le pôle national de soutien au réseau « ressources humaines » (pnsr.rh@dgfip.finances.gouv.fr) est l'interlocuteur direct des services RH pour l'étude de toutes les questions réglementaires portant sur les accidents de service ou les maladies professionnelles.

Toute difficulté dans la mise en œuvre des dispositions exposées infra doit être portée à la connaissance du bureau des Conditions de vie au travail et Diversité Pôle des agents en difficulté (bureau.rh-cvtpad-accident@dgfip.finances.gouv.fr).

Généralités

1 – Cadre juridique et documentation

Le régime juridique des accidents de service et des maladies professionnelles relève des textes suivants :

- [Articles L822-1 et suivants du](#) Code général de la Fonction publique
- Code des pensions civiles et militaires de retraite aux articles [L.27](#), [L.28](#) et [L.31](#)
- [Ordonnance n° 2017-53](#) du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique
- [Ordonnance n° 2020-1447](#) du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique
- [Décret n° 60-1089 du 6 octobre 1960](#) modifié portant règlement d'administration publique pour l'application des dispositions de l'article 23 bis de l'ordonnance n° 59-244 du 4 février 1959 relative au statut général des fonctionnaires modifié
- [Décret n° 82-453 du 28 mai 1982](#) modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique
- [Décret n° 86-442 du 14 mars 1986](#) modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires
- [Décret n° 94-874 du 7 octobre 1994](#) modifié fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'État et de ses établissements publics
- [Décret n° 2019-122](#) du 21 février 2019 relatif au congé pour invalidité temporaire imputable au service dans la fonction publique de l'État
- [Circulaire FP/4 n° 1711 du 30 janvier 1989](#) relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'État contre les risques maladie et accidents de service
- [Guide pratique des procédures Accidents de service – Maladies professionnelles](#) de la DGAFP, 2019
- [Fiche pratique GTA – 040](#) – Gérer les congés pour accident de service et maladie professionnelle des agents titulaires
- [Guide pratique sur l'action en réparation civile de l'État](#) (ARCE) du Bureau RH-2B, avril 2010

2 – Personnels concernés

- **Fonctionnaires concernés**

Les dispositions des articles L822-1 et suivant du code général de la fonction publique s'appliquent :

– aux fonctionnaires titulaires en position d'activité au moment de l'accident, qu'ils soient en poste à la DGFIP, mis à disposition ou en détachement (à l'exception des détachements auprès d'un organisme de droit privé) ;

– aux fonctionnaires stagiaires en activité au moment de l'accident ;

– aux fonctionnaires retraités ou radiés des cadres pour les frais rendus nécessaires par un accident survenu alors qu'ils étaient en activité.

- **Règles applicables à certaines catégories d'agents**

– Agents détachés (entrants et sortants), mis à disposition (entrants et sortants) et en Position Normale d'Activité (PNA)

La gestion des accidents de service et maladies professionnelles de ces agents n'est pas systématiquement assurée par leur administration d'origine (se reporter au Tableau de compétence des commissions de réforme, fiche n°8). En tout état de cause, c'est l'administration compétente pour la gestion du dossier qui en supporte les dépenses.

– Fonctionnaires stagiaires

Les fonctionnaires stagiaires ont droit, dans les mêmes conditions et selon la même procédure que les fonctionnaires titulaires, au remboursement des dépenses liées à l'accident ou à la maladie.

L'article 24 du décret n° 94-874 du 7 octobre 1994 limite la durée du congé pour invalidité temporaire imputable au service à cinq ans.

– Fonctionnaires non titulaires ou indemnisés pour un accident dont ils ont été victimes alors qu'ils étaient non titulaires (accident survenu avant la date d'effet de la titularisation)

La législation de la Sécurité sociale, applicable aux agents non titulaires de l'État victimes d'un accident de travail, continue à s'appliquer à toutes les suites de celui-ci :

– si une rente d'accident de travail a été accordée ou n'est pas encore liquidée à la date de la titularisation, elle est maintenue ou liquidée nonobstant la titularisation ;

– si cette rente (par suite d'aggravation ou d'amélioration de l'état de l'intéressé ou en cas de décès) doit être révisée postérieurement à la date de la titularisation, la révision est opérée en application des dispositions du Livre IV du code de la sécurité sociale ;

– si l'intéressé devenu titulaire bénéficie d'un nouvel arrêt de travail au titre de cet accident, cet arrêt est imputable sur les congés ordinaires de maladie et le total de la rémunération et des indemnités journalières qu'il perçoit ne doit pas être supérieur au montant du traitement qui lui serait alloué en position d'activité ;

– si l'intéressé est admis à faire valoir ses droits à la retraite pour l'invalidité résultant de l'accident ou de la maladie en cause, il ne peut l'être qu'en vertu des dispositions de l'article L. 29 et non de l'article L. 27 du Code des pensions civiles et militaires de retraite.

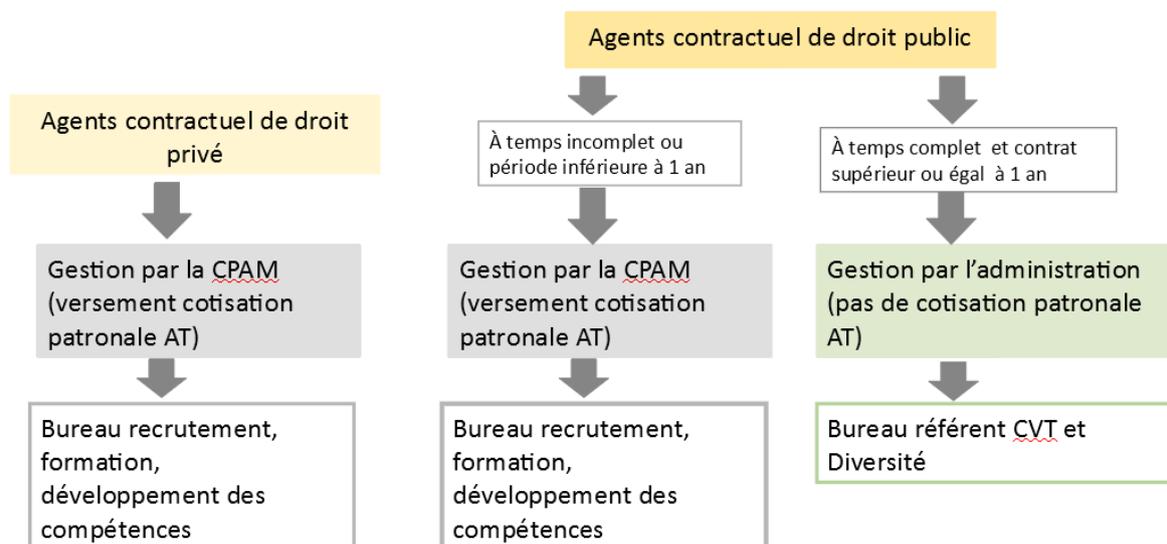
– Fonctionnaires retraités

Conformément à l'article 47-19 du [Décret n° 86-442 du 14 mars 1986](#) modifié, le fonctionnaire retraité peut bénéficier du remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par :

– un accident ou une maladie reconnu(e) imputable au service et dont a découlé sa radiation des cadres ;

– la rechute d'un accident ou d'une maladie reconnu imputable au service survenu alors qu'il était en activité ;

– la survenance d'une maladie imputable au service déclarée postérieurement à sa radiation des cadres.



3 – Direction compétente pour la gestion du dossier

- **Principe**

La direction compétente est la direction d'affectation de l'agent au moment où survient l'accident de service ou la maladie professionnelle.

Cas particuliers

– Mutation

Conformément à la [note de service n° 2019/08/2632](#) du bureau RH-1A, lorsqu'un agent victime d'un accident de service obtient une mutation dans une nouvelle direction, son dossier doit être transmis à cette nouvelle direction et ce, même si l'agent n'a pas effectivement repris le travail.

Il appartient bien entendu à l'ancienne direction de liquider tous les frais exposés avant la transmission du dossier ; la nouvelle direction doit quant à elle instruire les demandes de prises en charge concernant les soins effectués après l'installation.

– Retraite

La dernière direction d'affectation conserve la gestion du dossier de l'agent retraité.⁴ – Recensement des dossiers

Tous les dossiers d'accidents de service et de maladies professionnelles doivent être renseignés dans SIRHIUS (Absences / Gestion des accidents de service). Toutefois, le SIRH ne reprend pas, à ce jour, l'intégralité des informations répondant à l'enquête annuelle du Secrétariat Général.

De ce fait et dans l'attente d'une évolution de l'outil, l'application ReS@M doit continuer à être alimentée au fil de l'eau des situations d'accidents de service et de maladies professionnelles, jusqu'à nouvel ordre : <http://adt.appli.dgfip/adt/adt.php>.

RAPPEL : cette application n'est pas un outil de gestion. Elle permet d'échanger et de collecter des informations sur les affaires instruites localement.

4– Respect du secret médical

Le secret médical fait l'objet d'une protection particulière par le biais du droit au respect de la vie privée. Selon une jurisprudence constante du Conseil constitutionnel, la liberté proclamée par l'article 2 de la Déclaration des droits de l'Homme de 1789 implique le droit au respect de la vie privée¹.

Ce droit requiert que soit observée une particulière vigilance dans la transmission des informations nominatives à caractère médical² ou des données à caractère personnel de nature médicale³ et, de manière générale dans la conduite des opérations de collecte, d'enregistrement, de conservation, de consultation et de communication de ces données ainsi que dans la détermination des modalités de ces opérations.

1 Décision n°2021-917 QPC du 11 juin 2021 §3 _ décision n°2017-756 DC du 21 décembre 2017 §63

2 Décision n°2017-756 CD du 21 décembre 2017 § 63

3 Décision n°2020-800 DC du 11 mai 2020 § 61, décision n°2021-917 QPC du 11 juin 2021 §3

1ère partie : Notions

Fiche n°1 : L'accident de service

1 – Définition de l'accident de service

L'accident de service est défini à l'article L822-1 du CGFP : « Est présumé imputable au service tout accident survenu à un fonctionnaire, quelle qu'en soit la cause, dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service »

Ainsi, l'accident de service se caractérise-t-il essentiellement par 3 critères :

- un **événement soudain**, pouvant être décrit et daté ;
- entraînant une **atteinte à l'état de santé** de l'agent (lésion de l'organisme) ;
- dont le fonctionnaire est victime **sur le lieu et pendant le temps de service** ou lors d'une activité constituant le prolongement normal des fonctions.

Lorsque ces conditions sont réunies, **l'accident est présumé imputable au service** (cf. *infra* § 1.3).

1.1 – Nécessité d'une atteinte à l'état de santé

Le fait accidentel doit entraîner l'apparition soudaine d'une atteinte à l'état de santé (lésion corporelle).

Cette atteinte peut être physique (fracture, etc.) ou d'ordre psychologique (troubles du stress post-traumatique après une attaque à main armée ou une agression, choc psychologique, etc.).

Attention appelée

Dans le cas d'une pathologie préexistante, il suffit que l'état de santé ait été aggravé par l'accident pour justifier la prise en charge des arrêts et des soins⁴.

4 CE 336552 06/07/2012

En revanche, les dégâts matériels (détérioration de véhicules, vêtements, objets personnels) causés par les événements visés par l'article L. 27⁵ du code des pensions civiles et militaires de retraite ou les accidents sans atteinte corporelle survenus dans l'exercice des fonctions ne peuvent en aucun cas être pris en charge au titre de ces dispositions.

1.2 – Survenance dans l'exercice des fonctions ou à l'occasion de celles-ci

L'article L822-18 du Code général de la fonction publique (qui codifie l'article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983) introduit la notion de présomption d'imputabilité pour les accidents survenus dans le temps et le lieu du service d'affectation.

L'agent n'a plus à apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le service. Il lui suffit d'établir la matérialité de l'accident, à savoir : sa survenue aux lieu et temps du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions, ainsi que ses conséquences sur son état de santé.

1.3 – Présomption d'imputabilité au service de l'accident

Lorsque les trois critères cités *supra* sont remplis, le fonctionnaire bénéficie, comme le salarié de droit privé, d'une présomption d'imputabilité de l'accident au service.

C'est donc à l'administration d'apporter la preuve, le cas échéant, d'une faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière de nature à détacher l'accident du service. À titre d'exemple, en cas de faute grave et inexcusable de l'agent (emprise d'alcool, imprudence volontaire, etc.), l'imputabilité au service ne sera pas reconnue.

2 – Cas particuliers

2.1 – Altercation entre deux fonctionnaires

L'agression d'un fonctionnaire par un collègue sur le lieu et pendant le temps du service peut être imputable au service. Néanmoins, l'agent agressé ne doit pas avoir un comportement de nature à rendre l'accident détachable du service ⁶.

À l'inverse, l'agresseur blessé par l'agressé ne peut en aucun cas être indemnisé puisqu'il a commis une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions.

Sur un plan déontologique, ces situations doivent faire l'objet d'un signalement auprès du bureau des Affaires juridiques et du Contentieux

5 Infirmités résultant de blessures ou de maladie contractées ou aggravées soit en service, soit en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public, soit en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes.

6 CAA de Bordeaux du 24 octobre 2016 ([N° 14BX02777](#)) et CAA de Versailles – 5ème chambre [15 juin 2020 / n° 18VE02936](#)

2.2 – Accident trouvant son origine dans un malaise

Tout malaise intervenu sur le lieu et dans le temps du service est présumé imputable au service (article L822-18 CGFP). Il en va de même pour les séquelles résultant de ce malaise.

Contrairement à la jurisprudence antérieure à la parution de l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 introduisant la notion de présomption d'imputabilité, le malaise ne doit plus être la conséquence directe, certaine et déterminante de l'activité exercée. L'agent ne doit plus apporter la preuve du lien de causalité entre le dommage et l'exécution d'une activité n'ayant pas un caractère exceptionnel.

Le cas échéant, c'est donc à l'administration d'apporter la preuve que le malaise n'est pas en lien direct et certain avec le service (connaissance d'un état antérieur notamment).

2.3 – Intoxication alimentaire dans un restaurant administratif

Pour le Conseil d'État, il y a accident dès lors que le trouble constaté trouve son origine dans un événement précisément déterminé et daté.

Ainsi, une intoxication alimentaire qui a frappé de manière soudaine et simultanée un grand nombre d'agents hospitaliers après un repas pris le jour même au restaurant du centre hospitalier doit être regardée comme étant survenue dans un lieu assimilé au lieu de travail et pendant une activité assimilée au travail⁷.

2.4 – Accident en dehors du lieu d'exercice des fonctions mais pendant les heures de service

Ne peut donner lieu à indemnisation l'accident dont a été victime un fonctionnaire en dehors du lieu d'exercice des fonctions, quand bien même il serait survenu durant les heures de service et au cours d'un déplacement autorisé par le supérieur hiérarchique, dès lors que le déplacement de l'agent n'est pas lié à l'exercice de ses fonctions (ex : agent bénéficiant de l'autorisation de son chef de service pour se rendre à la pharmacie⁸).

2.5 – Accident survenu lors de l'exercice d'une activité syndicale ou mutualiste

Les fonctionnaires dûment mandatés pour représenter les adhérents d'un syndicat au sein de ses organes directeurs bénéficient, pour exercer ce mandat, d'autorisations spéciales d'absence ou de dispenses totales ou partielles de service dans les conditions prévues par le décret n° 82-447 du 28 mai 1982 modifié (participation aux réunions – information des adhérents). Les accidents survenus dans le cadre de l'exercice de ce mandat (y compris ceux qui surviennent en dehors des horaires normaux du service alors que l'intéressé n'avait pas besoin d'une autorisation d'absence ni d'une dispense de service) sont pris en charge par l'Administration.

7 CE 30/07/1997 n°159366 Société assurances mutuelles de France

8 CAA Paris, 24/11/1998, PARIGOT

Les autorisations d'absence collectives délivrées par l'autorité hiérarchique pour permettre aux simples adhérents d'assister aux assemblées générales de leur syndicat n'impliquent pas la prise en charge par l'État des conséquences des accidents dont ils peuvent être victimes à cette occasion dès lors que la décision d'y participer ne résulte pas d'une obligation liée à l'exercice de leurs fonctions.

De même, l'accident mortel de la circulation dont a été victime un fonctionnaire alors qu'il revenait d'une réunion trimestrielle organisée par un syndicat, correspondant à un regroupement des heures mensuelles d'information dont tout agent peut bénéficier pendant les heures de service, ne peut être regardé comme survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions dès lors que n'étant pas chargé d'un mandat syndical, l'intéressé ne bénéficiait pas d'une autorisation spéciale d'absence accordée expressément par son administration⁹.

La condition de « prolongement normal des fonctions » peut être explicitée par les notions de fonctions « exercées sans aucune considération de convenances personnelles », ou encore qui font « parties des obligations de service », puisque les activités concernées doivent s'inscrire « dans la continuité de l'exécution du service » ou être susceptibles d'être le « corollaire normal des obligations de service »¹⁰

En revanche, le fait d'imposer une double condition paraît trop restrictif .

La protection relative aux activités mutualistes est réglée dans les mêmes conditions.

2.6 – Accident survenu lors de l'exercice d'une activité sportive, socio-éducative ou culturelle

La jurisprudence subordonne le droit à réparation à la double condition que ces activités constituent le prolongement normal des fonctions des agents concernés et qu'elles aient été réglementairement prévues¹¹.

Ces différentes activités ne sont couvertes par le régime de réparation des accidents de service que lorsqu'elles sont organisées par l'autorité hiérarchique compétente et, le cas échéant, dans le cadre d'associations de la loi de 1901 :

- par l'autorité hiérarchique compétente
 - dans les locaux administratifs et pendant les heures de service (agents chargés de préparer une fête de Noël dans le cadre des services sociaux par exemple) ;
 - en dehors des locaux administratifs ou en dehors des heures de service quand elles font l'objet d'un ordre de mission ou d'un accord préalable formulé par l'autorité hiérarchique ;
 - ou lorsque l'intéressé exerce au moment de l'accident des responsabilités de service permettant de considérer l'accident comme survenu à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

9 CAA Nantes 11/03/1999 n°96NT02057 Mme CORVEILLE

10 Cour administrative d'appel de Versailles - 6ème chambre 29 avril 2021 n° 19VE04012

11 CE 24/04/85 n° 54 205 AMIDIEU ; TA Pau 18/11/92 n° 875G88 LARROUTIS et Cass. soc. 28/02/91 n°89-10 038 LOUBAT

- dans le cadre d'associations de la loi de 1901
 - il s'agit par exemple des associations gérant les restaurants administratifs ou recevant des subventions de l'Administration pour permettre l'accès des agents à des restaurants d'entreprises, les foyers, les coopératives, les colonies de vacances. L'indemnisation n'est possible que si le fonctionnaire est investi par l'autorité hiérarchique d'une responsabilité au sein de ces associations ou a été élu pour y représenter les agents. Sont donc concernés les fonctionnaires mis à la disposition (de façon complète ou partielle) de ces associations, mais également ceux auxquels l'Administration demande, en sus de leurs fonctions habituelles, de siéger au sein des organes directeurs de ces associations ;
 - le fait que l'autorité hiérarchique délivre une autorisation d'absence pour permettre aux agents qui le souhaitent de participer à une activité extra-administrative organisée par elle-même ou par une association n'implique pas automatiquement la reconnaissance d'un lien entre cette activité et l'exercice normal des fonctions.

2.7 – Accident survenu à l'occasion d'une activité accessoire accomplie pour le compte d'une collectivité publique (sapeurs pompiers volontaires par exemple)

Un accident survenu à l'occasion d'une activité accessoire publique autorisée est susceptible d'être reconnu imputable au service en application de l'article D. 171-11 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, l'intéressé perd, pendant son arrêt de travail, les émoluments attachés à son activité accessoire.

Aucune cotisation n'est perçue au titre de l'activité accessoire publique.

Les prestations sont à la charge de l'administration employeur principal.

L'employeur public accessoire apporte son concours à l'instruction du dossier d'accident de service.

2.8 – Accident survenu en se rendant à un contrôle médical

La jurisprudence reconnaît l'imputabilité au service d'accidents survenus à un fonctionnaire en service, convoqué à un contrôle médical demandé par l'Administration, étant entendu que le trajet accompli est normal¹².

Il convient toutefois d'apprécier au cas par cas l'accident de trajet dont serait victime un agent en se rendant spontanément chez le médecin du travail.

¹² CE 21/03/1980 n°11 108 AUDIGIER ; CE 06/02/1981 n°21 450 VERNET et CE 10/05/1995 n° 100903 SCIPION

2.9 – Préparations aux concours / sélections

Les cours organisés par l'Administration dans le cadre de la préparation aux concours internes constituent une activité administrative. Dans ces conditions et bien que les fonctionnaires ne soient nullement obligés d'y participer, les accidents qui peuvent se produire à cette occasion doivent être considérés comme imputables au service.

2.10 – Syndrome dépressif

Un syndrome dépressif aigu peut être regardé comme ayant été contracté dans l'exercice des fonctions lorsque l'agent avait dû faire face à une situation particulièrement difficile et alors qu'il ne présentait aucun antécédent d'ordre médical et n'avait dans ses précédentes fonctions souffert d'aucune affection¹³.

Attention appelée

S'il n'est pas le résultat d'un choc émotionnel, soudain et daté, un traumatisme psychologique (burn-out, dépression sévère...) ne relève pas de l'accident de service, mais de la maladie à caractère professionnel.

2.11 – Suicides et tentatives de suicide

Attention appelée

Ces situations doivent systématiquement faire l'objet d'un signalement auprès du bureau RH 2C avant toute instruction.

Voir le « [Guide de saisine de la direction Générale en cas d'incident contre les agents ou l'administration](#) » publié par le bureau RH 2B le 26 mars 2015 (Ch 1. § III).

La présomption d'imputabilité introduite par l'article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983, codifié à l'article L822-18 et suivant du Code général de la fonction publique s'applique à tout accident survenu sur le lieu et dans le temps du service, y-compris aux suicides et tentatives de suicide.

C'est donc à l'administration d'apporter la preuve, le cas échéant, de circonstances particulières de nature à détacher le suicide ou la tentative de suicide du service.

À titre d'exemple, l'imputabilité au service d'une tentative de suicide d'un fonctionnaire territorial n'a pas été reconnue dans la mesure où il ressortait du rapport d'expertise médicale que la pathologie dépressive de l'intéressée, si elle avait pu être favorisée par certaines conditions de son activité professionnelle, s'était déjà manifestée précédemment et trouvait son origine dans sa personnalité et que le dossier ne faisait apparaître aucune circonstance particulière, tenant à ses conditions de travail, susceptible d'avoir occasionné la pathologie de l'agent¹⁴.

13 CE 18/05/1998 n°134969 M. LOPEZ

14 CE, 6e / 1ère SSR, 24/10/2014, 362723

Lorsque le suicide ou la tentative de suicide n'intervient pas sur le lieu et dans le temps du service, la qualification d'accident de service peut également être retenue à la condition que le suicide ou la tentative présentent un lien direct avec le service¹⁵.

3 – Exclusions

Au regard des articles L822-18 et suivant du CGFP et des jurisprudences, l'administration qui souhaite s'opposer à la reconnaissance d'un accident sur le lieu et le temps de travail doit apporter la preuve contraire notamment en démontrant que l'agent a commis une faute personnelle détachable du service ou qu'il s'agissait d'une initiative personnelle sans rapport avec le service.

Les accidents résultant d'une initiative personnelle de l'agent ou « étant directement imputable à un fait personnel de l'agent »¹⁶, sans rapport avec le service, peuvent donc ne pas être reconnus comme imputables au service (exemple : agent victime d'un accident sur le lieu de travail où il s'est rendu en dehors des heures de service pour des raisons de convenance privée ; agent se fracturant les chevilles en sautant par la fenêtre du local de service)¹⁷.

Restent également exclus **les cas d'imprudence caractérisée particulièrement graves** et, dès lors, détachables du service¹⁸ ou liés à « l'état d'imprégnation alcoolique » de l'agent pendant le temps de service¹⁹.

En revanche, l'imprudence manifeste mais sans que le caractère de gravité ne puisse être établi au vu des circonstances, ne suffit pas²⁰.

Les accidents survenus à l'occasion d'une activité extra administrative à laquelle l'agent a l'autorisation de participer, en dehors de toute obligation hiérarchique.

L'existence d'un lien entre l'activité de l'agent et l'exercice normal de ses fonctions ne peut en effet être admise lorsque le fonctionnaire peut décider, sans craindre que son absence lui soit reprochée, de ne pas participer à cette activité.

Il convient donc toujours de distinguer les agents chargés d'organiser une activité extra administrative et ceux qui sont autorisés à y participer en dehors de toute obligation hiérarchique, comme les agents assistant à une fête de Noël organisée par les services sociaux.

15 CE 16/07/14 n°361820 Mme A

16 CAA 14/10/2003 précitée

17 CE. 13/06/1986 n° 56067 BRESSY et CE 3/04/1995 n°111388 THIBAUD

18 Conseil d'État n° 328057 CAA Marseille 14/10/2003, CAA Marseille 14/10/2003 n° 99MA01668 Ministre de l'équipement des transports et du logement, CAA de Nantes 27/05/1999 n° 96NT01581 ROBERT

19 CAA de Nantes 27/05/1999 n°96NT01581 ROBERT

20 Cour administrative d'appel de Douai – 2e chambre – formation à 3 - 20 juillet 2021 / n° 20DA00922

Fiche n°2 : L'accident de trajet

1 – Définition de l'accident de trajet

L'article L822-19 du CGFP définit l'accident de trajet comme l'accident « (...) dont est victime le fonctionnaire qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration et pendant la durée normale pour l'effectuer, sauf si un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est de nature à détacher l'accident du service. ».

À la différence de l'accident de service, l'accident de trajet ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité. C'est à l'agent d'apporter la preuve que l'accident est intervenu :

- entre son lieu de résidence / lieu de restauration et son lieu de travail (cf. *infra* §2) ;
- sur un itinéraire normal (cf. *infra* §3) ;
- et dans un délai normal (cf. *infra* §4).

2 – Les extrémités du trajet

La reconnaissance de l'accident de trajet impose que celui-ci soit réalisé entre les deux extrémités dudit trajet : la résidence ou le lieu de restauration et le service (lieu de travail de l'agent le jour de l'accident).

2.1 – La résidence du fonctionnaire et le lieu de restauration

2.1.1 – Le lieu de résidence

- Résidence principale / secondaire

La notion de résidence principale à retenir est celle qui correspond à la situation de fait et non celle de domicile au sens du Code civil.

Par ailleurs, le parcours accompli entre le lieu de travail et une résidence secondaire peut être considéré comme dicté par la seule intention d'aller au travail ou d'en revenir à condition que celle-ci ait un **caractère habituel**.

Ainsi, la résidence des parents est assimilée à une résidence secondaire pour l'agent qui retourne régulièrement dans sa famille.

De la même manière, peut-être considérée comme une extrémité du trajet :

– « tout [...] lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial [...] »²¹ ;

– le lieu où l'agent réside à titre secondaire pour des raisons professionnelles.

En cas de doute sérieux, cette **stabilité** devra être prouvée par l'agent par la production de tout document permettant de l'apprécier (avis de taxe foncière ou de taxe d'habitation, quittance EDF, témoignages, factures de péages, etc.).

Les preuves apportées par l'agent doivent permettre à l'administration de disposer de présomptions suffisantes pour apprécier cette condition de stabilité.

En revanche, le trajet suivi entre le lieu de travail et une résidence occasionnelle (famille, amis, vacances, etc.) ne peut être considéré comme directement lié au service dès lors que, dans ce cas, le parcours habituel est abandonné pour un motif totalement étranger à l'exercice des fonctions.

- Enceinte privée / Voie publique

Un accident survenu dans l'enceinte privée du domicile ne peut en aucun cas être considéré comme ayant un rapport avec l'exercice des fonctions, car l'intention de se rendre au travail ou d'en revenir n'est pas encore (ou plus) matérialisée par le déplacement qu'elle implique.

Lorsque le lieu de résidence est une maison individuelle, le trajet commence sur la voie publique. Dès lors que le véhicule de la victime avait franchi le seuil de sa propriété, la fracture de l'avant-bras provoquée par le poteau de fixation du portail d'entrée, survenue sur le trajet reliant son domicile à son lieu de travail, présente le caractère d'un accident de service²².

Lorsqu'il s'agit d'un immeuble collectif, le trajet commence dès que la porte de l'appartement est franchie (sauf si l'escalier est privatif).

2.1.2 – Le lieu de restauration

- Le trajet pour se rendre sur son lieu de restauration

Pour que les trajets parcourus entre le lieu de travail et le lieu de restauration soient considérés comme effectués à l'occasion de l'exercice des fonctions, il faut que le lieu de restauration soit habituel²³. Cette condition n'est pas exigée lorsque le fonctionnaire déjeune chez lui ou au restaurant administratif le plus proche. Elle est exigée dans les autres cas.

La jurisprudence admet cependant qu'il n'est pas nécessaire que la fréquentation du lieu où le fonctionnaire prend son repas soit quotidienne. Il suffit qu'elle ait un caractère de périodicité suffisant.

²¹ Article L411-2 du code de la sécurité sociale

²² CAA Paris 8/02/2000 n°98PA03718 Mme GOMEZ

²³ TA Besançon 31/05/90 C. et CE 13/06/1997 n°132340 Mme DOULCIER

En outre, en dehors du domicile ou du restaurant administratif le plus proche, le lieu où le fonctionnaire prend habituellement ses repas peut être :

- un autre restaurant administratif ou un restaurant privé ;
- un établissement où la consommation sur place de nourriture est autorisée ;
- le domicile d'un parent ou même un jardin public.

Par extension, est également considéré comme itinéraire protégé le trajet entre le lieu de travail et le lieu où le fonctionnaire achète de la nourriture qu'il envisage de consommer à son retour sur le lieu de travail.

En revanche, un déplacement effectué pour se rendre dans un café, après avoir déjeuné dans un autre lieu, doit être considéré comme un acte répondant à une convenance personnelle et non à une nécessité de la vie courante²⁴.

Le fait d'écarter les actes répondant à de la convenance personnelle reste conforme avec l'article 21 bis III précité, codifié aux articles L822-18 et suivants du Code général de la fonction publique.

De même, un accident survenu à un fonctionnaire qui a quitté son lieu de travail pour se rendre dans un restaurant situé en dehors de la commune parce que le rapport qualité-prix lui paraissait « intéressant », alors qu'il avait l'habitude de prendre ses repas dans des restaurants proches de son lieu de travail, n'est pas lié à une nécessité en relation avec l'exercice de sa profession mais à un motif de convenance personnelle, et ne peut être pris en charge au titre du service²⁵.

Le service doit également s'assurer que le trajet peut être accompli compte tenu de la durée de la pause méridienne. Ainsi, l'accident de la circulation survenu à l'agent ayant pris une décision impliquant un déplacement de 60 kilomètres aller-retour en voiture durant une pause d'une heure, non dictée par une nécessité directement liée à l'exercice de sa profession mais par un motif de convenance personnelle, ne peut être regardé comme un accident de service²⁶.

- Les actes accomplis dans l'espace de restauration

Le trajet s'arrête à la porte du restaurant ou du domicile si l'agent déjeune chez lui. En effet, tous les actes accomplis à l'intérieur du restaurant ou du domicile ne sont plus justifiés par l'intention d'aller au travail ou d'en revenir. Les accidents qu'ils peuvent provoquer sont donc sans rapport avec le service.

Toutefois, les accidents survenus à l'intérieur du restaurant administratif peuvent être imputables au service à l'exclusion de ceux qui surviennent pendant le repas lui-même (actes de la vie courante strictement liés au repas, comme s'étouffer, se couper, se brûler). En effet :

- l'agent n'est amené à les fréquenter que lorsqu'il travaille ;

24 Cass. soc. 17/06/70 n°69-12 766 LAISNE et TA Paris n°9 004 201/5 et 9 103 204/5 du 16/11/95 COULON

25 CAA Paris 23/10/1997 n°95PA03335 M.P annulation d'un jugement du TA de Versailles du 6 avril 1995

26 CAA Bordeaux 30/04/2003 n°99BX01212

– qu'étant tenu d'observer un règlement intérieur, il n'est pas totalement dégagé de l'autorité hiérarchique.

2.2 – L'une des extrémités du trajet doit toujours être le lieu de travail

Le fait pour le fonctionnaire de transiter par sa résidence principale (alors qu'il part d'une résidence secondaire pour aller au travail ou qu'il s'y rend après celui-ci), traduit l'existence, dans ce déplacement, d'un mobile étranger à l'emploi.

La partie du trajet comprise entre 2 résidences ne peut donc pas être considérée comme en relation directe avec le service.

Toutefois, à l'occasion d'une jurisprudence plus récente, le Conseil d'État a estimé qu'est réputé constituer un accident de trajet tout accident se produisant sur le parcours habituel entre la résidence de l'agent et le lieu où il est hébergé provisoirement afin d'être à même d'exercer les fonctions qui lui sont attribuées²⁷.

3 – Le trajet protégé : l'itinéraire normal mais qui peut être détourné et/ou interrompu

3.1 – Conditions de lieu : l'itinéraire le plus court

Le choix d'un parcours plus long ne fait pas obstacle à la reconnaissance de l'imputabilité au service pourvu qu'il offre un réel gain de temps ou de sécurité par rapport à tous les itinéraires plus courts (encombrements, travaux routiers, etc.). Dans cette situation, l'agent doit être invité à fournir les éléments permettant d'apprécier le gain de temps²⁸.

S'il existe plusieurs itinéraires aussi directs et praticables les uns que les autres il n'est pas nécessaire que la victime suive toujours le même.

La Cour de cassation a jugé qu'un salarié descendant à une station de métro avant la plus proche de son domicile pour faire des achats ménagers reste sur le trajet direct²⁹.

L'appréciation de l'itinéraire doit reposer sur des critères objectifs. La production d'un plan (régulièrement édité) et non d'un simple croquis est nécessaire. Ce plan doit être suffisamment détaillé pour que le trajet suivi puisse y être matérialisé.

3.2 – Le détour

Le détour n'exclut pas la reconnaissance de l'imputabilité au service s'il est dicté par les nécessités essentielles de la vie courante ou dicté par un motif lié à l'emploi.

27 CE 7e et 2e chambres réunies – 30 novembre 2018 n°416753

28 CE 04/12/74 n° 94 336 SAUVIGNON

29 Cass. soc. N° 59-13.376 15/03/61 LABOLLE

3.2.1 – Notion de détour

Il n'y a pas de définition réglementaire du détour. Les situations doivent donc être examinées individuellement. Il ne peut y avoir détour que si le parcours normal est partiellement suivi. Il sera possible d'admettre que l'itinéraire suivi constitue un détour tant qu'il ne conduit pas l'agent à dépasser les limites du trajet ou à revenir sur ses pas et que l'allongement du parcours reste modéré. En d'autres termes, le trajet suivi ne doit pas être manifestement contraire au caractère direct de l'itinéraire normal³⁰.

Un trajet distant et différent du parcours normal, créant un allongement significatif du temps de trajet ne répondant à aucun besoin du service et nullement imposé par les conditions de la circulation ou par les nécessités essentielles de la vie courante, constitue un changement d'itinéraire qui fait perdre à l'accident son caractère d'accident de service³¹,

Par ailleurs, un accident lors d'un détour de quelques kilomètres, par rapport au trajet le plus direct, qui n'est pas étranger aux nécessités essentielles de la vie courante, et qui donc ne résulte pas de la convenance personnelle, peut être reconnu imputable au service³²

Enfin, le Conseil d'État a jugé qu'un écart involontaire par rapport au trajet habituel de la victime ne peut enlever à l'accident qu'elle a subi son caractère d'accident de service : le juge reconnaît au fonctionnaire un droit à l'erreur lors de l'accomplissement de son trajet.³³

De plus, l'administration doit rechercher dans chaque cas d'espèce si le détour effectué correspondait à une véritable nécessité pour l'agent ou s'il est dicté par un motif lié à l'emploi.

3.2.2 – Exemples de nécessités essentielles de la vie courante

- Effectuer un achat au plus proche par rapport au trajet normal.
- Conduire un enfant dans une crèche, chez une nourrice, à l'école ou à une garderie et aller le chercher.

Dans une telle situation, le Conseil d'État admet qu'un léger dépassement de la limite du trajet n'est pas de nature à écarter l'application du régime de réparation³⁴. De même, l'allongement du trajet en raison d'un détour de 9 kilomètres effectué par la victime pour déposer sa fille chez sa nourrice, qui n'est pas étranger aux nécessités essentielles de la vie courante, n'est pas lié aux convenances personnelles de l'agent mais à l'impossibilité de trouver une nourrice proche de son domicile, ne fait pas perdre à l'accident son caractère d'accident de service³⁵.

30 CE, 20 janvier 1989, Mme Le Bars c/ CDC

31 Cour administrative d'appel de Marseille – 9 février 2018 / n° 16MA02151

32 Cour administrative d'appel de Douai – 25 janvier 2005 / n° 02DA00247

33 CE, sect., 29 janv. 2010, n° 314148, Mme Oculi

34 CE 27/10/95 n°154629 Mme C.

35 CAA Nancy 24/10/1996 n°94NC00486 Ministre de l'intérieur c/M. MARTIN

- Faire réparer un véhicule par un garagiste si la nécessité d'une réparation immédiate est établie.
- Retirer de l'argent dans une banque ou à la poste dans la mesure où ce retrait est nécessaire pour effectuer des dépenses correspondant aux besoins quotidiens de la vie courante ou à un besoin ponctuel urgent (exemple : médicament indispensable) et ne pouvant être réglées autrement qu'en espèces.
- Déposer et rechercher son conjoint au travail.
- Une consultation urgente chez le médecin ou le dentiste pour l'agent lui-même ou pour un enfant.
- Soigner un ascendant malade lorsque celui-ci n'a pas d'autre recours.
- Éviter un encombrement occasionnel du parcours habituel.

3.2.3 – Exemples de motifs liés à l'emploi

- Aller chercher un collègue pour l'accompagner en voiture jusqu'au lieu de travail ou le déposer à son domicile au retour du travail.
- Déposer le courrier du service au bureau de poste.

3.3 – Le trajet protégé peut être interrompu

L'interruption commence quand l'agent quitte la voie publique, par exemple pour entrer dans un magasin, une école, etc.³⁶.

Le trajet protégé reprend quand le fonctionnaire revient sur la voie publique³⁷.

Même si l'interruption est liée aux nécessités essentielles de la vie courante, l'accident survenant à ce moment ne constitue pas un accident de trajet³⁸.

3.4 – Le trajet au-delà du trajet normal ou opposé au trajet normal n'est plus protégé

L'accident survenu à un agent après avoir quitté le lieu de son travail, alors que l'intéressé se rendait dans une pharmacie située au-delà de son domicile pour y retirer des médicaments, n'a pas le caractère d'un accident de service, le dépassement, non étranger aux nécessités essentielles de la vie courante, l'ayant conduit dans une direction opposée à celle de son domicile, à proximité immédiate duquel il était passé³⁹.

36 Cass. Soc. 08/12/82 n° 81-12 317 GUILLET, TA Paris 28/02/91 P., TA Bastia 30/10/96 A. et TA Lyon 30/01/97 S.

37 Cass. Soc. 16/03/78 n°77-10 184 FLEJO ; Cass. soc. 28/06/89 n°86-18 812 CAUSSE et Cass. soc. 28/06/89 n°86-18 821 COMAS

38 Cass. plén. 19/06/63 n°60-13 912 YAHLALI et Conseil d'Etat, 8e et 3e ss-sect., 10 févr. 2006, n° 264293

39 CAA Bordeaux 1/04/1999 n°96BX00626 Mme IRIARTE

De même, l'accident dont a été victime l'agent alors qu'à l'issue de sa journée de travail, il se rendait chez son médecin avant de regagner son domicile et ne se trouvait pas sur le trajet normal entre le domicile et le lieu de travail mais dans une direction opposée à ce trajet, après avoir effectué un important détour non motivé par des difficultés de circulation n'est pas imputable au service alors même que ledit trajet avait un caractère habituel et que la visite chez le médecin répondait aux nécessités de la vie courante.

3.5 – Conditions de temps : le trajet doit être accompli dans un délai normal

Un accident survenu sur un itinéraire reliant de façon directe le lieu de travail au domicile ou au lieu de restauration doit en outre se situer dans le délai normalement nécessaire pour accomplir ce trajet, compte tenu du moyen de transport utilisé et des conditions de circulation⁴⁰.

Un trajet distant et différent du parcours normal, créant un allongement significatif du temps de trajet ne répondant à aucun besoin du service et nullement imposé par les conditions de la circulation ou par les nécessités essentielles de la vie courante, constitue un changement d'itinéraire qui fait perdre à l'accident son caractère d'accident de service⁴¹.

Comme le détour, l'avance ou le retard n'exclut pas, dans certains cas, la reconnaissance de l'imputabilité au service.

Le retard n'exclut pas la reconnaissance de l'imputabilité au service :

- s'il est justifié par les nécessités essentielles de la vie courante (cf. ci-avant) ;
- s'il est lié à l'emploi (agent ayant quitté son bureau plus tard pour terminer un travail ou pour assister à une réunion amicale à laquelle il ne pouvait se soustraire).

De même, la circonstance que l'agent ait quitté son domicile pour se rendre à son travail avec une avance sensible sur l'heure à laquelle il devait reprendre son service ne suffit pas à retirer à l'accident le caractère d'un accident de trajet⁴². En revanche, le Tribunal administratif de Paris⁴³ n'a pas reconnu le caractère d'accident de service à l'accident qui s'est produit plus de 2 heures avant l'heure du début du service de la victime.

Enfin, le départ anticipé d'un fonctionnaire de son lieu de travail ne fait pas par lui-même obstacle à la qualification d'accident de trajet⁴⁴.

40 Cass. soc. 29/03/1966 n°65-10 917 VAN DE VELDE ; Cass. soc. 19/10/1972 n° 71-14 295 CHAMPEMONT ; Cass. soc. 30/11/1977 n°76-13 468 SERGENT ; Cass. soc. 24/03/82 n° 81-11 278 ESCOFFIER ; Cass. soc. 11/10/1990 n° 88-14 619 NAJID ; et TA Besançon 08/06/95 J.

41 Cour administrative d'appel de Marseille – 9 février 2018 / n° 16MA02151.

42 CE 17/06/77 n° 04 100 COSSIC

43 jugement du 31/03/2000 n°9 810 751/7 M. ANDREOS, non publié

44 CE 17/01/2014 n° 352710

Attention appelée

- Accident sur le trajet normal mais dont la cause est manifestement étrangère au service : un accident survenu dans les conditions de lieu et de temps décrites ci-dessus peut ne pas être reconnu imputable au service si sa cause est de toute évidence étrangère à l'exercice des fonctions. C'est le cas lorsque la victime conduisait en état d'ivresse et que l'accident n'a pas une autre cause.
- Cas particulier de l'agent victime d'un malaise sur le trajet : l'accident de trajet dû à un malaise provoqué par un état pathologique préexistant est reconnu imputable au service. Toutefois, les frais engagés pour soigner la maladie qui est à l'origine du malaise sont exclus de la prise en charge.

Fiche n°3 : L'accident de mission

Les accidents de mission sont ceux survenus en dehors du temps ou du lieu du service, mais à l'occasion d'une activité constituant le prolongement normal des fonctions (exemples : formation, réunion en dehors du service d'affectation, mission pour le compte de l'administration).

Ces accidents bénéficient du régime de présomption d'imputabilité au service.

De plus, la jurisprudence a progressivement renforcé la protection de l'agent en mission. En effet, le Conseil d'État a posé le principe selon lequel **tout accident survenu lorsqu'un agent public est en mission doit être regardé comme un accident de service, alors même qu'il serait survenu à l'occasion d'un acte de la vie courante**, sauf s'il a eu lieu lors d'une interruption de la mission pour des motifs personnels. À titre d'exemple, la chute d'un agent dans l'hôtel où il résidait pour suivre une formation peut être qualifiée d'accident de mission⁴⁵.

L'est également l'accident survenu sur le parcours habituel entre sa résidence et le lieu où il est hébergé provisoirement afin d'être à même d'exercer ses fonctions⁴⁶.

Toutefois, il faut que le trajet du domicile au lieu de destination ait commencé ; tel n'est pas le cas lorsque l'intéressé se trouve encore, lors de l'accident, à l'intérieur de son domicile ou de sa propriété⁴⁷.

45 CE 3/12/2004 n° 260786 QUINIO

46 Conseil d'État CE 30 novembre 2018 n°416753

47 Conseil d'État 12 février 2021 / n° 430112

Fiche n° 4 : La maladie professionnelle ou à caractère professionnel

1 – Généralités

1.1 – Notion

Les maladies professionnelles ou à caractère professionnel résultent :

- soit de l'exposition prolongée à un risque professionnel ;
- soit d'une intoxication lente sous l'effet répété de certaines substances ou émanations au contact desquelles l'agent est exposé de façon habituelle dans ses activités professionnelles.

Elles peuvent être :

- inscrites dans les tableaux du régime général dans les conditions mentionnées dans ces tableaux. Il s'agit alors de **maladies professionnelles** ;
- non inscrites ou inscrites aux tableaux mais sans répondre aux conditions mentionnées. Dans ce cas, elles sont qualifiées de **maladies à caractère professionnel** (article L822-20 du CGFP).

Conformément à l'article L822-20 du CGFP, **les maladies professionnelles sont présumées imputables au service.**

Il appartient toutefois à l'agent d'entreprendre la démarche de déclaration de maladie professionnelle et d'apporter les éléments permettant d'établir que la maladie correspond aux conditions prévues par les tableaux :

- Désignation de la maladie ;
- Délai de prise en charge (délai entre la fin de l'exposition au risque et la constatation de la maladie) ;
- Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer la maladie.

Les autres types de maladie ne reposent en revanche sur aucune présomption :

- **les maladies à caractère professionnel inscrites aux tableaux** doivent, pour être reconnues, être directement causées par le travail habituel de l'agent ;
- **les maladies à caractère professionnel non inscrites** aux tableaux doivent non seulement être directement causées par le travail habituel de l'agent, mais également être susceptibles d'entraîner un taux d'incapacité supérieur au moins égal à 25 % (art. 47-8 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 et art. R 461-8 du code de la sécurité sociale).

1.2 – Distinction maladies professionnelles et à caractère professionnel (synthèse)

Nature de la maladie	Définition	Régime applicable
Maladie professionnelle	La maladie professionnelle est une maladie désignée par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions dans les conditions mentionnées à ce tableau	<ul style="list-style-type: none"> – imputabilité : présomption légale d'imputabilité (art L822-20 du CGFP) – ATI : maladie indemnisable sans taux plancher
Maladie à caractère professionnel	La notion de maladie à caractère professionnel peut désigner :	
	<ul style="list-style-type: none"> – une maladie inscrite aux tableaux pour laquelle une ou plusieurs conditions ne sont pas remplies 	<ul style="list-style-type: none"> – imputabilité : pas de présomption. La reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie n'intervient que lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le l'exercice des fonctions – ATI : maladie indemnisable sans taux plancher
	<ul style="list-style-type: none"> – une maladie non désignée aux tableaux mais essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et susceptible d'entraîner une incapacité permanente de 25 % 	<ul style="list-style-type: none"> – imputabilité : pas de présomption. La reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie n'intervient que lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par l'exercice des fonctions et susceptible d'entraîner une incapacité permanente de 25 % – ATI : la maladie ne pourra être reconnue et donc indemnisable au titre de l'ATI que si elle entraîne une incapacité permanente partielle de 25 %

2 – Cas spécifique des fonctionnaires victimes de l’amiante

2.1 – Généralités

L'évolution de la réglementation relative aux risques d'exposition à l'amiante fait suite à la publication d'un rapport de l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles) qui a révélé des risques jusqu'alors méconnus. Pour tenir compte de ces nouvelles connaissances, le décret n° 2012-639 du 4 mai 2012 relatif aux risques d'exposition amiante est venu modifier la réglementation en la matière. Ce décret est entré en vigueur depuis le 1er juillet 2012.

Les affections peuvent être non cancéreuses (fibroses du poumon ou de la plèvre) ou cancéreuses (bronches, poumons, plèvre). Elles sont détaillées dans les tableaux 30 et 30bis du Code de la Sécurité Sociale.

2.2 – Reconnaissance

L'amiante étant maladie professionnelle, la procédure de reconnaissance est celle applicable en la matière :

- c'est à l'agent de déclarer sa maladie ;
- cette déclaration comporte notamment un certificat médical précisant la maladie, un rapport d'activité professionnelle décrivant les tâches habituelles de la victime et les divers postes occupés, établi par le chef de service, et un rapport obligatoire du médecin du travail sur les conditions de travail de l'agent ; l'administration procède ensuite à une enquête afin de déterminer notamment le délai entre la fin de l'exposition au risque amiante et à la constatation de la maladie et soumet le dossier au conseil médical en formation plénière.

2.3 – Indemnisation en dehors du cadre de la reconnaissance de maladie professionnelle

Le dispositif mis en place pour les victimes de l'amiante est en dehors du cadre statutaire des fonctionnaires. Toute personne ayant été exposée à l'amiante (ou tout ayant droit d'une personne décédée en raison de son exposition à l'amiante) peut obtenir, sous conditions, une indemnisation pour les préjudices causés par cette exposition. La demande d'indemnisation est faite auprès du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), qui se charge de reconnaître un droit à indemnisation ou non.

2.4 – Organisation et circuit de traitement des dossiers

Pour toutes les déclarations de maladie professionnelle en lien avec l'amiante, le bureau des Conditions de vie au travail et diversité répond aux directions après une expertise.

Attention appelée

Pour tous les cas susceptibles de concerner le problème de l'amiante, le bureau des Conditions de vie au travail et Diversité doit systématiquement être saisi.

Fiche n°5 : Les actes de dévouement public

- **Principe**

Lorsque l'accident ou la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite, le fonctionnaire bénéficie du régime des accidents de service et maladies professionnelles.

- **Causes**

- Blessures ou maladies contractées ou aggravées en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public.

L'acte de dévouement peut avoir été accompli en dehors du temps et du lieu de travail.

Ces dispositions s'appliquent notamment au fonctionnaire atteint de blessures ou d'une maladie à l'occasion du don bénévole de son sang (Circulaire FP 4 n° 1711 du 30 janvier 1989 1ère partie § 5.1.3).

- Blessures ou maladies contractées en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes, c'est le cas notamment des fonctionnaires qui ont subi un prélèvement d'organes au bénéfice d'une tierce personne (don de moelle osseuse par exemple).

La protection ne se limite pas aux blessures ou maladies contractées pendant le sauvetage lui-même. Ainsi, en fonction des circonstances particulières, s'agissant d'un acte de civisme, le SRE peut accorder une allocation temporaire d'invalidité.

Fiche n°6 : Le télétravail

Conformément à l'article 6 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique, les agents exerçant leurs fonctions en télétravail bénéficient des mêmes droits et obligations que les agents exerçant sur leur lieu d'affectation.

- **Accident de service en situation de télétravail**

En l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service, **les accidents survenus dans le temps de télétravail**, pendant les heures de télétravail et dans le cadre des fonctions exercées par l'agent en télétravail **sont présumés imputables au service**.

- **Accident de trajet en situation de télétravail**

En cas d'accident de trajet lors d'une journée de télétravail, les conditions de droit commun sont applicables (cf. *supra* fiche n°2).

Les trajets concernés sont les suivants :

- trajet entre le domicile et le lieu de télétravail, s'il est différent ;
- trajet entre le lieu de télétravail et le service, en cas de retour exceptionnel temporaire de l'agent sur son service d'affectation un jour de télétravail ;
- trajet entre le lieu de télétravail et le lieu de restauration habituel.

- **Aspects pratiques**

En pratique, le télétravailleur doit, le plus rapidement possible après la survenance des faits, en informer ou en faire informer l'administration par l'intermédiaire de son supérieur hiérarchique.

Il devra fournir à l'administration toutes les pièces nécessaires à l'examen de son dossier (cf. *infra* Fiche n°7 – § 1.1.2).

- **Cas particulier des agents nomades**

Les dispositions relatives aux agents exerçant leurs fonctions en télétravail s'appliquent également aux agents nomades pour l'exercice à domicile de leurs activités, compte-tenu de leur ordre de mission permanent.

Deuxième partie : Procédures

Fiche n°7 : Modalités de déclaration et d'instruction

1 – Obligations de l'agent

L'agent victime d'un accident ou d'une maladie qu'il estime être imputable au service doit demander expressément le bénéfice des dispositions de l'article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 codifié à L822-18 du code général de la fonction publique

Si l'agent victime du dommage décède avant d'avoir lui-même introduit une action en réparation, ce droit est transmis à ses héritiers (CE 29 mars 2000 n°195662).

1.1 Déclaration d'accident de service / de maladie professionnelle

1.1.1 – Généralités

Pour formaliser sa demande, l'agent utilise un formulaire de déclaration, disponible en ligne sur le site de la fonction publique :

- [déclaration d'accident de service – accident de trajet](#) ;
- [déclaration de maladie professionnelle](#).

Les modèles figurent en annexe n°1 du présent guide.

Ce formulaire doit être accompagné de différentes pièces, dont un certificat médical, désormais obligatoire (cf. *infra* § 1.1.2)

La déclaration doit être faite dans les délais fixés par la réglementation (cf. *infra* §1.2.1)

Cette déclaration vaut demande expresse d'admission au régime de réparation des accidents de service et maladies professionnelles. Elle comprend par ailleurs un résumé des circonstances de l'accident / de la maladie qui permet à l'Administration d'apprécier, le cas échéant après enquête complémentaire, la relation avec le service.

En cas de besoin elle peut être rédigée par un représentant de l'agent.

1.1.2 – Certificat médical initial

Conformément à l'article 47-2 du décret n° 86-442 du 15 mars 1986, la déclaration doit obligatoirement être appuyée :

- d'un certificat médical initial descriptif des blessures occasionnées par l'accident (ou bulletin d'hospitalisation) ;
- ou d'un certificat médical de constatation précisant la maladie dont est victime l'agent établi par le médecin de l'intéressé.

Ce certificat doit mentionner la nature et le siège des lésions ainsi que, s'il y a lieu, la durée probable de l'incapacité de travail en découlant.

Attention appelée

Lorsque le certificat médical est établi sur l'imprimé cerfa n° 11138*01 « certificat médical accident de travail maladie professionnelle » comportant 3 volets, l'agent transmet, dans les délais requis, le volet 1 sur lequel le médecin aura détaillé les constatations médicales et conserve les deux autres volets.

Lorsque le certificat médical est établi sur un autre support (cerfa n° 10170 « avis d'arrêt de travail », par exemple), l'agent doit joindre un certificat complémentaire sur lequel le médecin aura précisé la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ou de la maladie.

1.1.2 – Les autres pièces justificatives

Selon sa situation, différentes pièces sont susceptibles d'être jointes par l'agent à sa déclaration. Compte-tenu notamment de la présomption d'imputabilité en cas d'accident sur le lieu et dans le temps du service, il convient de ne demander aux agents que les pièces strictement nécessaires à l'instruction.

Attention appelée

À l'exception du certificat médical initial, tous les documents médicaux fournis par l'agent à l'appui de sa demande sont nécessairement remis sous pli confidentiel avec la mention « secret médical ».

- Cas particulier de l'accident de trajet (L822-19 du CGFP)

Un croquis ou un plan situant le lieu de l'accident doit être annexé à la déclaration.

Le croquis n'est nécessaire que lorsque l'accident s'est produit à la limite de la résidence de l'agent et de la voie publique (ou, lorsque l'agent réside dans un immeuble collectif, à la limite de l'appartement et des parties privatives).

Dans tous les cas où l'accident a eu lieu sur la voie publique, l'agent doit annexer à la déclaration un plan de la localité et/ou une carte routière sur le ou lesquels doivent être indiqués :

- le lieu de travail ;
- le lieu de l'accident ;
- le domicile ou le lieu de restauration ;
- éventuellement, le but visé par un détour.

En outre, le trajet suivi jusqu'au lieu de l'accident et celui qui aurait été effectué après doivent être matérialisés.

- Témoignages

Si l'accident a eu des témoins directs, l'agent doit dans la mesure du possible, lui-même ou par l'intermédiaire d'une tierce personne, leur demander d'établir une attestation (individuelle ou collective) relatant les faits auxquels ils ont assisté.

- Procès-verbal de police ou de gendarmerie

Lorsqu'il s'agit d'un accident de la circulation pour lequel les autorités de police ou de gendarmerie sont intervenues, une copie du procès-verbal établi par celles-ci doit figurer au dossier. Il appartient donc à l'agent lui-même ou à son représentant d'accomplir cette démarche dans les meilleurs délais.

Si l'agent ne peut produire le procès-verbal, et en présence d'autres éléments probants, le dossier pourra malgré tout être instruit.

1.2 – Délai de déclaration

1.2.1 – Les délais fixés à l'article 47-3 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié

En cas d'accident de service ou de trajet, la déclaration doit être déposée dans un **délai de 15 jours** à compter de la date de l'accident.

Lorsque l'impact de l'accident sur l'état de santé de l'agent n'est pas immédiatement décelé, la déclaration demeure possible pendant 2 ans à compter de l'accident mais doit être effectuée dans les 15 jours de sa constatation médicale (ex. absence de lésion physique lors d'un braquage mais développement d'une lésion psychologique dans les deux ans de l'accident ; déclaration à effectuer dans les 15 jours de constat de la lésion mentionnée sur le certificat médical).

Exemples de constatation médicale ultérieure : chute n'entraînant pas de douleur immédiate, choc traumatique différé en cas de braquage, etc.

En cas de maladie, la déclaration doit être déposée dans un **délai de 2 ans** à compter :

- de la date de la première constatation de la maladie ;
- de la date à laquelle le fonctionnaire est informé, par un certificat médical, du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle ;
- de la date de publication du décret qui prévoit l'inscription de la maladie aux tableaux du code de la sécurité sociale ou la modification de ces tableaux.

En cas de non-respect de ces délais, une décision de rejet (et non une décision de refus d'imputabilité) devra être rendue.

Attention appelée

Les directions locales doivent veiller à informer les agents de ces **délais de déclaration**.

Cette information peut se faire :

- par le biais d'une publication sur l'intranet local ;
- lors de la remise du formulaire de déclaration.

Par ailleurs, **lorsque l'état de santé donne lieu à un arrêt de travail**, celui-ci doit être transmis à l'administration dans les **48 heures** suivant son établissement (article 47-3 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986).

L'agent doit donc respecter deux délais d'envoi distincts : l'un pour la transmission de son arrêt de travail (48 heures), l'autre pour la transmission de sa déclaration d'accident de service ou de maladie professionnelle (variable selon la nature de la situation).

Le cas échéant, le non-respect du délai de 48 heures n'a pas d'impact sur l'instruction de la déclaration d'accident de service ou de maladie professionnelle.

1.2.2 – Les dérogations possibles

L'article 47-3 du décret précité prévoit également des dérogations à ces délais.

- Lorsque l'agent entre dans le champ de l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale

Il s'agit des personnes victimes d'un acte de terrorisme, présentes sur les lieux de l'acte de terrorisme et ayant subi un dommage physique ou psychique immédiat directement lié à cet acte ou qui, ultérieurement à cet acte, présentent un dommage physique ou psychique qui lui est directement lié et qui ont expressément été identifiées comme telles.

- En cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes

La force majeure recouvre traditionnellement un événement extérieur, imprévisible et irrésistible (exemple : catastrophe naturelle, événement climatique imprévisible, incendie, etc.).

L'impossibilité absolue désigne l'abolition des facultés physiques ou mentales (coma, crise de démence, accident mortel, etc.).

Les motifs légitimes sont plus variés et restent à l'appréciation de la direction locale. À titre d'exemple, on peut notamment citer : hospitalisation, événement familial grave, etc.

2 – Obligations de la Direction

Dès qu'il a connaissance d'un accident sur le lieu du service, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle, le service RH informe l'agent de ses droits et des démarches à effectuer pour demander le bénéfice d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) (remise du formulaire de déclaration ou communication du lien de téléchargement).

2.1 – Constitution du dossier et contrôle du respect des délais par l'agent

Le service RH vérifie la complétude du dossier (déclaration, certificat médical initial et, le cas échéant, pièces justificatives).

Attention appelée

Si l'agent ne dispose pas de l'ensemble des pièces justificatives avant l'expiration du délai de déclaration (hors déclaration et certificat médical), il peut les transmettre *a posteriori*.

Le service RH accompagne l'agent dans ses démarches et précise les documents nécessaires à l'instruction de sa demande.

Le service vérifie également le respect des délais de déclaration par l'agent. Les modalités de décompte sont précisées dans le [Guide pratique des procédures Accidents de service – Maladies professionnelles de la DGAFP](#)⁴⁸.

La date à prendre en compte pour déterminer si le délai est respecté est la date d'envoi de la déclaration par l'agent par courrier (cachet de la poste faisant foi) ou de remise de la déclaration au service RH.

En cas de non-respect de ces délais ou de dossier incomplet, la direction adresse à l'agent une décision de rejet. Cette décision doit notamment indiquer les raisons de ce rejet et informer l'agent des voies et délais de recours dont il dispose.

48 Fiche IV – 1 – Contrôle du respect des délais par l'agent

Lorsque le rejet est fondé sur le non-respect des délais, la décision doit :

- faire référence à l'article 47-3 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié ;
- préciser le délai de déclaration correspondant à la situation de l'agent ;
- indiquer les dates retenues pour le calcul de ce délai et la date limite à laquelle l'agent aurait dû déclarer.

2.2 – Information des différents acteurs

- Médecin du travail

Le médecin du travail est systématiquement informé de toute déclaration d'accident de service / maladie professionnelle, que l'accident / maladie soit reconnu(e) ou non (art. 27 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982).

S'agissant plus particulièrement des maladies professionnelles et à caractère professionnel :

- **en cas de maladie professionnelle inscrite aux tableaux de la sécurité sociale**, conformément à l'article 47-7 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986, si le médecin du travail constate que la maladie déclarée répond aux différents critères de ces tableaux (désignation des maladies, délai de prise en charge, liste limitative de travaux susceptibles de provoquer ces maladies), il en informe l'administration qui peut alors reconnaître l'imputabilité au service de la maladie ;

- **lorsque le médecin du travail n'est pas en mesure de se prononcer ou lorsque la maladie ne répond pas aux différents critères de ces tableaux** (maladie à caractère professionnel inscrite aux tableaux de la sécurité sociale – cf. *supra* fiche n°4), il rédige un rapport à destination du conseil médical en formation plénière ;

- **en cas de maladie à caractère professionnel non inscrite aux tableaux de la sécurité sociale**, le médecin du travail rédige un rapport à destination du conseil médical en formation plénière

En cas de saisine du conseil médical dans le cadre d'un accident, le rapport du médecin du travail n'est pas obligatoire.

- Supérieur hiérarchique

Si le supérieur hiérarchique de l'agent victime n'intervient pas dans la transmission de la déclaration d'accident ou de maladie professionnelle⁴⁹, il est informé de toute déclaration d'accident de service ou de maladie professionnelle qui concerne son périmètre.

En cas d'accident, le supérieur hiérarchique peut être sollicité par le service RH pour apporter toutes précisions utiles à l'instruction de la déclaration.

49 Cette dernière est transmise directement par l'agent au service RH

En cas de déclaration de maladie professionnelle ou à caractère professionnel, le chef de service est systématiquement sollicité pour établir un rapport d'activité professionnelle décrivant les tâches habituelles de l'agent.

- CHSCT et Inspecteur santé et sécurité au travail (ISST)

Le CHSCT et l'ISST sont informés de chaque accident et / maladie professionnelle ou à caractère professionnel.

Le CHSCT procède alors à une enquête dans les 3 cas suivants (article 53 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982) :

– suicides et tentatives de suicide ;

– accident de service grave ou maladie professionnelle / à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées ;

– accident de service ou maladie professionnelle / à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.

Enfin, il convient de noter que la DGAFP préconise l'information systématique de l'assistant de prévention dès la déclaration (cf. Guide pratique des procédures Accidents de service – Maladies professionnelles – II – Premiers réflexes – premières démarches).

2.3 – Enquête administrative

Conformément à l'article 47-4 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986, « l'administration qui instruit une demande de congé pour invalidité temporaire imputable au service peut [...] diligenter une enquête administrative visant à établir la matérialité des faits et les circonstances ayant conduit à la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie ».

En d'autres termes, l'enquête administrative a pour objet de déterminer la cause, la nature, les circonstances de temps et de lieu et les conséquences apparentes de l'accident ou de la maladie, tout en veillant au respect du principe de présomption d'imputabilité au service instauré par l'article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 codifié aux articles L822-18 et suivants du code général de la fonction publique, pour les accidents de service et les maladies professionnelles stricto sensu.

En cas de déclaration de maladie professionnelle, un rapport d'activité professionnelle décrivant les tâches habituelles de la victime doit également être établi par le chef de service de l'agent (cf. *supra* § 2.2).

Attention appelée

Par principe, si l'enquête administrative reste utile en cas de présomption d'imputabilité afin de s'assurer de la matérialité des faits et des circonstances de l'accident ou de la maladie, elle prend tout son sens en cas d'absence de présomption.

En effet, dans cette situation (accident de trajet, par exemple), elle doit permettre de vérifier les éléments de preuve fournis par l'agent. Cela peut consister à relever les témoignages, consulter le chef de service, vérifier les habitudes de l'agent, etc.

2.4 – Enquête de police

Lorsque l'accident apparaît comme particulièrement grave, susceptible d'entraîner une issue mortelle ou une incapacité permanente pour la victime, une enquête de police est normalement diligentée. Tel est le cas pour les accidents graves survenus au cours d'un trajet à l'occasion d'un contrôle, d'une vérification, d'une mission, etc. pour lesquels aucun constat de police ou de gendarmerie n'a été effectué.

Il appartient alors à la Direction de demander à l'autorité compétente d'être tenue informée des évolutions de cette enquête.

3 – Instruction par la Direction

3.1 – L'administration se trouve en présence d'éléments administratifs et médicaux objectifs lui permettant de reconnaître l'imputabilité au service

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- l'**accident de service** bénéficie de la présomption d'imputabilité, l'agent n'a pas commis de faute personnelle et l'administration n'a pas connaissance de circonstances particulières de nature à détacher l'accident du service ;
- l'agent a apporté la preuve que l'accident dont il a été victime peut être qualifié d'**accident de trajet** ;
- le médecin du travail estime que la **maladie professionnelle** répond aux différents critères du code de la sécurité sociale.

L'administration peut alors prendre une décision de reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident / de la maladie (cf. *infra* § 5).

3.2 – L'administration a recours à une expertise médicale

L'article 47-4 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 précise les cas dans lesquels l'administration peut faire procéder à une expertise médicale par un médecin agréé :

- lorsque des circonstances particulières paraissent de nature à détacher l'accident du service ;
- en cas de maladie professionnelle ou à caractère professionnel.

L'expertise du médecin agréé permet uniquement de lever des doutes d'ordre médical. Si les doutes de la direction locale concernent un obstacle réglementaire (exemple : accident hors du lieu et du temps de service, hors du parcours protégé, etc.), elle peut directement saisir le conseil médical en formation plénière, sans saisine préalable du médecin agréé.

- En cas **d'accident survenu dans le temps et le lieu du service**, le principe de la présomption s'applique. De ce fait, **l'expertise médicale ne doit pas être systématique**.

Une expertise ne sera diligentée que si l'administration a connaissance de circonstances particulières de nature à détacher l'accident du service (exemple : connaissance d'un état antérieur en cas de malaise) ou a un doute sur la cohérence entre la lésion présentée et les circonstances de l'accident (exemple : un tel accident ne peut conduire à tel type de lésion).

- En cas **d'accident de trajet**, qui ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité, l'administration a la possibilité de diligenter une expertise médicale afin vérifier l'imputabilité au service des lésions déclarées.
- En cas de **maladie professionnelle inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale**, l'expertise ne sera diligentée que si le médecin du travail n'est pas en mesure de se prononcer ou lorsque la maladie ne répond pas aux différents critères de ces tableaux ;
- En cas de **maladie à caractère professionnel**, l'expertise est obligatoire. Elle aura pour objet de déterminer si la maladie est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et si elle est susceptible d'entraîner un taux minimum d'incapacité permanente de 25 %. (article 47-8 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986).

Pour la réalisation de cette expertise, l'administration peut alors faire appel au concours d'un médecin agréé auquel elle devra par courrier poser des questions précises (cf. annexe n° 4 – Exemple de questions à poser à l'occasion d'une expertise).

En cas d'avis incomplet, il appartient à la Direction de faire préciser ces différents points.

À l'issue de l'expertise médicale :

- En cas d'avis favorable de l'expert : l'administration peut prendre une décision de reconnaissance d'imputabilité.

Il convient toutefois de noter que l'avis du conseil médical en formation plénière est indispensable pour les maladies professionnelles (hors maladies professionnelles stricto sensu pour lesquelles le médecin du travail s'est prononcé favorablement) ou si l'expert s'est prononcé sur un taux d'IPP.

- En cas d'avis défavorable de l'expert ou lorsque l'administration entend refuser l'imputabilité au service, le dossier est soumis au conseil médical en formation plénière.

Attention appelée

Le rapport d'expertise doit apporter les réponses aux questions posées (d'où l'importance de poser des questions précises dans le courrier adressé à l'expert).

L'administration ne peut avoir accès qu'aux seules conclusions du médecin agréé.

Le dossier d'expertise médicale et le double des conclusions doivent être transmis directement par le médecin au secrétariat du conseil médical .

Ces éléments doivent être rappelés au médecin expert lors de la saisine. En effet, il résulte de l'article R 4127-104 du code de la santé publique et de l'article 104 du code de déontologie médicale que :

- le médecin agréé est tenu au secret envers l'administration qui fait appel à ses services et qu'il ne peut ou ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent ;
- les renseignements médicaux nominatifs contenus dans les dossiers établis par le médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à un autre organisme.

3.3 – L'administration saisit le conseil médical en formation plénière

L'article 47-6 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 précise les cas dans lesquels l'administration consulte le conseil médical en formation plénière :

- lorsque l'administration envisage de refuser de reconnaître l'imputabilité d'un accident de service ou de trajet (faute personnelle ou toute autre circonstance particulière est de nature à détacher l'accident du service) ;
- en cas de maladie professionnelle ne répondant pas aux différents critères des tableaux du code de la sécurité sociale ;
- en cas de maladie à caractère professionnel.

Ainsi, comme le recours à l'expertise médicale, **la saisine de le conseil médical n'est pas systématique** et doit se limiter aux cas cités ci-dessus.

Lorsque l'administration envisage un refus d'imputabilité, elle doit indiquer au conseil médical en formation plénière les raisons justifiant sa position (exemple : accident survenu hors du temps et du lieu du service ; faute personnelle ; circonstances particulières – à préciser ; accident hors du trajet habituel ; maladie à caractère professionnel non essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions ; etc.).

Dans tous les cas, l'ensemble des pièces constitutives du dossier est obligatoirement transmis au conseil médical en formation plénière pour avis (cf. fiche n°8).

L'avis rendu par le conseil médical ne lie pas l'administration (Circulaire FP 1711 du 30 janvier 1989 2ème partie § V). Toutefois, le secrétariat du conseil médical doit être informé des décisions qui ne sont pas conformes à l'avis émis⁵⁰.

4 – Situation de l'agent pendant l'instruction

Pendant l'instruction et dans l'attente de la décision de l'administration, **l'agent doit être placé en congé ordinaire de maladie (COM)** et ce, jusqu'à la **notification de la** décision de l'administration, si celle-ci intervient dans les délais prévus (cf. *infra* § 4.1).

Pendant toute cette période, les honoraires médicaux et les frais médicaux liés à cet accident ou maladie restent à sa charge (cf. fiche n°9).

Au terme du délai maximum d'instruction dont elle dispose, l'administration, si elle ne peut rendre sa décision, doit placer l'agent en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire (cf. *infra* § 4.2).

Le code CMAIC « Accident instruction en cours » ne doit pas être utilisé.

4.1 – Les délais fixés par l'article 47-5 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986

En cas d'**accident**, l'administration dispose d'un **délai d'un mois** à compter de la réception de la déclaration et du certificat médical initial pour prononcer une décision administrative.

En cas de **maladie**, la décision doit être produite dans un **délai de deux mois** à compter de la réception du dossier complet.

Un délai supplémentaire de 3 mois est accordé en cas :

- d'enquête administrative suite à déclaration d'accident de trajet ou de maladie à caractère professionnel ;
- d'examen par le médecin agréé ;
- de saisine du conseil médical,

Dans ce cas, l'information de l'agent est obligatoire⁵¹.

⁵⁰ Article 19 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986

⁵¹ Cette information ne nécessite pas de formalisme particulier mais doit être traçable (mail, courrier)

	Accident de service	Accident de trajet	Maladie professionnelle
Délai d’instruction	1 mois	1 mois	2 mois
Délai supplémentaire	3 mois, en cas : – d’examen par un médecin agréé ; – de saisine du conseil médical en formation plénière	3 mois, en cas : – d’enquête administrative ; – d’examen par un médecin agréé ; – de saisine du conseil médical en formation plénière	3 mois, en cas : – d’enquête administrative (pour les maladies hors tableaux) ; – d’examen par un médecin agréé ; – dudu conseil médical en formation plénière

Les délais supplémentaires ne sont pas cumulatifs. Le délai total d’instruction ne dépasse jamais 4 mois en cas d’accident et 5 mois en cas de maladie,

4.2 – La conséquence du non-respect des délais : le placement en CITIS à titre provisoire

Au terme du délai maximum d’instruction, si l’administration ne peut rendre sa décision, l’agent est placé en CITIS à titre provisoire pour la durée indiquée par le certificat médical initial (article 47-5 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986).

Cette décision est notifiée à l’agent par arrêté et précise notamment :

- qu’elle peut être retirée si l’administration ne constate pas l’imputabilité au service ;
- que l’agent sera constitué redevable de la rémunération indûment versée.

L’arrêté de placement en CITIS à titre provisoire⁵² est établi par le CSRH, sur la base des informations fournies par le service RH local. En cas de prolongation d’arrêt de travail, un arrêté complémentaire de placement en CITIS à titre provisoire est adressé à l’agent.

Le placement d’un agent en CITIS à titre provisoire produit les mêmes effets en termes de rémunération et de prise en charge des frais et honoraires médicaux que le placement en congé pour invalidité temporaire imputable au service.

⁵² Acte SIRHIUS n°GA67000001 – Notification portant placement en [ou prolongation de] congé pour invalidité temporaire imputable à titre provisoire

Attention appelée

Compte tenu des conséquences financières potentielles pour l'agent en cas de refus de reconnaissance d'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie (placement en COM et remboursement des frais médicaux éventuellement pris en charge⁵³), le placement en CITIS à titre provisoire doit rester exceptionnel.

L'administration doit donc veiller à prendre toutes les dispositions nécessaires pour instruire les déclarations dans les délais prescrits.

5 – Décision

5.1 – Prise de décision

À l'issue de l'instruction, l'administration rend une décision.

Il convient de noter que les décisions de reconnaissance peuvent intervenir sans attendre la consolidation des blessures. Il n'y a en effet pas lieu d'attendre la production du certificat médical final descriptif des blessures faisant apparaître leur date de guérison ou de consolidation et le taux d'IPP consécutif à l'accident.

La décision admettant ou refusant la reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie incombe aux Directeurs locaux, sauf lorsque le dossier les concerne personnellement. Dans cette dernière hypothèse, les dossiers doivent être transmis aux bureaux Affectation, mobilité et carrière des A+ et A et Conditions de vie au travail et Diversité

5.2 – Notification

Les décisions de la direction locale sont notifiées par le CSRH conformément aux modèles d'actes disponibles dans SIRHIUS (cf. annexe n° 2).

En cas de refus, il est impératif que la décision soit **motivée**.

En effet, conformément aux dispositions de l'article L 211-2 du Code des relations entre le public et l'administration, « les personnes physiques ou morales ont le droit d'être informées sans délai des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent.

À cet effet, doivent être motivées les décisions qui [...] refusent un avantage dont l'attribution constitue un droit pour les personnes qui remplissent les conditions légales pour l'obtenir ».

⁵³ Les retenues opérées ne pourront conduire à un prélèvement mensuel supérieur à celui de la quotité saisissable

L'article L 211-5 du même code précise également que **la motivation doit être écrite et comporter l'énoncé des considérations de droit et de fait** qui constituent le fondement de la décision.

La motivation de droit est la référence aux textes fondant la décision.

La motivation de fait doit être suffisamment claire et détaillée. Il convient en effet d'exposer tous les éléments de fait justifiant la décision de refus (exemples : absence de lésion, absence de fait accidentel, circonstances particulières de nature à détacher l'accident du service [à préciser], maladie à caractère professionnel ne répondant pas aux critères fixés par la réglementation, etc.).

Attention appelée

La motivation de la décision ne doit pas amener l'administration à inscrire des informations qui porteraient atteinte au secret médical même si l'unique destinataire de la décision est l'agent.

Attention appelée

Lorsque l'agent a été placé en CITIS à titre provisoire et que l'administration rend une décision de refus, la décision de placement en CITIS à titre provisoire est retirée et l'administration procède aux régularisations nécessaires :

- requalification de l'arrêt de travail (généralement en congé ordinaire de maladie) ;
- régularisation du traitement (information préalable de l'agent sur les conséquences de cette régularisation) ;
- demande de remboursement des honoraires et frais médicaux pris en charge

5.3 – Suivi statistique

À l'occasion de chaque décision prise sur un dossier (décision initiale, renouvellement, etc.), il conviendra de mettre à jour SIRHIUS et de servir l'outil Res@m⁵⁴.

6 – Voies de recours

La procédure à suivre varie selon la nature de la décision contestée.

⁵⁴ [Res@m](http://adt.appli.dgfip/adt/adt.php) est accessible via le lien suivant : <http://adt.appli.dgfip/adt/adt.php>

6.1 – Contestation d'un refus de reconnaissance de l'imputabilité au service

L'agent peut former, dans un délai de deux mois⁵⁵ à compter de la notification de la décision :

- un recours gracieux auprès du directeur local ;
- un recours hiérarchique auprès du directeur général ;
- un recours contentieux devant le Tribunal administratif dans le ressort duquel il exerce ses fonctions.

6.2 – Contestation d'un refus de prise en charge d'un arrêt de travail ou de soins

S'agissant d'éléments médicaux, la décision de l'administration est, sauf exception⁵⁶, toujours conforme à l'avis du conseil médical ou du médecin agréé.

Néanmoins, rien ne s'oppose à ce que l'agent fasse valoir, par l'intermédiaire de sa direction, ses arguments auprès du conseil médical lui-même.

Le cas échéant, il est souhaitable que l'agent demande à son médecin traitant d'établir un rapport détaillé après avoir pris connaissance du rapport d'expertise sur la base duquel le conseil médical a émis son avis initial.

Attention appelée

Si à la suite d'un refus de prolongation de congé, l'agent reste absent sans justification, l'administration doit le mettre en demeure, par lettre recommandée avec AR ou par Huissier de Justice, de reprendre son service. À défaut, et en l'absence de service fait, sa rémunération est suspendue.

À défaut de justificatifs concernant la période d'absence la rémunération ne pourra être rétablie qu'à compter de la reprise effective du travail.

Toute contestation demeure possible devant le Tribunal administratif.

En cas de recours contentieux d'un agent, la DDFIP/DRFIP doit informer dans les plus brefs délais le bureau des affaires juridiques et du contentieux de ce recours.

55 Ce délai de deux mois correspond au délai de recours contentieux

56 Exemple : en cas d'avis divergent entre le médecin expert et la commission de réforme

Fiche n°8 : Le conseil médical en formation plénière

Le conseil médical en formation plénière est une instance consultative médicale et paritaire (composée des médecins du conseil médical, des représentants de l'administration et de représentants du personnel⁵⁷).

Conformément à l'article 47-6 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986, l'intervention des commissions de réforme est réservée aux cas où l'administration envisage le refus de reconnaissance de l'imputabilité et pour certaines maladies professionnelles (cf. *supra* fiche n°7).

1 – Organisation des conseils médicaux en formation plénière

1.1 – Conseil médical ministériel et conseils médicaux en formation plénière

La situation statutaire et l'affectation géographique du fonctionnaire déterminent quelle est la commission de réforme compétente pour examiner son état de santé (cf. tableau page suivante). De façon générale :

- Les conseils médicaux en formation plénière départementaux sont compétents pour les agents en fonctions dans le département considéré, sauf pour le corps des administrateurs des finances publiques.
- Le conseil médical ministériel est compétent :
 - pour l'ensemble des agents en poste sur Paris (DRFiP 75, directions à compétence nationale et spécialisées dont le siège est à Paris, Agents en poste à la Direction Générale) ;
 - pour les agents en poste à l'étranger, en Nouvelle-Calédonie, à Wallis-et-Futuna et en Polynésie ;
 - pour le corps des administrateurs des finances publiques (AFiP et AGFiP) ;
 - les pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 dans la fonction publique de l'État⁵⁸
 - les maladies professionnelles liées à l'amiante concernant les agents du Tripode à Nantes⁵⁹.

57 Sur la participation des représentants du personnel aux commissions de réforme, un support d'information a été rédigé par la DGAFP. Voir Le portail de la Fonction Publique / Publications / Collection outils de la GRH / les instances médicales de la fonction publique : comités médicaux et commissions de réforme/ Livret 4 / [Référentiel interministériel de formation du représentant du personnel siégeant au sein des commissions de réforme](#)

58 Circulaire du ministère de la Transformation et de la Fonction publique du 18 décembre 2020

Situation de l'agent	Commission de réforme compétente	Référence juridique
En fonction à la DGFIP		
Services centraux DGFIP	CMM secrétariat général	Décret 86-442 du 14 mars 1986 (art. 10 et 14)
Directions parisiennes DGFIP	CMM secrétariat général	Arrêté du 26 juillet 2013 (MEF)
Agents en poste à l'étranger, en Nouvelle-Calédonie, à Wallis-et-Futuna et en Polynésie	CMM secrétariat général	Circulaire FP n°1711 du 30 janvier 1989 (art. 3.1.1)
Corps des AFiP	CMM secrétariat général	Arrêté du 22 mars 2016 portant extension de la compétence du conseil médical ministériel des MEF
En fonction hors de la DGFIP		
<i>Mise à disposition</i>		
Services centraux	CMM administration d'origine	Circulaire FP n°1711 du 30 janvier 1989 (art. 3.1.1)
Département	CMD administration d'origine	Circulaire FP n°1711 du 30 janvier 1989 (art. 3.1.1)
<i>Détachement</i>		
<i>Sur un emploi d'État conduisant à pension</i>		
Services centraux	CMM administration d'accueil	Circulaire FP n°1711 du 30 janvier 1989 (art. 3.1.1)
Département	CMD administration d'accueil	Circulaire FP n°1711 du 30 janvier 1989 (art. 3.1.1)
<i>Sur un emploi ne conduisant pas à pension</i>		
Services centraux	CMM administration d'origine	Circulaire FP n°1711 du 30 janvier 1989 (art. 3.1.1)

59 Arrêté du 22 mars 2016 et du 24 janvier 2018 portant extension de la compétence du conseil médical ministériel des MEF

Département	CMD administration d'origine	Circulaire FP n°1711 du 30 janvier 1989 (art. 3.1.1)
Position normale d'activité		
Services centraux	CMM administration d'accueil	Circulaire n° 2179 du 28 janvier 2009 (art. II.2.3)
Département	CMD administration d'accueil	Circulaire n° 2179 du 28 janvier 2009 (art. II.2.3)

1.2 – Composition des conseils médicaux en formation plénière

1.2.1 – Conseil médical ministériel

Le conseil médical ministériel en formation plénière est composé de la manière suivante de :

- deux représentants de l'administration désignés par le chef de service dont dépend le fonctionnaire concerné ;
- deux représentants du personnel inscrits sur une liste établie par les représentants du personnel élus au comité social dont relève le fonctionnaire concerné;
- trois médecins titulaires désignés par le ministre intéressé pour une durée de trois ans sur les listes de médecins agréés (les deux médecins généralistes et, en tant que de besoin, le médecin spécialiste compétent).

Le conseil médical ministériel est présidé par l'un des médecins généralistes, désigné par le ministre parmi les médecins titulaires,

1.2.2 – conseils médicaux en formation plénière départementaux

Les conseils médicaux départementaux en formation plénière sont composés comme suit :

- deux représentants de l'administration (le chef de service et le directeur départemental des finances publiques) ou leurs représentants ;
- deux représentants du personnel, élus par les membres titulaires et suppléants de la commission administrative paritaire.
- les membres du conseil médical départemental : les deux médecins généralistes et, en tant que de besoin, le médecin spécialiste compétent.

S'il n'existe pas de commission administrative paritaire locale, les représentants du personnel sont désignés par les représentants élus de la commission administrative paritaire centrale ou de la commission administrative interdépartementale (cf. [note RH-1A n° 2016/04/145 relative aux Modalités de désignation des représentants du personnel appelés à siéger au sein des commissions de réforme départementales](#)).

À son initiative, le médecin du travail peut être présent au conseil médical (ministériel ou départemental) à titre consultatif (art. 18 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986). Dans certains cas, il établit un rapport écrit (cf. *infra* § 2 – Dossier à transmettre).

1.3 – Présidence

La présidence du conseil médical en formation plénière est assurée par un médecin président.

Un médecin est désigné par le préfet parmi les médecins titulaires pour assurer la présidence de l'instance. (art 6-1 du décret 86-442 modifié) du conseil médical

1.4 – Quorum

La présence de tous les membres du conseil médical, notamment des représentants du personnel, est souhaitable lors des séances. Les avis peuvent cependant être valablement rendus si au moins quatre membres, titulaires ou suppléants, sont présents, à condition que le président et au moins un médecin (généraliste ou spécialiste) soient présents.

En sa qualité de président, le médecin en tant que président à voix prépondérante.

Lorsque les trois membres conseil médical (deux médecins généralistes et un spécialiste) sont présents, un des médecins généralistes s'abstient de voter.

L'avis du conseil médical est émis à la majorité des membres présents.

Attention appelée

Selon une jurisprudence constante, le non-respect des règles de composition du conseil médical, et notamment l'absence de spécialiste de l'affection dont est atteint le fonctionnaire, a pour effet de rendre illégale la décision qui a été prise au terme de la procédure.

Toutefois, une jurisprudence récente⁶⁰ tend à assouplir la règle de la présence d'un spécialiste de la pathologie lors de la réunion du CM. Cette présence ne serait pas nécessaire si la commission dispose d'éléments d'information suffisants pour éclairer l'examen du cas considéré.

La présence d'un spécialiste de la pathologie considérée permet néanmoins de sécuriser la procédure.

60 CE 7^e chambre, 10/02/2020, 428103

1.5 – Impartialité

Le conseil médical doit procéder à un examen objectif du dossier de l'agent qui lui est soumis, en toute impartialité. En vertu de ce principe, prévu par l'article 105 du code de la déontologie médicale⁶¹ et consacré par la jurisprudence (CAA Lyon 21 novembre 1997), une commission de réforme ne saurait désigner un expert parmi ses membres.

2 – Dossier à transmettre

- Copie de toutes les pièces relatives à l'accident ou à la maladie ;
- Rapport écrit du médecin du travail compétent pour le service dont relève l'agent intéressé, obligatoire uniquement pour les dossiers de maladie professionnelle ;
- Le cas échéant, rapport d'expertise (sous pli cacheté) ;
- Témoignages, rapports et constatations propres à éclairer l'avis de la commission.

De plus, en cas de maladie professionnelle, un rapport circonstancié d'activité décrivant les tâches habituelles exercées par l'agent sera établi par la hiérarchie.

3 – Information du fonctionnaire

Le secrétariat du conseil médical doit, au moins 10 jours avant l'examen du dossier, informer le fonctionnaire de cette date d'examen .

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

– pendant ce délai de dix jours, consulter lui-même les parties administrative et médicale de son dossier ;

– lors des réunions du conseil médical, se faire représenter par un médecin et se faire entendre ou faire entendre une personne de son choix.

L'administration, afin d'éviter une annulation contentieuse devant le juge administratif pour non-respect du délai de dix jours fixé par l'article 12 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié, doit également être informée de la date de la réunion du conseil médical et faire connaître au fonctionnaire la faculté qui lui est offerte de consulter son dossier et se faire entendre ou représenter.

⁶¹« Nul ne peut être à la fois médecin-expert et médecin traitant d'un même malade »

4 – Avis du conseil médical en formation plénière

Le conseil médical émet un avis simple qui ne lie pas l'employeur, à une exception près (cf. *infra* – maladie à caractère professionnel). En pratique, il est cependant conseillé de le suivre.

À l'instar du médecin agréé, il peut notamment se prononcer sur :

- la réalité des infirmités résultant de l'accident de service ou de la maladie professionnelle ;
- la preuve de leur imputabilité au service ;
- la relation entre les soins et arrêts de travail dont la prise en charge est demandée à l'administration, et les blessures constatées ; elle doit préciser s'ils sont en lien direct et certain avec l'accident ou la maladie ou s'ils sont liés à un état préexistant ;
- la durée encore prévisible de l'arrêt de travail si l'agent n'a pas repris son travail.

Pour les maladies professionnelles inscrites aux tableaux, le conseil médical examine si les trois conditions mentionnées dans les tableaux du Code de la sécurité sociale sont réunies :

- désignation de la maladie ;
- délai de prise en charge (délai entre la fin de l'exposition au risque et la constatation de la maladie) ;
- liste limitative ou indicative des travaux susceptibles de provoquer la maladie.

Pour les maladies à caractère professionnel non inscrites aux tableaux, le conseil médical se prononce également sur le taux minimum d'incapacité permanente que la maladie est susceptible d'entraîner et émet un avis sur l'imputabilité au service de la maladie. Dans ce cas, l'avis du conseil médical lie l'administration⁶².

En cas d'avis incomplet, il appartient à la Direction de faire préciser ces différents points.

Il n'existe pas d'instance consultative d'appel de l'avis rendu par le conseil médical en formation plénière

62 Article 47-8 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986

Fiche n°9 : La prise en charge du rétablissement de l'agent

1 – Situation de l'agent en CITIS

1.1 – Rémunération et position

Un agent en congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) bénéficie d'un plein traitement et des primes et indemnités versées dans les mêmes proportions que le traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à sa mise à la retraite, conformément aux dispositions de l'article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires de l'article 47-14 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 et de l'article 1er du décret n° 2010-997 du 26 août 2010 codifié aux articles L822-18 et suivants du Code général de la fonction publique,

En d'autres termes, l'agent placé en CITIS perçoit :

- l'intégralité de son traitement ;
- l'ensemble des indemnités attachées à la fonction (indemnité mensuelle de technicité, indemnité d'administration et de technicité ou indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires, prime de rendement, allocation complémentaire de fonctions), à l'exception de celles d'entre elles qui ont le caractère de remboursement de frais ;
- l'indemnité de résidence afférente au lieu d'exercice des fonctions, s'il est établi que l'agent continue à résider dans la même localité. Dans le cas contraire, il est alloué la plus avantageuse des indemnités de cette nature, correspondant à la localité où l'agent réside depuis la date de la mise en congé, dans la limite du montant versé à l'indemnité propre à la localité habitée avant l'accident ;
- la prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement de transport. Ce remboursement n'est dû que jusqu'à la fin du mois pendant lequel débute l'arrêt de travail pour accident ; il est rétabli le 1er jour du mois durant lequel l'agent reprend le travail ;
- le supplément familial de traitement ;
- les prestations familiales (uniquement dans les DOM).

De plus, il n'y a pas d'application de la retenue du jour de carence.

Cela étant, au regard de la saisine obligatoire des instances médicales consultatives et des précisions apportées par l'article 47-10 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié, cette situation n'a pas vocation à perdurer (cf. fiche n°10).

Attention appelée

L'indemnisation ne doit pas être supérieure au traitement initial de l'agent, elle doit donc prendre en compte les situations de temps partiel au moment de l'accident.

L'autorisation de travail à temps partiel ne peut être interrompue que sur demande de l'agent, et son interruption n'a pas d'effet rétroactif.

Par ailleurs, les périodes pendant lesquelles l'agent est en CITIS :

- n'ont pas d'impact sur ses droits à congés. Il conserve ses droits à congés annuels⁶³ ;
- ne peuvent générer de jours d'ARTT ;
- ouvrent droit à avancement d'échelon et de grade et sont prises en compte pour la constitution et la liquidation des droits à retraite.

Enfin, pendant les douze premiers mois d'un CITIS, l'agent blessé ou malade conserve son emploi. Au-delà, la direction locale peut déclarer la vacance du poste⁶⁴. Le cas échéant, il conviendra d'en informer le bureau gestionnaire (Bureau affectation, mobilité et carrière des A+ et A ou Bureau affectation, mobilité et carrière des B et C selon la catégorie de l'agent).

1.2 – Obligations de l'agent

Dès lors que l'agent s'absente temporairement ou définitivement de son domicile (sauf en cas d'hospitalisation), il doit en informer l'administration et lui indiquer sa nouvelle adresse, ainsi que la durée du séjour. À défaut, sa rémunération peut être suspendue jusqu'à ce qu'il communique à l'administration ses nouvelles coordonnées (article 47-15 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986).

Par ailleurs, un agent en CITIS ne peut pas exercer d'activité rémunérée⁶⁵. S'il ne satisfait pas à cette obligation, sa rémunération peut être suspendue jusqu'à ce qu'il cesse son activité rémunérée non autorisée (article 47-16 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié).

63 Les règles habituelles en cas de report de congés s'appliquent.

64 Cette déclaration de vacance n'est ni obligatoire, ni automatique et n'est possible qu'après 12 mois consécutifs de CITIS.

65 En dehors des activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation, de la production des œuvres de l'esprit et de droits d'auteurs, référencées aux articles L. 112-1, L. 112-2 et L. 112-3 du code de la propriété intellectuelle

2 – Remboursement des frais

2.1 – Frais remboursables

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

En cas de dépassement (honoraires ou frais) égal ou supérieur à 170 % du tarif de remboursement de la Sécurité Sociale, celui-ci n'est pris en compte par l'administration que si la preuve de l'utilité de la dépense est strictement apportée par l'agent concerné.

À cette fin, l'agent doit fournir un certificat médical ou, à tout le moins, exposer les raisons précises pour lesquelles il a été amené à consulter le médecin ainsi sollicité.

2.1.1 – Honoraires et frais médicaux et chirurgicaux

Les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux versés à l'occasion des soins nécessités par la maladie ou l'accident, de même que les frais d'hospitalisation proprement dits, sont pris en charge.

Le supplément pour chambre particulière ne peut être pris en charge que si la nécessité d'isoler le malade est justifiée médicalement.

2.1.2 – Frais de cure thermale ou de repos

La prise en charge de ce type de frais doit faire l'objet d'une expertise médicale préalable afin que le médecin agréé confirme l'utilité de la cure thermale dans le cadre des soins résultant de l'accident de service ou de la maladie professionnelle.

Sauf indication particulière du médecin traitant, les cures doivent être suivies dans l'établissement spécialisé le plus proche de la résidence de l'agent.

Sont assumées habituellement, à ce titre, les dépenses suivantes :

- les frais de transport (uniquement ceux depuis la résidence jusqu'à la station thermale avec maximum du prix d'un billet de chemin de fer 2^e classe aller et retour) ;
- les honoraires médicaux ;
- les honoraires des auxiliaires médicaux ;
- les frais de cure proprement dits ;
- les frais d'hébergement.

Ne sont, en toute hypothèse, pas remboursables les dépenses accessoires telles que le coût des communications téléphoniques, les suppléments pour boissons, les pourboires, etc.

2.1.3 – Frais de médicaments, d'analyses et d'examens de laboratoires et de fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments

Ces frais sont pris en charge dès lors qu'ils sont médicalement justifiés.

2.1.4 – Honoraires de contrôle et d'expertise

Les honoraires résultant des divers contrôles effectués par l'administration au cours de la procédure d'examen de l'imputabilité au service, puis à l'occasion de la surveillance des arrêts de travail et du contrôle des dépenses nouvelles doivent être pris en charge directement par le service, conformément aux dispositions des arrêtés interministériels intervenant périodiquement pour fixer la rémunération des médecins agréés auprès de l'administration.

Les honoraires sont liquidés sur la base du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale. Les praticiens peuvent aussi recevoir, le cas échéant, des frais de déplacement calculés sur la base du tarif conventionnel de l'indemnité kilométrique.

Quant aux honoraires résultant des visites ou consultations nécessaires à la délivrance de tous les certificats médicaux exigés de l'intéressé au cours de la procédure d'examen de l'imputabilité au service, ils sont pris en charge.

2.1.5 – Frais de prothèse ou d'orthopédie

Dès lors qu'ils sont rendus nécessaires par l'infirmité résultant de l'accident ou de la maladie, ils sont pris en charge.

2.1.6 – Frais médicaux nécessités par les besoins de la réadaptation fonctionnelle

Sont notamment indemnisables les frais de kinésithérapie ainsi que les frais de séjour dans un établissement spécialisé.

2.1.7 – Frais non remboursés par la sécurité sociale (ostéopathie, psychologie, sophrologie, etc.)

Ils ne sont pris en charge que si la preuve de l'utilité de la dépense est apportée par l'agent qui doit, à cette fin, fournir un certificat médical justifiant de la nécessité du recours à ce type de soins.

2.1.8 – Frais de transport

Aussitôt après l'accident, le transport de la victime, du lieu de l'accident à son domicile ou jusqu'à un établissement de soins, ne doit être justifié par aucune prescription particulière du corps médical.

En revanche, tous les autres déplacements de la victime doivent être prescrits par une ordonnance du médecin traitant ou du centre hospitalier précisant, notamment, l'objet et le mode du transport (ambulance, taxi, voiture particulière) et doivent être justifiés.

Ces frais sont remboursés sur la base du moyen le plus économique, compte tenu des circonstances et de l'état de santé de l'intéressé.

2.1.9 – Lunettes, verres de contact, prothèses dentaires et autres prothèses existantes endommagés lors de l'accident

La prise en charge de ces frais suppose que l'événement ou l'accident ait par ailleurs provoqué une lésion.

Les verres sont remboursés dans leur intégralité. S'agissant des montures, la DGAFP⁶⁶ indique que « le niveau de remboursement [...] doit permettre à l'agent de retrouver un appareillage adapté sans pour autant mettre à la charge de l'administration un choix effectué sur la base de critères esthétiques qui ne seraient pas directement nécessaires à la conservation de l'état de santé de l'agent ».

Les frais de réparation ou de renouvellement de prothèses sont, en revanche, pris en charge dans leur totalité. En effet, les prothèses sont considérées comme le prolongement du corps humain et leur détérioration est dès lors assimilée à une lésion corporelle.

Il s'agit des frais de fourniture, réparation et renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités tant par les besoins de la réadaptation fonctionnelle que par l'infirmité résultant de l'accident. La victime a droit également à la réparation et au remplacement des appareils qu'elle portait avant l'accident et que celui-ci a rendu inutilisables.

La prise en charge peut être subordonnée à expertise, notamment quand le montant du devis présenté est élevé ou quand les frais présentés ne semblent pas correspondre aux lésions constatées.

2.1.10 – Frais funéraires

En cas d'accident ou de maladie suivis de mort, ces frais sont remboursés dans la limite des frais exposés et sans excéder le maximum fixé annuellement par la réglementation prévue en matière d'accident du travail⁶⁷.

⁶⁶ Guide pratique des procédures Accidents de service – Maladies professionnelles,

⁶⁷ Par le biais d'un arrêté interministériel annuel

Les frais de transport du corps du lieu de l'accident ou du décès à la résidence de la victime, lorsque celle-ci est décédée au cours d'un déplacement effectué dans l'exercice de ses fonctions, sont également pris en charge.

2.2 – Forme de la réparation

2.2.1 – Principe : avance des frais par l'agent

Il appartient au fonctionnaire de régler directement les honoraires et les frais entraînés par l'accident, qui lui sont ensuite remboursés.

Dans le cas de l'utilisation d'une carte vitale par l'agent, la direction prendra l'attache de la CPAM et de la mutuelle dont dépend l'agent afin de l'informer :

- de l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie ayant entraîné les frais considérés ;
- de la possibilité d'en obtenir le remboursement par l'administration en lui adressant une facture ou un mémoire détaillé des frais réglés, auquel seront jointes les pièces justificatives.

2.2.2 – Possibilité de prise en charge directe par l'administration

Certains frais peuvent faire l'objet d'une prise en charge directe lorsqu'il n'existe aucun doute sur l'imputabilité au service de l'accident :

- Les honoraires et frais médicaux ou chirurgicaux dus aux praticiens ainsi que les frais dus aux auxiliaires médicaux ;
- Les frais médicaux d'hospitalisation lorsqu'elle suit immédiatement l'accident ;
- Les frais de médicaments, d'analyses, d'exams de laboratoire et de fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments ;
- Les frais résultant des visites ou consultations de contrôle et de la délivrance de tous les certificats médicaux exigés de l'intéressé au cours de la procédure de constatation et de contrôle ;
- Les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier immédiatement après l'accident.

Il conviendra alors de recourir au « certificat de prise en charge directe par l'administration des frais occasionnés par un accident de service » (cf. annexe n° 3).

Attention appelée

Le fait par l'administration de prendre en charge les frais avant décision ne vaut pas reconnaissance de l'imputabilité au service.

Il est également possible, lorsque l'accident a été formellement reconnu par l'administration et sur demande expresse de certains prestataires médicaux, de délivrer à l'agent une « feuille d'accident de service et de maladie professionnelle (relevé de prestations) », en trois volets, qui permet au praticien, au pharmacien ou à l'auxiliaire médical de mentionner les actes accomplis et d'y apposer sa signature. Il en est de même pour l'établissement hospitalier en cas d'hospitalisation (cf. annexe n° 3).

Fiche n°10 : Les suites

1 – Prise en charge d'arrêts de travail et de soins postérieurs à la décision initiale

Toute prise en charge de soins ou d'arrêts de travail connus postérieurement à la notification de la décision initiale doit faire l'objet d'une décision nouvelle.

Cette décision ne doit intervenir qu'après constatation d'une relation directe entre les blessures alléguées et l'accident ou la maladie. À défaut, une décision de refus doit être notifiée.

En cas de doute, l'administration pourra faire appel au concours d'un médecin agréé et, si nécessaire, soumettre le dossier à la commission de réforme.

Attention appelée

Pour éviter de multiplier les contrôles médicaux et les décisions de prise en charge, il convient, dès réception d'une nouvelle demande et avant de saisir un médecin agréé ou la commission de réforme, de faire préciser expressément par le médecin traitant la liste des soins nécessaires et leur durée prévisible.

1.1 – Prolongation des arrêts de travail

1.1.1 – Surveillance médicale

Si l'arrêt de travail se prolonge après la notification de la décision initiale, une surveillance médicale doit être assurée à l'initiative de la direction.

Les modalités de cette surveillance médicale sont fixées par l'article 47-10 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 : une contre-visite doit être réalisée par un médecin généraliste agréé (ou, lorsque l'arrêt de travail est prescrit par un spécialiste, par un praticien agréé dans la même spécialité). Elle est obligatoire au-delà de 6 mois de CITIS et doit être effectuée une fois par an a minima.

Si l'agent, après avoir repris son travail, l'interrompt à nouveau en sollicitant le bénéfice du CITIS, une contre-visite peut être pratiquée aussitôt, sauf si la précédente expertise précise que les arrêts sont justifiés sur une période identifiée.

Le praticien est appelé à se prononcer expressément sur (cf. annexe n°4) :

– le bien fondé de l'arrêt de travail et l'existence d'un lien direct et certain entre l'arrêt de travail, les frais et honoraires médicaux et l'accident ou la maladie ;

– sa durée prévisible ;

- dans la perspective d'une prochaine reprise, la nécessité d'un temps partiel thérapeutique (à quelle date, selon quelle quotité et pour quelle durée) ;
- lorsque l'arrêt de travail approche des 12 mois, le caractère provisoire ou définitif de l'inaptitude ;
- le cas échéant, la date de guérison ou de consolidation et le taux d'IPP (taux imputable à l'accident / maladie ; taux lié à un état préexistant ; taux global).

Si les conclusions du médecin agréé laissent subsister un doute sur l'une ou l'autre des questions posées, l'avis du conseil médical peut être sollicité par l'administration. L'agent peut également la saisir pour avis des conclusions du médecin agréé (article 47-10 du décret précité).

Attention appelée

Conformément à l'article 47-13 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986, lorsque l'administration diligente une contre-visite médicale, l'agent doit se soumettre à la visite du médecin agréé sous peine d'interruption du versement de sa rémunération jusqu'à ce que cette visite soit effectuée.

1.1.2 – Conséquences du contrôle médical

À l'issue d'un contrôle, trois situations peuvent se présenter.

- **L'agent est apte à reprendre l'exercice de ses fonctions**

- À temps complet

Il est aussitôt invité par sa direction à reprendre son travail sur son poste. En tant que de besoin, une mise en demeure lui sera adressée.

- À temps partiel thérapeutique

Si l'agent en fait la demande, celle-ci est traitée dans les conditions détaillées au §2-2 ci-dessous.

- **L'agent n'est pas encore en état de reprendre son service, mais son invalidité est temporaire**

Dans ce cas, une prolongation de congé lui est accordée pour une durée égale à celle indiquée par le médecin agréé (sous réserve du dépôt d'arrêts de travail) ou, le cas échéant, par la commission de réforme.

Lorsque l'agent est en CITIS depuis plus de douze mois consécutifs, son emploi peut être déclaré vacant⁶⁸.

68 Article 47-11 du décret n°86-442 du 14 mars 1986

- **L'agent n'est plus apte à ses fonctions mais son état de santé permet d'envisager un reclassement dans un autre corps**

S'il se trouve placé en CITIS depuis moins de 12 mois, il est maintenu en congé dans la limite de 12 mois consécutifs.

À l'issue, la direction doit alors saisir le conseil médical qui se prononcera sur l'inaptitude à l'exercice des fonctions de son corps, avec possibilité de reclassement, ou à l'exercice de toutes fonctions, sans possibilité de reclassement.

- **L'agent ne peut reprendre le travail et son invalidité est absolue et définitive.**

S'il se trouve placé en CITIS depuis moins de 12 mois, il est maintenu en congé dans la limite de 12 mois consécutifs.

S'il est en congé sans interruption depuis 12 mois au moins, la procédure de mise à la retraite d'office doit aussitôt être engagée par la direction (cf. §3 ci-dessous).

1.2 – Renouvellement de médicaments

Le contrôle à effectuer diffère selon la nature des frais à prendre en charge.

1.2.1 – Médicaments identiques

Lorsque la demande de remboursement ne porte que sur des médicaments strictement identiques à ceux figurant sur l'ordonnance comprise dans le dossier initial, et dont la nécessité a par conséquent été reconnue comme résultant directement de l'accident par un médecin agréé ou la commission de réforme, la décision de prise en charge peut être notifiée sans nouveau contrôle médical dans les deux cas suivants :

- l'ordonnance initiale portait la mention « à renouveler » ;
- la nouvelle demande est appuyée d'une nouvelle ordonnance (les honoraires correspondants sont également pris en charge).

Si la demande n'est justifiée par aucune prescription médicale, elle doit être refusée.

1.2.2 – Médicaments nouveaux

Lorsqu'il s'agit de médicaments différents de ceux qui ont été prescrits à l'origine :

- si la demande n'est pas appuyée par une prescription médicale, elle doit être refusée ;
- s'il y a une prescription médicale, ils peuvent être pris en charge, à condition que le médecin traitant précise expressément que le traitement est en relation avec l'accident.

Si l'agent n'est pas en mesure de produire cette justification, la demande doit être refusée.

1.3 – Autres frais

Pour tous les autres frais dont la prise en charge est demandée à l'administration après notification de la décision initiale, en cas de doute sur leur relation avec l'accident ou la maladie professionnelle, celle-ci peut être vérifiée auprès d'un médecin généraliste agréé (ou s'ils sont prescrits par un spécialiste, par un praticien agréé dans la même spécialité).

2 – Reprise de fonctions de l'agent

Il est conseillé au service des ressources humaines de s'entretenir avec l'agent afin d'échanger avec lui pour faciliter la reprise de fonctions et son retour dans le service.

Reprise à temps complet

La reprise de fonctions d'un agent à l'issue d'un CITIS s'effectue sans formalisme particulier au terme du dernier arrêt de travail octroyé.

Toutefois, en fonction de la durée de l'arrêt de travail, une visite de reprise auprès du médecin du travail pourra utilement être organisée.

Attention appelée

Même si la durée totale de ce congé est supérieure à 12 mois il n'est pas nécessaire de recueillir l'avis du conseil médical.

3 – Invalidité définitive

Conformément aux dispositions de l'article L27 du code des Pensions civiles et militaires de retraite, en cas d'inaptitude définitive à l'exercice des fonctions, et sans qu'un reclassement en application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 n'ait été possible, le fonctionnaire est mis à la retraite pour invalidité :

- sans délai à sa demande ;
- ou d'office, à l'expiration d'un délai de douze mois à compter de sa mise en CITIS.

Dans le cadre de la procédure de retraite pour invalidité, il convient de demander à l'expert de fixer le taux d'invalidité de l'agent :

- à son entrée dans l'administration ;

– à la veille de la date de survenance de l'accident ou de l'apparition des troubles en cas de maladie professionnelle ;

– et à la date de départ à la retraite.

La procédure de retraite pour invalidité est à mener en lien avec la [mission retraite du SARH](#).

4 – Clôture du dossier

4.1 – Production d'un certificat final

L'agent bénéficie des dispositions relatives au CITIS jusqu'à ce qu'il puisse reprendre le service ou qu'il soit admis à la retraite.

Lorsque l'état de santé de l'agent est stabilisé, à l'issue de la période de soins et, le cas échéant, de l'arrêt de travail, le médecin traitant doit établir un certificat médical final.

Ce certificat médical final peut comporter trois mentions :

- **Guérison avec retour à l'état antérieur.**

Dans cette situation, le dossier d'accident de service est clos. La commission de réforme n'a pas à être saisie ;

- **Guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure.**

La situation administrative est identique à la précédente, mais le certificat comporte des réserves quant à l'évolution ultérieure de la pathologie. Le dossier d'accident est toutefois clos (même s'il est possible que cela ne soit que provisoire) ;

- **Consolidation avec séquelles, avec indication de la date de consolidation.**

La consolidation correspond à un état de santé stabilisé qui ne peut plus s'améliorer et ne nécessite plus de soins en dehors de soins d'entretien (ou soins post-consolidation) visant à ce qu'il ne se dégrade pas.

Dans cette situation, une expertise doit être diligentée et la commission de réforme saisie afin de fixer la date de consolidation ainsi que le taux d'incapacité permanente partielle (IPP), préalable à une éventuelle demande d'allocation temporaire d'invalidité (cf. fiche n°11).

Attention appelée

S'agissant des soins et éventuels arrêts post-consolidation :

- les soins doivent être prévus dans un protocole de soins post-consolidation établi par le médecin traitant (liste des soins et durée prévisible ;
- les éventuels arrêts de travail post-consolidation relèvent du congé ordinaire de maladie (COM). En cas de doute, il convient de solliciter l'avis d'un médecin agréé.

En règle générale, ce certificat final peut être légitimement demandé à tout agent n'ayant ni soins ni arrêts de travail depuis plus de 6 mois.

Lorsqu'un médecin agréé s'est prononcé sur la consolidation ou la guérison, le certificat médical final établi par le médecin traitant n'est pas nécessaire.

Attention appelée

Afin de pouvoir clore les dossiers en cours et de ne pas laisser indéfiniment un agent en position d'accident de service, il appartient souvent à la direction de demander aux agents concernés de fournir ce document.

4.2 – Notification par l'administration

Après réception du certificat médical final de guérison ou de consolidation, l'administration adresse une notification à l'agent de sa date de guérison ou de consolidation en précisant, le cas échéant, le taux d'incapacité permanente retenu. Ces notifications sont émises par le CSRH via SIRHIUS.

Il convient également d'en informer le médecin du travail.

5 – Rechute

5.1 – Définition

La rechute suppose un fait nouveau : soit une aggravation de la lésion initiale, soit l'apparition d'une nouvelle lésion résultant de l'accident ou de la maladie. Elle ne peut intervenir qu'après une guérison ou une consolidation. Elle peut entraîner un traitement médical et, éventuellement, un arrêt de travail.

Sous certaines conditions, cette rechute peut être prise en charge par l'administration (art. 47-18 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié).

5.2 – Déclaration

La déclaration de rechute répond aux mêmes conditions de forme que les déclarations initiales d'accident de service ou de maladie professionnelle : l'agent transmet à l'administration une déclaration de rechute accompagnée d'un certificat médical de rechute indiquant la nature des lésions constatées et la date de l'accident ou de la maladie.

La rechute doit être déclarée dans le **délai d'un mois** à compter de sa constatation médicale.

Une fois informée, l'administration peut faire appel au concours d'un médecin agréé et, si nécessaire, soumettre le dossier à la commission de réforme selon les mêmes modalités que celles relatives à la reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie professionnelle (cf. fiche n°7).

Après instruction, l'administration, par l'intermédiaire du CSRH, adresse à l'agent une notification de prise en charge ou non de la rechute.

5.3 – Conséquences

Si la rechute est prise en charge au titre de l'accident ou de la maladie, les arrêts et soins médicaux nécessaires au traitement sont pris en charge selon les dispositions réglementaires (cf. fiche n°9).

À l'issue de la période de rechute, le médecin traitant établit un certificat médical final, fixant une date de guérison ou de consolidation.

Fiche n°11 : L'indemnisation de l'agent – l'allocation temporaire d'invalidité

1 – Définition

Le fonctionnaire qui a été atteint d'une invalidité résultant d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle peut, sous certaines conditions (cf. *infra* §2), prétendre à une allocation temporaire d'invalidité (ATI) cumulable avec son traitement (article 65 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984).

L'attribution d'une ATI n'est pas systématique, l'agent doit en faire la demande expresse.

2 – Conditions d'attribution

Pour être admis au bénéfice de l'ATI, le fonctionnaire doit :

- être atteint d'une invalidité résultant :
 - d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente partielle⁶⁹ au moins égale à 10 % ;
 - d'une maladie professionnelle (quel que soit le taux d'incapacité) ;
 - d'une maladie à caractère professionnel inscrite aux tableaux mais ne répondant pas à tous leurs critères (quel que soit le taux d'incapacité) ;
 - ou d'une maladie à caractère professionnel non inscrite aux tableaux mais directement causée par le travail et ayant entraîné un taux d'incapacité permanente au moins égal à 25 %.
- être reconnu apte à continuer l'exercice de ses fonctions.

3 – Dépôt de la demande

La demande d'allocation temporaire d'invalidité doit, à peine de déchéance, être présentée dans un **délai d'un an à partir de la reprise de fonctions** après consolidation des blessures ou de l'état de santé.

⁶⁹ Impossibilité permanente d'exercer certaines activités professionnelles à la suite d'une affection ou d'un accident

Lorsque la consolidation intervient postérieurement à la reprise des fonctions, ou lorsqu'il n'y a pas eu interruption de service, le délai d'un an part de la date de consolidation.

À défaut de respecter ce délai, le fonctionnaire ne pourrait faire valoir son droit, car il serait forclos.

Toutefois, dans le cas où le fonctionnaire a eu tardivement connaissance de cette consolidation, il est possible d'accepter sa demande si elle est déposée dans l'année qui suit son information.

4 – Instruction

Les différents imprimés relatifs à l'allocation temporaire d'invalidité (demande, questionnaire médical) sont accessibles sur le site du [SARH/ Mission Retraite / Gestion des retraites / Imprimés invalidité et décès](#).

4.1 – Expertise médicale

Après s'être assurée de la recevabilité de la demande (délai et taux), la direction fait examiner l'agent par un médecin expert.

Ce praticien sera invité à :

- préciser la nature de l'invalidité et son caractère de permanence ;
- fixer la date de consolidation des blessures ;
- évaluer le pourcentage d'invalidité dont le fonctionnaire était atteint à la date de reprise de ses fonctions.

Il complétera, à cet effet, le [questionnaire médical « ATI »](#) que la direction lui aura adressé.

Cette évaluation devra être faite à la date de consolidation des blessures si celle-ci est intervenue après la reprise des fonctions ou s'il n'y a pas eu interruption de service.

4.2 – Saisine du conseil médical

À réception de l'expertise médicale, la direction doit obligatoirement saisir le conseil médical pour avis (article 3 du décret n° 60-1089 du 6 octobre 1960).

Le dossier transmis à la commission doit comprendre :

- une lettre indiquant les faits qui motivent la saisine de la commission et les conclusions du médecin expert et précisant la date de reprise du service par l'agent (lorsqu'il l'avait interrompu) ;

- la demande d'allocation temporaire d'invalidité ;
- la ou les pièces médicales produites par l'agent ;
- le rapport d'expertise (sous pli cacheté).

Le conseil médical émet alors un avis. Cet avis n'a qu'un caractère purement consultatif, le pouvoir de décision appartenant « dans tous les cas au ministre dont relève l'agent et au ministre chargé du Budget » (article 3 du décret n° 60-1089 du 6 octobre 1960).

4.3 – Transmission du dossier à l'autorité administrative compétente

À réception de l'avis rendu par le conseil médical, la direction envoie à la Mission Retraite du SARH le dossier d'allocation temporaire d'invalidité comportant les documents suivants :

- la demande d'allocation, enregistrée par les services compétents avec date de transmission et de réception ;
- une copie d'une pièce d'état civil ;
- la déclaration d'accident ou de maladie professionnelle établie par l'intéressé(e) avec le descriptif des faits ;
- l'état général des services sur lequel figurent notamment :
 - la date d'entrée dans l'administration ;
 - la date de titularisation (antérieure à celle de l'accident ou intervenant à l'issue de la période de stage) ;
 - les congés octroyés à l'occasion de l'accident ou de la maladie professionnelle dont l'indemnisation est demandée ;
- le certificat médical initial constatant la blessure ou la maladie professionnelle, les certificats médicaux de prolongation, le certificat final mentionnant une date de reprise ;
- l'arrêté de radiation des cadres, le cas échéant ;
- le rapport administratif détaillé du supérieur hiérarchique :
 - sur les circonstances de l'accident et son imputabilité au service avec indication des horaires de travail (le cas échéant, témoignages, PV de gendarmerie ou de police, plan du trajet emprunté) ;
 - ou relatant les conditions de travail en rapport avec l'affection constatée, dans le cadre d'une maladie professionnelle ;

- l'expertise détaillée du médecin agréé qui précise le taux d'IPP et la date de consolidation des séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle accompagnée du questionnaire médical (ATI) ;
- le procès verbal du conseil médical ;
- en cas d'accident imputable à un tiers, la déclaration sur l'honneur relative aux actions en justice et aux réparations éventuelles du préjudice subi.

Une fois le dossier instruit, la Mission Retraite du SARH transmet la demande au Service des Retraites de l'État afin que celui-ci se prononce sur l'acceptation ou le refus de l'allocation.

En cas d'acceptation, le SRE envoie directement à l'agent le titre d'ATI et informe le Centre de Gestion des retraites (CGR) compétent du versement à effectuer à l'agent.

La Mission Retraite est informée de la décision du SRE par retour du dossier (imprimé avec n° d'ATI laissé dans le dossier) et la notifie ensuite à la direction de l'agent.

4.4 – Montant et paiement de l'allocation

Le montant mensuel de l'ATI est égal au taux d'invalidité multiplié par le traitement indiciaire afférent à l'indice majoré 245).

L'allocation payée mensuellement par le Centre de Gestion des retraites rattaché à la DRFIP du lieu de résidence du titulaire.

4.5 – Révision

4.5.1 – Motifs de révision

L'allocation est révisée :

- **d'office**, à l'expiration d'une période de 5 ans. Elle est alors concédée à titre définitif si l'invalidité demeure indemnisable. Dans le cas contraire, l'allocation n'est pas maintenue ;
- **sur demande**, en cas d'aggravation de l'état de santé durant l'activité, 5 ans au moins après le dernier examen ;
- **en cas de survenance d'un nouvel accident durant l'activité** ; dans ce cas, l'intégralité du droit à l'allocation est réexaminée ;
- **au départ à la retraite de l'agent**, si la radiation des cadres intervient au cours des 5 premières années de la concession de l'ATI :

- si la mise en retraite ou la radiation des cadres ne résulte pas d'une invalidité contractée en service, l'allocation sera « cristallisée » sur la base du taux reconnu et ne pourra faire l'objet d'aucune révision ultérieure ;
- si la radiation des cadres résulte de l'aggravation de l'invalidité ayant ouvert droit à l'allocation, celle-ci est alors remplacée par une rente viagère d'invalidité.

4.5.2 – Modalités pratiques

La direction fait examiner l'agent par un médecin agréé qui contrôlera son état de santé.

À réception de l'expertise médicale :

- dans l'hypothèse où le pourcentage d'incapacité permanente partielle attribué par le praticien pour chaque infirmité déjà rémunérée demeurerait inchangé, il n'y a pas lieu de soumettre le dossier de l'allocataire au conseil médical départemental ;
- dans le cas contraire, il convient d'inviter cette instance à se prononcer, au vu de l'expertise médicale, sur le taux d'invalidité présenté pour l'intéressé(e).

Cette saisine est obligatoire lorsque la révision de l'ATI intervient dans le cadre du départ à la retraite de l'agent.

Le certificat médical et, éventuellement, le procès-verbal du conseil médical sont adressés au SARH, Mission Retraite, ainsi que l'imprimé de demande d'allocation complété et signé par le fonctionnaire et un extrait d'acte de naissance. Ces documents sont ensuite transmis au Service de Retraites de l'État.

Fiche n°12 : L'action en réparation civile de l'État

L'action en réparation civile de l'État permet à l'administration d'obtenir du tiers responsable d'un accident dont a été victime un agent de l'État le remboursement des prestations versées par l'administration à cet agent.

1 – Principes généraux

1.1 – Le cadre juridique

Les agents de l'État peuvent être victimes d'un dommage corporel subi à l'occasion d'un accident de la circulation, d'une agression, d'un incident ou de tout autre fait dommageable (exemples : accidents ou chutes occasionnés par l'état défectueux de la chaussée / du trottoir, accidents liés à la pratique d'un sport, blessures ou morsures causées par des animaux, aléas thérapeutiques, etc). Ce dommage peut entraîner une indisponibilité passagère et éventuellement des frais qui sont sources de pertes financières pour l'État.

Lorsque ce dommage est imputable à un tiers, l'État dispose, en vertu de l'ordonnance n°59-76 du 7 janvier 1959, d'une action en remboursement de toutes les prestations versées ou maintenues à la victime ou à ses ayants-droit : l'action en réparation civile de l'État (ARCE).

L'ARCE peut s'exercer quelle que soit la nature de l'événement ayant causé le dommage :

- accident de service ;
- accident ou maladie sans relation avec ses fonctions.

Ainsi, tout arrêt de travail dû à la faute d'un tiers et qui entraîne pour la victime un congé de maladie ordinaire, un congé de longue durée ou de longue maladie, une mise en disponibilité, voire une admission à la retraite anticipée ou encore le décès, doit donner lieu à l'exercice d'une action en remboursement des prestations servies.

Le plus souvent, elle est exercée à la suite d'un accident de la circulation. Dans ce cas, ce sont les dispositions de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 (loi Badinter) qui s'appliquent.

Dans tous les cas, l'État dispose de 10 ans pour exercer son action (art. 2270-1 du Code civil).

1.2 – La notion de tiers responsable

L'exercice de l'ARCE suppose l'existence d'un tiers dont la responsabilité a été formellement établie (PV de police, condamnation pénale, etc.).

L'ARCE s'exerce contre l'assureur du tiers responsable. À défaut d'assurance, le recours est exercé directement à l'encontre du tiers responsable.

2 – Procédure

De manière générale, l'administration est informée d'un accident pouvant entraîner la responsabilité d'un tiers lorsque l'agent dépose une déclaration d'accident de service.

S'il ne s'agit pas d'un accident de service, l'administration doit vérifier si l'arrêt de travail présenté est lié à un accident (case cochée sur le formulaire CERFA⁷⁰).

2.1 – La constitution du dossier

Il convient de solliciter l'agent afin que celui-ci fournisse l'ensemble des pièces nécessaires à la mise en cause du tiers responsable et de sa compagnie d'assurance :

- une copie du constat amiable ;
- ou une copie du PV de police ou de gendarmerie ;
- à défaut de l'une de ces pièces, l'agent peut fournir un rapport détaillé des circonstances de l'accident (et, le cas échéant des croquis et des témoignages).

Dans tous les cas, l'agent (ou sa direction) doit avertir son assureur de sa qualité d'agent de l'État.

Outre les pièces citées *supra*, le dossier doit comporter tous les éléments de nature à déterminer les responsabilités et à évaluer le préjudice subi par l'État, et notamment :

- la déclaration d'accident de travail ;
- le PV d'enquête administrative ;
- les déclarations des témoins ;
- les certificats d'arrêts de travail et prescriptions de soins ;
- le relevé de préjudice (imprimé 172-SD, cf. *infra*) ;
- l'état liquidatif des frais médicaux, qui présente le détail des frais répertoriés dans le 172-SD (imprimé 260-SD) ;

⁷⁰ Rubrique « l'assuré(e) » – « l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ?

- la copie de toutes les pièces justificatives des frais (ex : facture des consultations médicales) ;
- le cas échéant, la copie de la demande d'ATI ;
- en cas de décès, la copie de l'état liquidatif du capital décès ;
- les correspondances adressées ou reçues des tiers ou aux assurances du tiers.

2.2 – La liquidation du préjudice

La totalité de la créance de l'État doit être liquidée et détaillée sur l'[imprimé n° 172-SD](#).

De manière générale, la créance comprend :

- le traitement brut, le supplément familial de traitement (SFT), l'indemnité de résidence et, le cas échéant, la nouvelle bonification indiciaire (NBI). Ces éléments doivent être détaillés : période d'arrêt de travail, indice majoré, durée de chaque période (1/30^e par journée), situation de l'agent (COM, CITIS, TPT, etc.) ;
- les indemnités et primes ;
- les charges patronales figurant sur le bulletin de salaire de l'agent. Le taux de cotisation doit également être précisé ;
- la prise en charge partielle des abonnements domicile-travail ;
- en cas d'accident de service, les frais médicaux (honoraires, frais médicaux et soins divers). Ces derniers sont détaillés dans l'[imprimé 260-SD](#) qui doit être accompagné d'une copie de l'ensemble des pièces justificatives⁷¹ ;
- le cas échéant, le capital décès ;
- les pensions et les rentes. Ce volet relevant de la compétence exclusive de la direction des affaires juridiques (DAJ) du ministère, il convient simplement de porter la mention « Pour mémoire » ;
- en cas d'accident de service uniquement, l'indemnité forfaitaire de gestion (IFG).

L'objet de l'IFG est de couvrir les frais de gestion du recours exercé par l'État contre le tiers responsable⁷². Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes constituant la créance de l'État (charges patronales incluses) dans les limites d'un montant fixé chaque année par arrêté.

L'IFG est recouvrée en fin de procédure, elle doit donc figurer sur le relevé de préjudice définitif (cf. *infra*).

Les imprimés 172-SD et 206-SD sont signés et datés.

⁷¹ À défaut, un certificat administratif de dépense du comptable assignataire remplacera les pièces justificatives

⁷² Article 2 du décret n° 98-255 du 31 mars 1998, article L376-1 et L454-1 du code la sécurité sociale

Attention appelée

Le relevé de préjudice doit couvrir l'ensemble de la période d'indisponibilité de l'agent ainsi que l'ensemble des frais engagés par l'État et ce, même si l'assureur retient une date de consolidation antérieure à celle retenue par l'administration.

2.3 – La production du relevé de préjudice

Le relevé de préjudice peut être, selon les cas, provisoire, complémentaire ou définitif :

- **Un relevé provisoire** est produit quand tous les éléments du préjudice n'ont pu être déterminés : l'agent n'a pas encore repris son service ; son état de santé nécessite toujours des soins ; l'agent pourra bénéficier ultérieurement d'une allocation temporaire d'invalidité.
- **Un relevé complémentaire** est établi après la production d'un relevé provisoire, dans l'hypothèse où l'arrêt de travail est de longue durée ou que les soins s'étendent sur une longue période.
- **Un relevé définitif** est produit lorsque sont liquidés tous les éléments dont le calcul incombe au service (rémunération, frais, capital décès). Les autres éléments (capital représentatif de l'allocation temporaire d'invalidité et pension de réversion par exemple) sont éventuellement portés « pour mémoire » dès lors que leur liquidation et leur recouvrement incombent à la DAJ.

Le service doit s'assurer que la consolidation des blessures est définitive, que tous les frais ont bien été réglés et que d'autres soins ne sont pas prévus dans un proche délai (séances de réadaptation fonctionnelle, intervention chirurgicale pour ablation d'un matériel d'ostéosynthèse, cures thermales, etc).

Toute aggravation ultérieure de l'état de la victime ou toute apparition ultérieure de nouvelles séquelles constitue un fait générateur nouveau autorisant une nouvelle action en indemnisation.

Le relevé de préjudice est transmis à l'assureur du tiers responsable en lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au relevé un courrier mentionnant notamment :

- le nom, le prénom et le grade de l'agent ;
- la date l'heure et le lieu de l'accident ;
- la nature de l'accident (ex : accident de la circulation) ;
- les circonstances de l'accident ;
- la responsabilité du tiers ;
- l'indication des blessures ;

– les références législatives et réglementaires à l’ordonnance 59-76 du 7 janvier 1959 et la loi du 5 juillet 1985 pour les fonctionnaires en cas d’accident de la circulation ;

– le cas échéant, si celui-ci est déjà connu, le montant du préjudice.

Attention appelée

En cas de demande de production de créance par l’assureur du tiers responsable, l’administration dispose d’un **délai de 4 mois** pour présenter son relevé de préjudice, sous peine de forclusion.

Si la date de consolidation des blessures n’est pas fixée par l’administration ou diffère de celle retenue par le médecin conseil de la compagnie d’assurances, la direction adresse, dans le délai de quatre mois, un relevé de préjudice provisoire. Les raisons pour lesquelles le préjudice ne peut être chiffré définitivement devront être précisées (la copie des conclusions de l’expertise médicale attestant que l’état de la victime n’est pas consolidé pourra par exemple être produite).

3 – Dénouement de la procédure

3.1 – Le règlement amiable

La compagnie d’assurance accepte le principe d’une indemnisation et transmet le règlement correspondant.

Le dossier peut être clos.

3.2 – L’absence de règlement amiable

La compagnie d’assurance n’accepte pas de régler la créance de l’État. Ce refus peut avoir plusieurs origines. En effet, l’assureur peut notamment :

- considérer que la responsabilité doit être partagée ;
- contester la créance de l’État (prise en charge des frais, durée de l’arrêt de travail, etc.) ;
- proposer un règlement au marc l’euro (indemnisation au prorata des créances si le montant proposé ne permet de couvrir tous les préjudices lorsque d’autres tiers payeurs que l’État ont également subi un préjudice).

Dans ce cas, il convient de poursuivre les négociations avec l’assureur afin de parvenir à un accord (négociation du montant des prises en charges).

Si les négociations échouent, l’émission d’un titre de perception pourra être envisagée.

3.3 – Les instances judiciaires

En cas d'émission d'un titre de perception, si le tiers et sa compagnie d'assurances entendent contester la créance de l'État, les intéressés pourront saisir la juridiction compétente. Le dossier sera alors pris en charge par la DAJ et l'Agent judiciaire de l'État (AJE).

De manière plus générale, l'AJE est seul investi du mandat légal de représentation de l'État devant les tribunaux de l'ordre judiciaire pour assurer le recouvrement des créances étrangères à l'impôt et au domaine. Il doit donc être informé de toute instance judiciaire, par l'intermédiaire du bureau des conditions de vie au travail et diversité (PAD).

Si des pourparlers amiables sont en cours lorsque s'ouvre l'action judiciaire, ceux-ci doivent être suspendus, jusqu'à nouvel ordre.

Annexes

Annexe n°1 : Modèles de déclaration

Les modèles de déclaration sont disponibles sur le site de la Fonction Publique :

- [Déclaration d'accident de service – Accident de trajet](#)
- [Déclaration de maladie professionnelle](#)

Annexe n°2 : Modèles d'actes SIRHIUS (modèles en cours de mise à jour par la mission Sirhius pour remplacer la commission de réforme par le Conseil médical)

- Décision de reconnaissance – Accident

Annexe n°3 : Modèles de certificat de prise en charge directe par l'administration des frais occasionnés par un accident de service / une maladie professionnelle et de relevé de prestations

Les modèles de certificat de prise en charge directe et de relevé de prestation sont disponibles sur Nausicaa :

- [Modèle de certificat de prise en charge directe par l'administration des frais occasionnés par un accident de service](#)
- [Modèle de certificat de prise en charge directe par l'administration des frais occasionnés par une maladie professionnelle](#)
- [Modèle de relevé de prestations](#)

Annexe n°4 : Exemples de questions à poser à l'occasion d'une expertise

- Pour les accidents de service / trajet – Reconnaissance d'imputabilité

– [En cas de doute sur la cohérence entre la lésion présentée et les circonstances de l'accident] L'accident, tel que décrit, peut-il conduire aux lésions mentionnées dans le certificat médical initial ?

– L'accident déclaré est-il imputable au service ?

– L'agent présentait-il un état antérieur ? Dans l'affirmative, cet état a-t-il été aggravé par l'accident ?

– Les différents arrêts présentés [à lister] ont-ils un lien direct et certain avec cet accident et doivent-ils être pris en charge à ce titre ?

– Si l'agent n'a pas repris son travail, quelle est la durée prévisible des arrêts à prendre en charge au titre de l'accident ?

– Quelle est la date de reprise envisagée ? Cette reprise devra-t-elle se faire à temps partiel thérapeutique ? Selon quelle quotité et pour quelle durée ?

– Quels sont les soins à prendre en charge au titre de l'accident ? Pour quelle durée ?

– Une date de guérison ou de consolidation peut-elle être fixée ? Avec quel taux d'IPP (taux imputable à l'accident ; taux lié à un état préexistant ; taux global) ?

– Le cas échéant, des soins post-consolidation sont-ils à prévoir ? De quelle nature ? Pour quelle durée ?

- Pour les maladies professionnelles / à caractère professionnel – Reconnaissance d'imputabilité

– La maladie déclarée est-elle directement liée à l'exercice des fonctions ? Est-elle imputable au service ?

– Quelle est la date de première constatation de la maladie ?

– L'agent présentait-il un état antérieur ? Dans l'affirmative, cet état a-t-il été aggravé par la maladie ?

– [Pour les maladies inscrites aux tableaux] À quel tableau la maladie doit-elle être rattachée ?

– [Pour les maladies non inscrites aux tableaux] La maladie déclarée est-elle susceptible d'entraîner un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 25 % ?

- Les différents arrêts présentés [à lister] ont-ils un lien direct et certain avec cette maladie et doivent-ils être pris en charge à ce titre ?
- Si l'agent n'a pas repris son travail, quelle est la durée prévisible des arrêts à prendre en charge au titre de la maladie ?
- Quelle est la date de reprise envisagée ? Cette reprise devra-t-elle se faire à temps partiel thérapeutique ? Selon quelle quotité et pour quelle durée ?
- Quels sont les soins à prendre en charge au titre de la maladie ? Pour quelle durée ?
- Une date de guérison ou de consolidation peut-elle être fixée ? Avec quel taux d'IPP (taux imputable à la maladie ; taux lié à un état préexistant ; taux global) ?
- Le cas échéant, des soins post-consolidation sont-ils à prévoir ? De quelle nature ? Pour quelle durée ?

- A l'occasion des visites de suivi (art. 47-10 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986)

- L'état de santé de l'agent justifie-t-il son maintien en arrêt de travail ?
- Les arrêts [à lister] sont-ils toujours en lien direct et certain avec l'accident / la maladie et doivent-ils être pris en charge à ce titre ? Quelle est leur durée prévisible ?
- Quelle est la date de reprise envisagée ? Cette reprise devra-t-elle se faire à temps partiel thérapeutique ? Selon quelle quotité et pour quelle durée ?
- Les soins [à lister] sont-ils toujours en lien direct et certain avec l'accident / la maladie et doivent-ils être pris en charge à ce titre ? Quelle est leur durée prévisible ?
- Une date de guérison ou de consolidation peut-elle être fixée ? Avec quel taux d'IPP (taux imputable à l'accident / la maladie ; taux lié à un état préexistant ; taux global) ?
- Le cas échéant, des soins post-consolidation sont-ils à prévoir ? De quelle nature ? Pour quelle durée ?

- Lorsque l'agent est en CITIS depuis 12 mois – en complément des questions évoquées supra

- L'inaptitude de l'agent à exercer ses fonctions est-elle provisoire ? Définitive ?
- En cas d'inaptitude définitive, l'état de santé de l'agent permet-il d'envisager un reclassement dans un autre corps ?
- En cas d'impossibilité de reclassement, quel est le taux d'invalidité de l'agent (taux imputable à l'accident / la maladie ; taux lié à un état préexistant ; taux global) ?

Annexe n°5 : Modalités d’instruction des déclarations de maladie professionnelle liées à une infection au SARS-CoV2

Le [décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020](#) relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 précise les modalités d’instruction des déclarations déposées par les travailleurs atteints de la COVID.

Ce décret vient a été complété par la [circulaire du 18 décembre 2020 relative à la reconnaissance des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 dans la fonction publique de l’État](#).

- **Modalités d’instruction**

Les demandes de reconnaissance de la COVID sont instruites dans le cadre juridique de droit commun en matière de maladie professionnelle des fonctionnaires exposé dans le présent guide :

- constitution du dossier et contrôle du respect des délais de déclaration par l’agent ;
- information du médecin du travail qui devra rédiger un rapport à destination du conseil médical ;
- rédaction d’un rapport d’activité professionnelle par le chef de service de l’agent ;
- réalisation d’une expertise médicale.

Toutefois, afin de favoriser une appréciation homogène sur l’ensemble du territoire de la situation des fonctionnaires demandant la reconnaissance de l’imputabilité au service d’une pathologie liée à une infection au SARS-CoV2, **tous ces dossiers seront soumis à l’avis du conseil médical ministériel.**

Les dossiers doivent donc être transmis au secrétariat du conseil médical ministériel à l’adresse suivante :

Secrétariat Général
Service des ressources humaines – Sous-Direction des ressources humaines de l’administration centrale
Bureau SRH2D – Secteur de la médecine statutaire
Secrétariat du conseil médical ministériel
Immeuble Atrium
5 place des Vins de France
75 573 PARIS Cedex 12

Les personnes assurant le secrétariat de la CMM sont également joignables à l’adresse suivante : secretariat.crm@finances.gouv.fr

Le dossier de saisine comprend notamment :

- la lettre de saisine de la CMM ;
- une fiche de renseignements (identité de l'agent, n° DGFIP, naissance, situation familiale, adresse, grade, affectation, date d'entrée dans l'administration, date de titularisation) ;
- la déclaration de maladie professionnelle ;
- les différents certificats médicaux ;
- les conclusions administratives rédigées par l'expert ;
- le rapport d'expertise (sous pli confidentiel) ;
- le rapport écrit du médecin du travail ;
- le rapport circonstancié d'activité décrivant les tâches habituelles exercées par l'agent établi par la hiérarchie ;
- tout autre élément pertinent présent au dossier.

Par ailleurs, compte-tenu des spécificités liées à ce type de dossier, toutes les demandes de reconnaissance de la COVID comme maladie professionnelle doivent être signalées au bureau des Conditions de vie au travail et Diversité, Pôle des agents en difficulté.

- **Traitement des demandes présentées au titre de l'accident de service**

Il est possible que des agents aient présenté une demande de reconnaissance d'imputabilité au service de la COVID au titre d'un accident de service.

Dans ce cas :

- si une décision de reconnaissance a déjà été rendue, celle-ci ne sera pas remise en cause ;
- si une décision de refus a été prise, les agents concernés pourront être invités à constituer, s'ils le souhaitent, un dossier de reconnaissance d'imputabilité au titre de la maladie professionnelle ;
- pour les dossiers sur lesquels il n'a pas encore été statué, les agents concernés seront informés que leur demande sera traitée au titre de la maladie professionnelle. Ils seront accompagnés dans les démarches complémentaires à accomplir.

Ces dossiers devront également être signalés au bureau des Conditions de vie au travail et Diversité – Pôle des agents en difficulté.

Annexe n°6 : Extraits de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 – Titre VI bis : Congé pour invalidité temporaire imputable au service (Articles 47-1 à 47-20) codifiés aux articles L822-1 et suivant du code général de la Fonction publique

- [Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 codifiée dans le code général de la Fonction publique](#)
- https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000044416551/LEGISCTA000044423973/#LEGISCTA000044424605
- [Décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié : articles 47-1 et suivants](#)
- <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000884830/>

Annexe n°7 : Extrait des tableaux des maladies professionnelles du Code de la Sécurité sociale

Exemple et lien vers l'annexe II : Tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R 461-3 (tableaux de 1 à 103) du Code de la Sécurité sociale :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006126943/#LEGISCTA000006126943

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
- A -		
Epaule		
Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs.	30 jours	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**) avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3 h 30 par jour en cumulé.
Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**): - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.

Annexe n°8 : Glossaire

Accident de mission : Accident en relation avec l'objet de la mission ou dans son prolongement.

Accident de service : Fait accidentel caractérisé par l'apparition soudaine d'une lésion de l'organisme. L'accident de service doit survenir à l'occasion de l'exercice des fonctions, sur le lieu et pendant le temps de travail.

Accident de trajet : Accident survenu pendant le trajet d'aller et retour entre le domicile et le lieu d'exercice des fonctions, ou entre le lieu de travail et le lieu habituel de restauration

Allocation temporaire d'invalidité (ATI) : Allocation versée à un fonctionnaire atteint d'une invalidité résultant d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle et reconnu apte à l'exercice de ses fonctions.

Conditions d'octroi :

- Accident de service : IPP \geq 10 % ;
- Maladie professionnelle ou à caractère professionnel inscrite aux tableaux : dès le 1^{er} pourcentage d'IPP ;
- Maladie à caractère professionnel non inscrite aux tableaux : IPP \geq 25 %.

Consolidation : Stabilisation d'une blessure, permettant un diagnostic définitif.

Cristallisation : Révision de l'ATI à l'occasion du départ en retraite si la retraite ne résulte pas d'une invalidité contractée en service.

Incapacité Permanente Partielle (IPP) : Impossibilité permanente d'exercer certaines activités professionnelles à la suite d'une affection ou d'un accident. Elle est évaluée par un expert afin de déterminer les indemnités que doit percevoir la personne concernée.

Maladie professionnelle : Maladie inscrite dans les tableaux du régime général et respectant les trois conditions de Désignation de la maladie ; Délai de prise en charge ; Liste limitative ou indicative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies.

Maladie à caractère professionnel inscrite aux tableaux du Code de la Sécurité Sociale : Maladie désignée dans un tableau mais dont une ou plusieurs conditions de reconnaissance font défaut.

Maladie à caractère professionnel non inscrite aux tableaux du Code de la Sécurité Sociale : Maladie non désignée dans un tableau de maladie professionnelle pour laquelle il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail de la victime et qu'elle est susceptible d'entraîner un taux d'IPP au moins égal à 25 %.

Rente viagère d'invalidité : Transformation de l'ATI au moment du départ en retraite si retraite résulte de l'aggravation de l'invalidité ouvrant droit à l'ATI.

Séquelles : Diminution durable des capacités physiques ou mentales.