

LA DISPONIBILITÉ D'OFFICE POUR MALADIE

CNRACL : Stagiaires et titulaires à TNC > ou = 28h et à TC

1. Références, définition et conditions d'octroi

- ▶ *article 72 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984,*
- ▶ *article 38 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987,*
- ▶ *article 19-2° et 3° alinéa du décret n° 86-68 du 13 janvier 1986,*
- ▶ *article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960.*

A l'expiration des droits à congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie ou de longue durée, le fonctionnaire temporairement inapte pour raison de santé à reprendre son service est placé dans la position de disponibilité d'office pour maladie.

La durée prononcée ne peut excéder une année. Elle peut être renouvelée deux fois pour une durée égale. Si à l'expiration de la troisième année, l'agent est cependant susceptible de reprendre ses fonctions ou faire l'objet d'un reclassement avant l'expiration d'une nouvelle année, après avis du comité médical, la disponibilité peut faire l'objet d'un troisième renouvellement. Attention, le deuxième renouvellement est soumis pour avis à la commission de réforme et non au comité médical.

2. La procédure auprès de la cpam, du comité médical départemental ou de la commission de réforme

Demande auprès de la CPAM

Au vu des procès-verbaux du comité médical départemental, des copies des arrêtés plaçant l'agent en disponibilité d'office pour maladie, de l'attestation sécurité sociale d'un agent malade depuis plus de 6 mois, la CPAM se prononce sur la reconnaissance en maladie de longue durée et l'accord pour le versement des prestations qui seront à la charge de la collectivité. L'agent reçoit l'accord de la CPAM. L'avis de la CPAM s'impose à l'employeur.

Demande auprès du comité médical départemental

Au vu d'un certificat médical transmis par l'agent, la collectivité saisit le comité médical départemental avec la demande de l'agent. Elle produit toutes les pièces nécessaires à l'élaboration du dossier : une lettre manuscrite de l'agent, précisant la nature du congé demandé, adressée à l'autorité territoriale ; un certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'agent est susceptible de bénéficier du congé



demandé ; un résumé des observations du médecin traitant ou spécialiste et les pièces justificatives sous pli confidentiel cacheté adressés à la collectivité, compte rendu de consultation spécialisée de centre hospitalier ou compte rendu opératoire.

Le secrétariat du comité médical diligente une expertise auprès d'un médecin agréé. L'agent sera donc invité à se rendre chez ce médecin agréé. Les conclusions du médecin agréé permettront au comité médical de se prononcer sur l'attribution du congé de disponibilité d'office pour maladie.

Le secrétariat du comité médical informe le fonctionnaire de la date à laquelle le comité médical examinera son dossier, de ses droits concernant la communication de son dossier et de la possibilité de faire entendre le médecin de son choix, des voies de recours possibles devant le comité médical supérieur.

L'avis du comité médical est transmis à l'autorité territoriale sous la forme d'un procès-verbal. L'avis du comité médical est communiqué au fonctionnaire sur sa demande. L'expertise est à la charge de l'employeur (*article 41 du décret du 30 juillet 1987*).

Demande auprès de la commission de réforme

L'avis de la commission de réforme est nécessaire lorsque la disponibilité fait suite à une période de congé de longue durée pour maladie contractée dans l'exercice des fonctions et pour le deuxième renouvellement de disponibilité d'office (octroi de la 3^e année).

La collectivité saisit la commission de réforme. La collectivité adresse au secrétariat de la commission de réforme un dossier comprenant la demande de l'intéressé et de la collectivité, un certificat du médecin traitant, une expertise d'un médecin agréé.

Si l'employeur n'a pas adressé la demande de l'agent au secrétariat de la commission de réforme dans un délai de trois semaines, passé ce délai, l'agent peut saisir directement la commission en adressant un double de sa demande par lettre en recommandé avec accusé réception.

Comment bien missionner un expert : *modèle de courrier*.

Les frais résultant des examens sont à la charge de la collectivité.

La Médecine Préventive est informée du passage des dossiers et peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif aux séances de la commission de réforme (article 15 de l'arrêté du 4 août 2004). L'intéressé est invité à prendre connaissance de son dossier, présenter des observations écrites, se faire entendre en séance et se faire assister d'un médecin de son choix ou d'un conseiller (article 16 de l'arrêté du 4 août 2004). L'avis de la commission de réforme est transmis à l'autorité territoriale sous la forme de procès-verbal.

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

Après avis du comité médical

Le procès-verbal établi par le comité médical n'est qu'un acte préparatoire à la décision de la collectivité. L'employeur décidera de suivre ou ne pas suivre l'avis du comité médical. En cas de refus d'octroi de ce congé, la collectivité devra motiver sa décision sans divulguer les éléments médicaux couverts par le secret médical (*loi du 11 juillet 1979 sur la motivation des actes administratifs, CE, 31 mai 1995, Mme G, req n° 114744*). Cependant, il est recommandé d'avoir l'avis d'experts médicaux avant d'attribuer ou de refuser un congé de maladie qui irait à l'encontre de l'avis du comité médical.

En octroyant un congé de disponibilité d'office pour maladie refusé par le comité médical, la collectivité s'exposerait au refus de remboursement des indemnités journalières par l'assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance des risques statutaires. Dans l'hypothèse où la collectivité prend une décision différente de l'avis rendu par le comité médical, l'agent peut demander, sur sollicitation écrite, à sa

collectivité de justifier sa décision par écrit. Le secrétariat du comité médical est informé des décisions qui ne sont pas conformes à l'avis du comité médical.

Si la collectivité accorde le congé, un arrêté sera pris. L'arrêté doit être notifié à l'agent. Il doit faire mention des voies et délais de recours. Ce dernier devra être signé par l'agent. Si l'agent refuse de signer son arrêté, la collectivité l'adressera à son domicile en recommandé avec accusé de réception, l'avis de dépôt faisant foi. L'arrêté n'est pas obligatoirement transmissible au contrôle de légalité (*Code général des collectivités territoriales, article L 2131-2*).

Bien que le texte précise que la demande de renouvellement du congé est à formuler un mois avant l'expiration du congé accordé, il est conseillé de faire la démarche auprès du comité médical deux mois avant la fin du congé déjà accordé. Il est important d'anticiper les demandes de renouvellement pour que l'agent ne se retrouve pas sans position statutaire. Les formalités de renouvellement sont identiques à celles de l'attribution initiale. Le troisième renouvellement est soumis pour avis à la commission de réforme.

Après avis de la commission de réforme

Le procès-verbal n'est qu'un acte préparatoire à la décision de la collectivité. L'avis de la commission de réforme ne lie pas l'autorité territoriale (*CE, 4 janvier 1995, M.R, req n° 150369*).

En cas de refus d'octroi du congé, la collectivité doit motiver sa décision sans divulguer les éléments médicaux couverts par le secret médical (*loi du 11 juillet 1979 sur la motivation des actes administratifs, CE, 31 mai 1995, Mme G, req n° 114744*). Il est recommandé d'avoir l'avis d'experts médicaux avant d'attribuer ou de refuser un congé de disponibilité d'office pour maladie qui irait à l'encontre de l'avis de la commission de réforme.

En octroyant un congé refusé par la commission de réforme, la collectivité s'exposerait au refus de remboursement des indemnités journalières dans le cadre d'un contrat d'assurance des risques statutaires. Dans l'hypothèse où la collectivité prend une décision différente de l'avis rendu par la commission de réforme, l'agent peut demander, sur sollicitation écrite, à sa collectivité de justifier sa décision. En cas de décision contraire à l'avis rendu par la commission de réforme, la collectivité doit en informer la commission (*article 31 du décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003*).

La collectivité notifie à l'agent sa décision en prenant un arrêté. L'arrêté doit faire mention des voies et délais de recours. Ce dernier devra être signé par l'agent. Si l'agent refuse de signer son arrêté, la collectivité l'adressera à son domicile en recommandé avec accusé de réception, l'avis de dépôt faisant foi. L'arrêté n'est pas obligatoirement transmissible au contrôle de légalité (*Code général des collectivités territoriales, article L 2131-2*).

4. La rémunération pendant la disponibilité d'office pour maladie

La disponibilité d'office pour maladie n'étant pas considérée comme une période d'activité, le fonctionnaire ne perçoit pas de traitement. Cependant, il peut prétendre à des prestations en espèces versées par la collectivité et non par la sécurité sociale (*article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960*).

Les indemnités journalières prévues à l'article L 321-1 du code de la sécurité sociale sont versées aux fonctionnaires placés en disponibilité d'office, après épuisement des congés statutaires de maladie, s'ils remplissent les conditions fixées par les dispositions du code de la sécurité sociale notamment les articles L 323-1 et R 323-1. L'article R 323-5 du code de la sécurité sociale prévoient que la majoration du montant de l'indemnité journalière en faveur des assurés ayant au moins 3 enfants à charge (*article R 313-12*) n'intervient qu'à compter du 31^e jour suivant le point de départ de l'incapacité de travail et porte ainsi la fraction applicable au gain journalier de la moitié aux deux tiers.

Les indemnités journalières ne peuvent pas dépasser un certain montant.

Le versement de ces prestations est soumis, en application des articles L 313-1, R 313-1 et R 313-3 du code de la sécurité sociale, à la justification par l'intéressé de conditions de durées d'activité minimales et d'incapacité physique d'exercer son activité :

- - Pendant les 6 premiers mois, l'assuré doit justifier au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt de travail, d'un montant minimum de cotisations sociales égal à celles dues pour 1015 fois le salaire minimum de croissance (SMIC) horaire, valeur au premier jour de la période de référence ou à défaut de 200 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédents.
- - Après 6 mois consécutifs d'arrêt, l'assuré devra justifier :
- - de 12 mois d'immatriculation appréciés à la date de l'arrêt de travail ;
- - au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt, d'un montant de cotisations sociales égal à celles dues pour 2030 fois le SMIC en vigueur au 1^{er} janvier précédant immédiatement le début de cette période ;

ou

- - avoir effectué au moins 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'interruption du travail.

Ces articles fixent le nombre et la durée de ces prestations. En cas de maladie ordinaire (article L 323-1), les indemnités journalières sont accordées à partir du 4^e jour d'arrêt (article R 323-1) ; l'assuré peut percevoir au maximum 360 indemnités par période de 3 ans. Pour les maladies reconnues de longue durée (article L 324-1), l'indemnité est versée pendant 3 ans à partir du 4^e jour de congé uniquement au 1^{er} des arrêts de travail dus à une même affection (article R 323-1) ; l'assuré recouvre l'intégralité de ses droits pour une nouvelle période de 3 ans chaque fois qu'il a repris son activité pendant un an.

La durée est calculée de date à date, à compter du premier arrêt de travail, congés statutaires de maladie compris (*réponses ministérielles n° 7587 JO du 28 janvier 1988 et n° 12376 JO (S) du 11 janvier 1996*). Ainsi, ces dispositions s'appliquent rarement étant donné que les congés de maladies statutaires prévus à l'article 57 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée garantissent généralement le traitement au fonctionnaire pendant une durée équivalente ou supérieure à celle découlant de l'indemnisation de la maladie dans le régime général. Le versement peut intervenir dans le cas où le fonctionnaire est placé en disponibilité d'office à l'issue de l'épuisement d'un congé de maladie ordinaire de 12 mois sans ouvrir droit à d'autres congés statutaires à condition que l'intéressé soit reconnu atteint d'une affection de longue durée au sens de la sécurité sociale (*CAA Marseille n° 98MA00812 du 6 février 2001, M. C*).

L'intéressé peut alors prétendre au versement des indemnités journalières de maladie pour une durée maximale de 3 ans (*combinaison des articles L 323-1, alinéas 1 et 2 et R 323-1-2*).

Ainsi, ayant déjà perçu un an de rémunération, l'agent pourra prétendre pour la période maximale au versement d'indemnités journalières.

Lorsque l'agent ne peut percevoir les indemnités journalières et que son inaptitude est temporaire, il peut, sous certaines conditions, recevoir l'allocation d'invalidité temporaire prévue à l'article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960.

La question de l'aptitude ou de l'inaptitude de l'agent doit être posée. La collectivité sollicitera pour cela le comité médical.

Si l'agent est inapte de manière définitive à ses fonctions et qu'il n'a pas été reclassé, il sera soit mis à la retraite, soit licencié s'il n'a pas de droit à pension (*article 19 du décret n° 86-68 du 13 janvier 1986*).

Pendant la période de disponibilité d'office pour maladie, les droits à l'avancement et à la retraite du fonctionnaire sont suspendus. Le fonctionnaire n'étant plus en activité, il ne peut pas prétendre au bénéfice des congés annuels, ni aux congés de longue maladie ou de longue durée (*CE, 10 novembre 1997, M. M, req n° 139501*).

L'agent exclu du bénéfice des indemnités journalières et de l'allocation d'invalidité temporaire peut percevoir, dans les conditions de droit commun, le RSA (*QE – AN n° 31047 du 23 octobre 1995, JO du 8 janvier 1996*).