

LE CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE

IRCANTEC : Stagiaires et titulaires à TNC < 28h

1. Références, définition et conditions d'octroi

- ▶ *article 57-2° 1^{er} alinéa de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984,*
- ▶ *article 35 du décret n° 91-298 du mars 1991,*
- ▶ *articles L 321-1, L 321-2, L 323-1, L 323-4, L 242-1 et R 313-3, R 313-12, R 321-2, R 323-1, R 323-5, R 323-8, R 323-9 du code de la sécurité sociale,*
- ▶ *article 80 du code général des impôts.*

L'agent est dans l'incapacité d'exercer ses fonctions, il souffre d'une maladie dûment constatée médicalement.

Transmission d'un arrêt de travail

Pour bénéficier de ce congé, accordé sans avis du comité médical par l'autorité territoriale les six premiers mois, l'agent doit fournir obligatoirement à son employeur un certificat médical d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste, d'une sage-femme (en cas de grossesse non pathologique d'une durée de 15 jours non renouvelables : décret n° 85-1122 du 17 octobre 1985, articles D 331-1 et D 331-2 du code de la sécurité sociale) et ce dans les 48 heures qui suivent l'arrêt.

Cette condition d'envoi du certificat médical s'applique aussi bien au certificat médical initial qu'aux prolongations. Un certificat médical initial est suivi d'un certificat médical de prolongation si l'agent ne reprend pas son travail.

L'agent envoie à son employeur uniquement le volet n°3 du certificat (circulaire FPA n° 2049 du 24 juillet 2003 relative aux modalités de traitement des certificats médicaux d'arrêt de travail pour maladie des fonctionnaires). Les volets 1 et 2 sont transmis à la sécurité sociale.

Délai de transmission

Si l'agent ne respecte pas ce délai, la Caisse d'Assurance Maladie signalera le retard constaté et informera l'agent de la conséquence sur le versement des indemnités journalières en cas de nouvel envoi tardif dans les 24 mois suivant la prescription de cet arrêt tardif.

Lorsque le comité médical a émis un avis favorable à la reprise de travail, cette dernière est obligatoire. L'agent qui ne reprend pas, malgré une mise en demeure adressée par le maire, et qui se borne à produire un nouveau certificat médical d'arrêt de travail n'apportant aucun élément nouveau sur son état de santé peut être radié des cadres pour abandon de poste (CE n° 191316 du 22 mars 1999, Mme P).

2. La procédure auprès du comité médical départemental

Au-delà de six mois consécutifs d'arrêt, la collectivité doit obligatoirement saisir le comité médical, soit pour l'octroi du congé de grave maladie si la pathologie en relève, soit pour la prolongation du congé de maladie ordinaire le cas échéant.

Pour intégrer les délais de procédure, il est conseillé d'engager les démarches à la fin du 4^e mois d'arrêt. La collectivité adresse les pièces suivantes : 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 grave maladie ou la prolongation du congé de maladie ordinaire.

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 transmis au fonctionnaire sur sa demande.

L'expertise est à la charge de l'employeur (article 41 du décret du 30 juillet 1987).

La Médecine Préventive est informée du passage des dossiers et peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif aux séances des comités médicaux. L'intéressé et la collectivité peuvent faire entendre le médecin de leur choix par le comité médical (article 9 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987).

3. Les avis du comité médical départemental

Le comité médical départemental pourra émettre un des avis suivants :

- Avis de prolongation du congé de maladie ordinaire. L'agent n'ouvre pas droit au congé de grave maladie.
- Avis de placement en congé de grave maladie.
- Avis de reprise sur poste aménagé.
- Avis d'incapacité temporaire au terme des droits à congé de maladie ordinaire. L'agent sera placé en disponibilité d'office pour maladie (pour les stagiaires en congé sans traitement).
- Avis d'incapacité totale et définitive à l'exercice des fonctions assorti d'un reclassement professionnel. L'agent sera reclassé sur un autre poste après avis de la Commission Administrative Paritaire (CAP).
- Avis d'incapacité totale et définitive à l'exercice de ses fonctions et qui ne peut être reclassé, ou avis d'incapacité totale et définitive à toutes fonctions. L'agent sera alors licencié après avis de la Commission Administrative Paritaire (CAP).

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

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 maladie qui irait à l'encontre de l'avis du comité médical. En effet, en octroyant un congé maladie refusé par le comité médical, la collectivité s'exposerait au refus de remboursement des salaires 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).

En cas de refus du congé de grave maladie, l'agent peut être maintenu en congé de maladie ordinaire. Dans ce cas, deux mois avant le terme du congé de maladie ordinaire d'une durée maximale de 12 mois, la collectivité saisit de nouveau le comité médical pour qu'il se prononce sur l'aptitude ou l'inaptitude physique de l'agent (totale, définitive ou temporaire). Un suivi rigoureux du dossier et une anticipation suffisante dans les délais permettront d'obtenir l'avis du comité médical avant la fin des droits à congé statutaire de l'agent.

Avant 12 mois d'arrêt consécutifs, le fonctionnaire reprend son service sans autre formalité. Si la collectivité a un doute, elle peut exiger un certificat de reprise du médecin traitant. Aucune disposition statutaire ne prévoit à titre obligatoire la visite de reprise effectuée par le médecin de médecine préventive.

Un agent ne peut pas reprendre ses fonctions sans l'avis favorable du comité médical lorsqu'il a bénéficié de douze mois d'arrêt consécutifs. Dans ce cas, cet avis lie l'autorité territoriale.

Le fonctionnaire qui, à l'expiration de son congé de maladie, refuse sans motif valable lié à son état de santé, le poste qui lui est assigné, peut être licencié après avis de la Commission Administrative Paritaire.

5. La rémunération pendant le congé maladie ordinaire

Les agents stagiaires et titulaires de moins de 28 heures hebdomadaires bénéficient d'une protection sociale et statutaire.

a) Une protection sociale

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie verse à l'agent des prestations en nature et des prestations en espèces dès lors qu'il remplit les conditions d'octroi.

Les prestations en nature

L'agent relève de la CPAM pour les prestations en nature (remboursement des soins). L'ouverture du droit est subordonnée à certaines conditions de travail ou de cotisations.

Durée du droit	Période de référence	Conditions
3 mois	Dès l'entrée dans le régime	25 ans Justifier de cotisations égales à celles dues pour 60 SMIC ou de 60 heures de travail
6 mois (3 mois + 3 mois)	1 mois civil ou 30 jours consécutifs	Justifier de cotisations égales à celles dues pour 60 SMIC (taux au

		1 ^{er} jour du mois de référence) ou 60 heures de travail
1 an	3 mois civil ou 3 mois de date à date	Justifier de cotisations égales à celles dues pour 120 SMIC (taux au 1 ^{er} jour des 3 mois de référence) ou de 120 heures de travail
2 années civiles	1 année civile	Justifier de cotisations égales à celles dues pour 2030 SMIC (taux au 1 ^{er} janvier de l'année de référence) ou de 1200 heures de travail

Les prestations en espèces

Les prestations en espèces ou indemnités journalières compensent une perte de revenu des agents contraints de cesser provisoirement leur travail pour cause de maladie.

1) Arrêt d'une durée inférieure à 6 mois :

Période de référence	Temps de travail	Minimum de cotisations	Durée d'immatriculation
Soit : Au cours des 6 mois civils précédant la date d'interruption du travail	Néant	Cotisation maladie (0.75%) calculée sur 1015 fois la valeur du SMIC horaire au 1 ^{er} jour de la période de 6 mois	Néant
Soit : Au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant la date d'interruption du travail	150 heures	Néant	Néant

2) Arrêt d'une durée supérieur à 6 mois

Période de référence	Temps de travail	Minimum de cotisations	Durée d'immatriculation
Soit : Au cours des 12 mois civils précédant la date d'interruption du travail	Néant	Cotisation maladie (0.75%) calculée sur 2030 fois la valeur du SMIC horaire au 1 ^{er} janvier de l'année de référence dont au moins 1015 fois la valeur du SMIC horaire au cours des 6 premiers mois	12 mois
Soit : Au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption du travail	600 heures au cours de la période de référence dont 150 heures au moins au cours des trois premiers mois	Néant	12 mois

Les indemnités journalières sont versées à partir du 4^e jour d'arrêt de travail et ce pour une durée totale maximale de 3 années (délai de carence 3 jours). L'assuré ne peut percevoir, au titre d'une ou plusieurs maladies, plus de 360 indemnités journalières pour une même période quelconque de 3 ans (articles L 323-1 et R 323-1 du code de la sécurité sociale). Ce droit s'apprécie pour chaque arrêt de travail. La caisse primaire détermine la période de 3 ans précédant l'arrêt de travail de date à date. Ainsi, la période de

référence évolue au fur et à mesure que la durée de l'arrêt se prolonge. Le droit peut être recouvré au cours d'une même période d'arrêt dès lors que les 360 jours indemnisés ne sont plus atteints.

Pour le paiement des indemnités journalières, l'employeur doit établir une attestation de salaire qu'il remettra à l'agent. Ce dernier transmettra l'attestation à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Si l'employeur est subrogé dans les droits de l'agent aux indemnités journalières, il est habilité à faire parvenir cette attestation directement à la CPAM. Le délai de règlement des indemnités journalières dépend donc de la rapidité de l'employeur à établir ce document et de la promptitude de l'agent à l'adresser à la CPAM.

Les indemnités journalières sont dues pour chaque jour de la semaine ouvrable ou non.

Les indemnités journalières de référence sont calculées selon les modalités définies à l'article L 323-4 du code de la sécurité sociale. Ce calcul est fondé sur la détermination du gain journalier qui représente 1/91,25e du montant des 3 dernières paies à la date de l'interruption de travail lorsque l'agent est rémunéré mensuellement.

La rémunération prise en compte est celle servant de base, lors de chaque paie, au calcul de la cotisation due pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès dans la limite du plafond de la sécurité sociale.

En cas de pluralité d'employeurs, l'indemnité journalière est calculée pour chaque employeur en totalisant tous les salaires se rapportant à la période de référence dans la limite du plafond de sécurité sociale correspondant puis en ramenant chaque salaire à la part du plafond pour chaque mois et chaque employeur.

L'article R 323-5 du code de la sécurité sociale dispose que le montant de l'indemnité journalière versée correspond à la moitié du gain journalier ainsi déterminé. L'article R 323-5 du code de la sécurité sociale prévoit 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 31e jour suivant le point de départ de l'incapacité de travail et porte ainsi la fraction applicable au gain journalier de la moitié au deux tiers.

Les indemnités journalières ne peuvent pas dépasser un certain montant.

Exemple de calcul d'indemnités journalières

Salaire brut : 2000 euros par mois – pas d'enfant.

6000 euros (montant des 3 dernières paies) : $91,25 = 65,75$ euros

Montant IJ = $65,75 : 2 = 32,88$ euros

Montant IJ ne peut pas dépasser une fraction du plafond annuel de la SS.

b) Une protection statutaire par l'employeur

Les indemnités journalières auxquelles peut prétendre l'agent à temps non complet non affilié à la CNRACL, en application des articles L 323-1 et R 323-1 du code de la sécurité sociale, ne se cumulent pas avec le traitement versé par la collectivité. Les sommes viennent en déduction de la rémunération maintenue pendant le congé de maladie (article 38 du décret n° 91-298 du 20 mars 1991), que la collectivité employeur ait ou non adopté le système de la subrogation. La collectivité doit donc assurer à l'agent la continuité du versement de son plein ou demi-traitement et, en cas de subrogation, récupérer en temps utile auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie concernée les indemnités journalières. Le cumul de l'intégralité du traitement et des indemnités journalières est illégal sachant que la rémunération à laquelle peut prétendre un agent du régime général placé en congé pour indisponibilité physique ne peut excéder le montant de son traitement d'activité (CAA Paris n° 99PA03643 du 19 avril 2001, Ministère de l'Education Nationale c/Mme J).

Au regard de l'article R 323-11 du code de la sécurité sociale, lorsque le salaire est maintenu en totalité ou en partie sous déduction des indemnités journalières, la subrogation est facultative et n'est possible que si le salaire maintenu est au moins égal au montant des indemnités dues. Dans les autres cas, l'employeur est

seulement fondé à retenir la somme correspondant aux indemnités journalières dans la limite du salaire maintenu. L'employeur ne peut pas conserver l'excédent des indemnités journalières, le différentiel étant versé directement à l'assuré social.

Attention depuis le 1^{er} janvier 2018, instauration d'une journée de carence sur chaque congé de maladie ordinaire. Ce délai de carence ne s'applique pas dans le cas d'une prolongation d'arrêt maladie. Si la reprise de travail n'a pas excédé 48 heures entre l'arrêt initial et un second arrêt, le délai de carence n'est pas obligatoirement appliqué (idem sécurité sociale). Lorsqu'un arrêt de travail est établi le même jour que celui où l'agent a travaillé, le jour de carence s'applique le 1^{er} jour suivant. Les jours de carence sont imputés sur les droits à plein ou ½ traitement.

L'employeur verse une rémunération à l'agent en plein traitement ou demi-traitement pendant une période limitée. Les droits à congés de maladie des fonctionnaires s'apprécient par référence à l'année médicale dite année médicale glissante, qui débute rétroactivement à compter du premier jour du congé de maladie en cours.

Les jours de congé de maladie sont décomptés en jours calendaires. Chaque jour se décompte de manière calendaire sur les douze mois précédant chaque jour d'arrêt maladie, jour pour jour. Il convient de retenir la durée effective du mois considéré, l'année de référence s'apprécient sur 365 ou 366 jours s'il s'agit d'une année bissextile.

Le fonctionnaire perçoit son plein traitement tant que, pendant la période de référence d'un an précédant la date à laquelle ses droits à rémunération sont appréciés, plus de 3 mois de congé de maladie ne lui ont pas été attribués. Dans le cas contraire, le fonctionnaire territorial perçoit un demi-traitement jusqu'à ce que lui soit attribué 12 mois de congé de maladie pendant la même période de référence d'un an précitée. L'agent conserve la totalité de son supplément familial et de l'indemnité de résidence. La NBI est versée dans sa totalité pendant les 3 premiers mois. Elle est réduite de moitié pendant les 9 mois suivants.

Selon la règle de la rémunération par trentièmes, les fonctionnaires perçoivent 360 trentièmes pour une année entière. Ils ont donc droit à 90 jours de congé de maladie ordinaire à plein traitement et à 270 jours à demi-traitement au cours de la période de référence. Mais il n'est pas tenu compte des autres congés de maladie obtenus au cours de cette période. Seuls sont comptés les jours de congé de maladie ordinaire.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le jour de carence étant décompté, le passage à demi-traitement s'opère désormais à 89 jours rémunérés à plein traitement (+ 1 jour de carence) au lieu de 90 jours. Si au cours d'une même période, d'autres jours de carence ont été appliqués, le passage à demi-traitement s'opérera en déduisant également ces journées (88 jours si deux arrêts, 87 jours si 3 arrêts...).

Il n'y a pas de cotisations ouvrières et de charges patronales à effectuer sur le montant correspondant à la subrogation. Par contre, les indemnités journalières sont soumises à CRDS et CSG sur la totalité du montant (article L 242-1 du code de la sécurité sociale). Les retenues assurances sociales et vieillesse sont dues sur la différence entre le salaire maintenu en tout ou partie et les indemnités journalières.

Les prestations de l'assurance maladie sont assujetties à l'impôt sur le revenu (article 80 quinquiés du code général des impôts) sauf les affections de longue durée.

Pour déterminer l'assiette de cotisations et charges, la collectivité détermine un salaire brut résiduel sur lequel portent les prélèvements, en soustrayant de la rémunération l'équivalent reconstitué du montant brut des indemnités journalières. Les indemnités versées sont majorées des cotisations salariales calculées fictivement sur lesdites indemnités journalières. Si la collectivité n'est pas subrogée, elle déduit le montant des indemnités journalières brutes du montant de la rémunération brute, puis elle calcule les prélèvements. L'agent perçoit parallèlement les indemnités journalières de la CPAM.

Exemples de calcul sans application de la journée de carence

Cas n° 1

Si un fonctionnaire bénéficie d'un congé de 30 jours à compter du 2 juillet 2006. La période de référence est comprise entre le 1^{er} juillet 2005 et le 30 juin 2006 inclus. Au 1^{er} juillet 2006, le fonctionnaire a déjà obtenu des congés de maladie ordinaire :

- du 23 avril au 2 mai 2006 : 10 jours (à plein traitement) ;
- du 3 mai au 1^{er} juin 2006 : 30 jours (à plein traitement) ;
- du 2 juin au 1^{er} juillet 2006 : 30 jours (à plein traitement).

Soit 70 jours à plein traitement.

Au titre du congé de maladie ordinaire, l'agent ne peut plus bénéficier que de 20 jours à plein traitement. Il sera rémunéré ainsi : du 2 au 21 juillet 2006 : 20 jours à plein traitement et du 22 au 31 juillet 2006 : 10 jours à demi-traitement.

Cas n° 2

Si un fonctionnaire est en arrêt maladie ordinaire :

- du 1^{er} au 31 janvier : on retiendra 31 jours,
- du 1^{er} juin au 31 juillet : 61 jours,
- du 1^{er} au 15 novembre : 15 jours,

Soit un total de 107 jours.

Le calcul des droits à congé de maladie s'effectuera de la manière suivante : l'agent sera placé 90 jours à plein traitement du 1^{er} au 31 janvier et 1^{er} juin au 29 juillet puis à demi-traitement pendant 17 jours du 30 au 31 juillet et du 1^{er} au 15 novembre.

Sa rémunération s'établira ainsi :

Janvier : 30/30 à plein traitement, juin : 30/30 à plein traitement, juillet : 29/30 à plein traitement et 1/30 à demi-traitement, novembre : 15/30 à demi-traitement et 15/30 à plein traitement (travaillés).

Exemple détaillé sans application de la journée de carence

SITUATION D'UN CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE (Période du 1^{er} avril au 30 avril 1994)

Cas d'espèce

Arrêt de travail du 1^{er} avril au 30 avril 1994 inclus.

Congés de maladie précédemment obtenus :

- du 1^{er} au 10.04.1993 inclus ▶ 10 jours à plein traitement
- du 20 au 27.04.1993 inclus ▶ 8 jours à plein traitement
- du 20 au 31.05.1993 inclus ▶ 12 jours à plein traitement
- du 1^{er} au 30.09.1993 inclus ▶ 30 jours à plein traitement
- du 1^{er} au 30.12.1993 inclus ▶ 30 jours à plein traitement
- le 31 décembre 1993 ▶ 1 jour à demi-traitement
- du 17 au 31.01.1994 inclus ▶ 15 jours à demi-traitement
- du 1^{er} au 8.03.1994 inclus ▶ 8 jours à demi-traitement

Jour d'arrêt	Période de référence à considérer	Nombre de jours à plein traitement sur la période	Nombre de jours à demi-traitement sur la période	Situation du congé
1 ^{er} avril 1994	02.04.1993 au 01.04.1994 inclus 03.04.1993 au 02.04.1994 inclus etc.	89 jours	24 jours	plein traitement
02 avril 1994		89 jours	"	"
03 avril 1994		89 jours	"	"
04 avril 1994		89 jours	"	"
05 avril 1994		89 jours	"	"
06 avril 1994		89 jours	"	"
07 avril 1994		89 jours	"	"
08 avril 1994		89 jours	"	"
09 avril 1994		89 jours	"	"
10 avril 1994		89 jours	"	"
11 avril 1994	16.04.1993 au 15.04.1994 inclus 17.04.1993 au 16.04.1994 inclus 18.04.1993 au 17.04.1994 inclus etc.	<u>90 jours</u>	24 jours	demi-traitement
12 avril 1994		90 jours	25 jours	"
13 avril 1994		90 jours	26 jours	"
14 avril 1994		90 jours	27 jours	"
15 avril 1994		90 jours	28 jours	demi-traitement
16 avril 1994		90 jours	29 jours	
17 avril 1994		90 jours	30 jours	
18 avril 1994		90 jours	31 jours	
19 avril 1994		90 jours	32 jours	"
20 avril 1994		<u>89 jours</u>	33 jours	plein traitement
21 avril 1994	01.05.1993 au 30.04.1994 inclus	89 jours	"	"
22 avril 1994		89 jours	"	"
23 avril 1994		89 jours	"	"
24 avril 1994		89 jours	"	"
25 avril 1994		89 jours	"	"
26 avril 1994		89 jours	"	"
27 avril 1994		89 jours	"	"
28 avril 1994		<u>90 jours</u>	33 jours	demi-traitement
29 avril 1994		90 jours	34 jours	"
30 avril 1994		90 jours	35 jours	"

Observations :

Pour la période du 1^{er} avril 1994 au 10 avril 1994 inclus l'agent ne compte que 89 jours à plein traitement dans son année de référence et conserve donc son plein traitement pendant cette période.

Il en est de même pour la période du 20 avril 1994 au 27 avril 1994 inclus.

Par contre sur les périodes du 11 avril 1994 au 19 avril 1994 et du 28 avril 1994 au 30 avril 1994 inclus, le congé de maladie ordinaire se situe sur une période de demi-traitement.