

GUIDE D'INFORMATION RELATIF A LA COMMISSION DE REFORME

Contact : Accidents de service et maladies professionnelles
Alain VILLEGER 01 44 23 62 68
Karine SAINTONGE 01 44 23 62 70

Année 2007

SOMMAIRE

I - GESTION DU RISQUE PROFESSIONNEL A L'INSERM.....	2
II - NOTIONS D'ACCIDENT DE SERVICE, DE TRAJET, DE MISSION ET DE MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE.....	2
A. LA NOTION D'ACCIDENT DE SERVICE	2
B. LA NOTION D'ACCIDENT DE TRAJET	3
C. LA NOTION D'ACCIDENT DE MISSION	3
D. LA NOTION DE MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE	3
III - ADMINISTRATION DE LA PREUVE.....	4
IV - ELEMENTS D'ORDRE MEDICO-LEGAL RELATIFS AUX ACCIDENTS OU MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE	5
A. LA GUERISON	5
B. LA CONSOLIDATION.....	5
C. LA RECHUTE.....	5
D. LE TAUX D'INVALIDITE PARTIELLE PERMANENTE (I.P.P.)	6
V - LA COMMISSION DE REFORME.....	7
A. LA COMPOSITION DE LA COMMISSION DE REFORME	7
B. LA COMPETENCE DE LA COMMISSION DE REFORME.....	7
VI - DECISION D'IMPUTABILITE	8
VII – LES PRESTATIONS DU REGIME DE REPARATION SOCIALE DES ACCIDENTS OU MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE.....	9
A. MAINTIEN DU TRAITEMENT	9
B. LES FRAIS QUI PEUVENT ETRE REMBOURSES	9
C. ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE (A.T.I.)	9
D. PENSION CIVILE D'INVALIDITE (P.C.I.).....	9
<i>a. Montant de la pension.....</i>	<i>10</i>
<i>b. Avantages complémentaires.....</i>	<i>10</i>
<i>c. Conditions d'octroi.....</i>	<i>10</i>
E. ALLOCATION D'INVALIDITE TEMPORAIRE.....	10
<i>a. Instruction de la demande.....</i>	<i>10</i>
<i>b. Montant de l'Allocation d'Invalidité Temporaire.....</i>	<i>11</i>
VIII - ORGANISATION DES SEANCES DE LA COMMISSION DE REFORME.....	11
A. PREPARATION ET DEROULEMENT	11
B. RESPECT DES REGLES D'INFORMATION	12
IX - ROLE DES REPRESENTANTS DU PERSONNEL	12

ANNEXES :

- Textes de référence
- Liste indicative des frais susceptibles d'être pris en charge
- Liste des tableaux des maladies professionnelles (art. R461-3 du code de la Sécurité Sociale)
- Modèles de Procès verbaux

I - GESTION DU RISQUE PROFESSIONNEL A L'INSERM

Lorsqu'un fonctionnaire de l'Inserm a subi, à la suite d'un accident professionnel, un préjudice corporel, constitué par une atteinte à son intégrité physique, l'Inserm est tenu de lui en assurer réparation. L'Inserm joue ainsi, vis à vis de son agent, le même rôle qu'une caisse de sécurité sociale à l'égard d'un salarié.

En effet, l'Inserm prend en charge la couverture des frais résultant d'accidents de service ou de maladies professionnelles occasionnés aux fonctionnaires, en vertu de **l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984** portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat et de la **circulaire interministérielle du 30 janvier 1989**, relative à la protection sociale des agents de l'Etat.

Pour rappel, l'Inserm gère également le risque professionnel de ses agents non titulaires, dès lors qu'ils sont recrutés sur un contrat à durée déterminée d'une durée initiale d'au moins un an, conformément au **décret n° 86-83 du 17 janvier 1986** relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat. La reconnaissance de l'imputabilité au service d'accidents et de maladies occasionnés à ces agents, et l'indemnisation des séquelles correspondantes, s'effectuent dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale. En outre, la gestion du risque professionnel de ces agents non titulaires est assurée par la Commission Paritaire chargée d'émettre des avis en matière d'Accidents du Travail et de Maladies Professionnelles (CPAT).

Les autres agents de l'Inserm (boursiers, vacataires, titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée initiale inférieure à un an, d'un contrat emploi solidarité, d'un contrat emploi consolidé) relèvent, en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, de leur caisse primaire d'assurance maladie.

La Commission de Réforme reste donc l'instance compétente pour la gestion des accidents de service, et des maladies professionnelles subis par les agents fonctionnaires de l'Etablissement.

II - NOTIONS D'ACCIDENT DE SERVICE, DE TRAJET, DE MISSION ET DE MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE

A. La notion d'accident de service

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

Peut également être reconnu imputable au service l'accident qui trouve son origine dans un malaise du fonctionnaire, à la condition que ce malaise survienne sur le lieu et au temps du travail. Toutefois, seules peuvent donner lieu à indemnisation les séquelles résultant de l'accident lui-même, à l'exclusion du malaise si celui-ci est d'origine constitutionnelle et n'a aucun lien avec le service.

Est également pris en charge au titre de la législation sur les accidents de service, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine comme conséquence d'un fait accidentel se produisant aux temps et lieu de travail et contaminant eu égard aux circonstances dans lesquelles il survient (par exemple, piqûre avec une aiguille souillée, projection inopinée de sang ou de liquides biologiques contaminés sur une muqueuse ou une plaie).

En revanche, 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 d'une autorisation d'absence pour se rendre à la pharmacie).

Restent également exclus les accidents résultant d'une initiative personnelle de l'agent, sans rapport avec le service (ex : agent victime d'un accident sur le lieu de travail où il s'était 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).

B. la notion d'accident de trajet

La jurisprudence du Conseil d'Etat ne fait pas de différence de régime juridique entre les accidents de service et les accidents de trajet, ni dans la recherche du lien entre le service et l'accident, ni dans les conséquences qu'il conviendra ensuite d'en tirer.

L'accident de trajet est considéré comme tel si l'accident est survenu pendant le trajet d'aller et de retour entre :

- la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où l'agent se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu d'exercice des fonctions ;
- le lieu de travail et le restaurant administratif ou, d'une manière plus générale, le lieu où l'agent prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant du service.

C. La notion d'accident de mission

L'accident de mission se définit comme tout accident survenu à l'occasion d'une mission, à l'exception des interruptions pour motifs personnels.

Les accidents survenus pendant les trajets et les transports auxquels donnent lieu la mission sont considérés comme des accidents de trajet-service.

D. La notion de maladie contractée en service

Une maladie professionnelle dite « contractée en service » est la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque physique, chimique, biologique lié aux conditions dans lesquelles l'agent exerce d'une façon habituelle ses fonctions.

Parmi les maladies contractées en service, on distingue les maladies professionnelles et les maladies d'origine professionnelle.

1. Sont réputées maladies professionnelles l'ensemble des affections énumérées à l'article R. 461-3 du code de la sécurité sociale.

Il y a lieu de déterminer :

- les maladies légalement tenues pour maladies professionnelles ;
- les travaux considérés comme propre à les provoquer ;
- les délais de prise en charge.

Chaque maladie professionnelle comporte une certaine durée d'incubation (c'est le délai de prise en charge qui commence à la date de la cessation du travail exposant l'agent à l'action des agents nocifs et se termine à la première constatation médicale de la maladie).

La prise en charge de la maladie ne sera possible que jusqu'à l'expiration du délai d'incubation.

L'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale a classé les maladies professionnelles en trois catégories :

- Les manifestations morbides d'intoxication aiguës ou chroniques ;
- Les infections microbiennes ;
- Les affections présumées doivent résulter d'une ambiance ou d'attitudes particulières ;

2. Maladies d'origine professionnelle

a) Maladie désignée dans un tableau mais dont les conditions de reconnaissance font défaut

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

b) Maladie non désignée dans un tableau de maladie professionnelle

Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie non désignée dans un tableau des maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail de la victime. Toutefois, cette maladie doit entraîner une incapacité permanente d'au moins 25 %.

(Cf. tableau des maladies professionnelles en annexe)

III - ADMINISTRATION DE LA PREUVE

A. La preuve de l'accident de service

Il n'existe pas de présomption d'imputabilité au service de l'accident survenu sur le lieu du service et pendant les heures de service.

C'est toujours au fonctionnaire accidenté qu'il appartient d'apporter la preuve de la relation de l'accident avec le service. En cas de besoin, une enquête pourra être diligentée.

Il convient de souligner que la preuve d'une relation médicale indiscutable entre l'accident lui-même et la ou les lésion(s) constatée(s) doit être formellement établie.

B. La preuve de l'accident de trajet

La matérialité des faits et de leur survenance en trajet ne saurait être établie uniquement par les déclarations du fonctionnaire qui doivent être corroborés par les moyens de preuve habituels.

L'accident doit se situer sur un itinéraire normal au temps habituel du trajet. Seul, l'itinéraire normal, c'est à dire le plus court entre le lieu de travail et la résidence est pris en considération. Toutefois si l'agent interrompt ou détourne son trajet pour accomplir différents actes traduisant des besoins quotidiens essentiels de la vie courante, il continue à bénéficier de la protection légale : par exemple, des achats pour les repas ou de médicaments, le retrait d'argent à la poste, le rendez-vous chez le coiffeur, le passage à la crèche ou chez la nourrice.

C. La preuve de l'accident de mission

En l'état de la jurisprudence du Conseil d'Etat, tout accident survenu lorsqu'un agent 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 lieu lors d'une interruption de cette mission pour des motifs personnels.

Les accidents survenus pendant les trajets et transports auxquels donne lieu la mission, ou entre ceux-ci et la résidence choisie par l'agent pendant la durée de la mission, sont considérés comme des accidents de trajet – service.

D. La preuve de la maladie professionnelle

La déclaration de maladie professionnelle déposée par l'agent comporte, notamment, un certificat médical précisant la maladie dont est victime le fonctionnaire et un rapport d'activité professionnelle décrivant les tâches habituelles de la victime. Il appartient au médecin agréé commis par l'Inserm d'établir si la maladie dont est victime l'agent est inscrite au tableau des maladies professionnelles et s'il existe une relation entre l'affection déclarée et le travail de la victime.

IV - ELEMENTS D'ORDRE MEDICO-LEGAL RELATIFS AUX ACCIDENTS OU MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE

A. La guérison

La guérison suppose le retour à l'état antérieur, c'est-à-dire la disparition de tout état pathologique dû à l'accident de service. Les soins ne sont plus nécessaires, et il ne subsiste pas de séquelles. Cependant, il s'agit toujours d'une guérison apparente. Le dossier pourra toujours être réouvert.

B. La consolidation

La consolidation : c'est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus, en principe nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente, consécutif à l'accident sous réserve de rechute ou de révisions possibles.

C. La rechute

La rechute se définit comme l'aggravation d'une lésion entraînant pour la victime la nécessité d'un traitement médical, qu'il y ait ou non nouvelle incapacité temporaire.

Pour qu'il y ait rechute, il faut et il suffit qu'il y ait :

- une aggravation des séquelles de l'accident de service ou l'apparition d'une nouvelle lésion imputable à l'accident de service ou à la maladie professionnelle.
- nécessité d'un traitement médical.

Une augmentation des séquelles entraîne une augmentation du taux d'invalidité.

La rechute donne droit à la prise en charge des frais médicaux engagés. Elle se termine par une guérison ou par une consolidation.

L'avis d'un médecin expert agréé est obligatoirement demandé pour le rattachement de la rechute à l'accident ou à la maladie et sur la modification éventuelle du taux d'invalidité.

D. Le taux d'Invalidité Partielle Permanente (I.P.P.)

Lorsque l'agent est consolidé, ses séquelles sont évaluées en fonction d'un taux d'invalidité.

Le taux d'invalidité indemnisable est déterminé **par référence au barème indicatif d'invalidité annexé au Code des Pensions Civiles et Militaires de retraite (article L. 28) par un médecin agréé.**

Règles particulières d'application en matière d'infirmités multiples :

- ces infirmités intéressent des membres ou des organes différents

Dans ce cas, les taux d'invalidité reconnus au titre de chaque membre ou organe s'ajoutent.

- ces infirmités intéressent les mêmes membres ou organes

Il est fait application de la règle de Balthazar. Les infirmités étant classées dans l'ordre décroissant de leur taux, il y a lieu de décompter la première d'après celui du barème et chacune des suivantes proportionnellement à la capacité restante du fonctionnaire telle qu'elle apparaît après chaque opération partielle.

Par exemple, pour trois infirmités, qui, considérées isolément, correspondraient respectivement aux taux d'incapacité de 60 %, 20 % et 10 %.

Première infirmité : 60 % de 100 % soit	Pourcentage 60 %
Capacité restante : $100 \% - 60 \% = 40 \%$	
Deuxième infirmité : 20 % de 40 % (capacité restante) soit	8 %
Nouvelle capacité restante :	
$40 \% - 8 \% = 32 \%$	
Troisième infirmité : 10 % de 32 %, soit	3,2 %
Total global d'invalidité	<hr/> 71,2 % <hr/>
Arrondi à	72 %

Dans le cas d'aggravation d'infirmités préexistantes, le taux d'invalidité à prendre en considération doit être apprécié par rapport à la validité restante du fonctionnaire.

La réalité des infirmités invoquées par le fonctionnaire, leur imputabilité au service, les conséquences ainsi que le taux d'invalidité qu'elles entraînent sont appréciés par la commission de réforme près l'Inserm. Le pouvoir de décision appartient dans tous les cas au Directeur Général de l'Inserm et au Ministère du Budget des Comptes Publics et de la Fonction Publique

V - LA COMMISSION DE REFORME

A. La composition de la commission de réforme

La Commission de Réforme (C.R.) est une instance consultative médicale et paritaire composée de 7 membres :

- le Directeur Général ou son représentant, président ;
- le Contrôleur Financier auprès des EPST ou son représentant ;
- deux représentants du personnel (titulaire(s) ou suppléant(s)) de la commission administrative paritaire appartenant au même grade (ou au même corps) que le fonctionnaire intéressé ;
- trois membres du comité médical : les deux médecins généralistes et en cas de besoin, le médecin spécialiste compétent pour l'affection en cause.

Le secrétariat de la Commission de Réforme est assuré par le Bureau de la Politique Sociale - Accidents du Travail.

Le Médecin Coordonnateur de la Médecine de Prévention (Responsable du bureau de la Médecine de Prévention), assiste également à cette séance.

B. La compétence de la commission de réforme

La Commission de Réforme, saisie du dossier du fonctionnaire, doit émettre un avis sur :

- l'existence d'une lésion ou d'un trouble allégué par l'agent après un accident ayant occasionné une invalidité d'au moins 15 jours, ou l'existence d'une maladie professionnelle ;
- l'imputabilité au service de cette lésion ou de la maladie ;
- le taux d'invalidité qui en découle ;
- l'aptitude physique de l'agent à l'exercice de ses fonctions ;
- l'octroi et le renouvellement des congés pour accident de service (à l'exception du congé de ce type inférieur ou égal à quinze jours) ou maladie professionnelle ;
- l'inaptitude temporaire ;
- l'inaptitude définitive.

Son avis peut s'assortir de recommandations, selon l'aptitude ou l'inaptitude constatée :

- reclassement sur un emploi moins pénible ;
- aménagement du poste de travail ;
- temps partiel thérapeutique.

Lorsque l'imputabilité au service de l'accident (ou de la maladie) est reconnue, et le congé dans lequel est placé l'agent prolongé, l'Inserm peut, dans le cadre de la surveillance médicale, saisir à nouveau un médecin agréé pour un nouvel examen de l'agent, afin d'être informé de l'évolution de son état de santé. Ce suivi médical peut, le cas échéant, permettre une adaptation du poste de travail, un reclassement ou la reprise des fonctions à temps partiel.

Le médecin agréé rédige un rapport appréciant :

- l'état de santé de l'agent et la réalité des lésions subies ;
- le lien de causalité entre l'accident, l'exercice des fonctions et l'incapacité qui en résulte ;
- l'existence d'une invalidité résultant de l'accident.

Au cours de sa réunion, la Commission de Réforme émet un avis sur le dossier qui lui est soumis et cet avis est enregistré sur un procès verbal.

VI - DECISION D'IMPUTABILITE

La décision d'imputabilité consiste à établir de manière certaine le lien de cause à effet entre le service et l'accident ou la maladie.

C'est cette décision qui détermine si le régime de réparation spécifique des accidents de service et maladie professionnelles est applicable.

1. les déclarations d'accident donnent lieu à arrêt de travail supérieur à 15 jours.

Dans ce cadre, l'avis de la commission de réforme est requis ainsi que pour toute déclaration de maladie professionnelle.

2. les déclarations d'accidents ne donnent pas lieu à arrêt de travail ou donnent lieu à un arrêt de travail inférieur ou égal à 15 jours.

L'Inserm tranche l'imputabilité **en premier et dernier ressort**, et reconnaît ou non la qualification d'accident de service.

Effets des décisions prises après avis de la Commission de Réforme

1 - La Commission de Réforme ne reconnaît pas l'imputabilité au service de l'accident

Dans ce cas, si l'agent est apte à reprendre ses fonctions, celui-ci doit réintégrer son service. Il peut toutefois contester l'avis rendu en sollicitant une expertise complémentaire.

Si l'agent est inapte à la reprise de ses fonctions, celui-ci doit être placé en congé de maladie ordinaire. Dans ce cas, la charge financière résultant des prestations en nature servies par l'Inserm est transférée au régime général.

Les prestations en espèces demeurent, quant à elles, à la charge de l'Inserm (maintien de la rémunération). Selon l'affection constatée, et sous réserve de l'avis du comité médical, le fonctionnaire peut être placé en congé de longue maladie ou de longue durée.

2 - La Commission de Réforme reconnaît l'imputabilité au service de l'accident

Dans ce cas, l'agent est placé en congé pour accident de service. Si, malgré l'existence d'une lésion, la Commission de Réforme déclare que l'agent est apte à reprendre ses fonctions, celui-ci a l'obligation de réintégrer son poste.

La reprise d'activité peut être conditionnée par diverses mesures :

- reprise de fonctions dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique ;
- reprise des fonctions avec aménagement du poste de travail ;
- reprise du travail dans le service d'origine sur un emploi moins pénible;
- reclassement à un autre grade par voie de détachement, pour inaptitude physique.

VII – LES PRESTATIONS DU REGIME DE REPARATION SOCIALE DES ACCIDENTS OU MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE

A. Maintien du traitement

Le traitement du fonctionnaire est maintenu, sans contrepartie de service fait, en cas d'accident rattachable au service, pendant l'arrêt de travail consécutif à l'accident, sans condition de durée.

Le fonctionnaire qui ne reprend pas son service à la date de consolidation, en raison d'un état pathologique qui ne trouve pas son origine dans l'accident de service ou la maladie contractée dans l'exercice des fonctions, peut bénéficier, selon le cas, d'un congé ordinaire de maladie, d'un congé de longue maladie ou d'un congé de longue durée.

B. Les frais qui peuvent être remboursés

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

L'Inserm exerce un contrôle sur la légitimité des dépenses engagées.

Dans l'hypothèse où les premières constatations de l'accident de service ne laissent aucun doute sur la relation certaine de causalité entre l'accident et la lésion, l'INSERM délivre aux victimes des formulaires dits volet 2, 2bis et 3 qui permettent aux intéressés de ne pas régler les soins effectués, l'INSERM payant directement les frais engagés sur présentation desdits formulaires par les prestataires (médecins, pharmaciens, etc....).

Cf annexe : liste des frais susceptibles d'être pris en charge par l'administration.

C. Allocation temporaire d'invalidité (A.T.I.)

L'allocation temporaire d'invalidité est attribuée au fonctionnaire ayant repris ses fonctions et justifiant d'une invalidité permanente partielle (I.P.P.) résultant, soit d'un accident de service ayant entraîné un taux d'invalidité au moins égal à 10 %, soit d'une maladie contractée en service énumérée aux tableaux visés à l'article L 461 du Code de la Sécurité Sociale, et ce, quel que soit le taux d'invalidité. Cette allocation est cumulable avec le traitement de l'agent.

L'allocation est tout d'abord accordée pour une durée de 5 ans à compter de la date de consolidation. Pendant cette période, cette allocation ne peut être modifiée qu'en cas d'accident entraînant une nouvelle incapacité ou une aggravation de la première. Au terme de cette période ou à la radiation des cadres, l'allocation temporaire d'invalidité peut être convertie en une allocation sans limitation de durée, révisable, à la demande de l'agent tous les cinq ans.

L'allocation temporaire d'invalidité est service dans les conditions suivantes : proposition d'octroi faite par l'Inserm au Ministère du Budget des Comptes Publics et de la Fonction Publique- Service des pensions, puis versement par la Trésorerie Générale dont dépend l'allocataire.

D. Pension civile d'invalidité (P.C.I.)

Le fonctionnaire se trouvant dans l'incapacité permanente de reprendre ses fonctions, en raison d'une invalidité, est radié des cadres par anticipation, soit sur demande, soit d'office à l'expiration de ses droits à congé de longue maladie ou de longue durée. Dans le cas où les infirmités ou les maladies le plaçant dans l'impossibilité de poursuivre son activité ont été contractées ou aggravées au cours de périodes

pendant lesquelles il avait qualité de fonctionnaire, cet agent est alors admis au bénéfice d'une pension civile d'invalidité (P.C.I.).

Une mise à la retraite pour invalidité, devant constituer une interruption prématurée de la carrière, la pension civile d'invalidité ne peut être accordée à un agent atteint la limite d'âge de son emploi.

a. Montant de la pension

➤ Radiation des cadres pour infirmités non imputables au service :

La pension civile est calculée comme une pension de retraite d'ancienneté mais sans l'application des paramètres de décote. Son montant est fixé à un pourcentage du traitement de base, par annuités liquidables. Les agents admis à la retraite pour invalidité peuvent voir le montant de leur pension porté à 50 % du traitement de base si le taux d'invalidité contractée ou aggravée pendant une période d'acquisition de droits à pension est égal ou supérieur à 60 % (article L 30 du code des pensions civiles et militaires de retraite). « *Lorsque le fonctionnaire est atteint d'une invalidité d'un taux au moins égal à 60 p. 100, le montant de la pension prévue aux articles L. 28 et L. 29 ne peut être inférieur à 50 p. 100 des émoluments de base.* »

➤ Radiation des cadres pour infirmités imputables au service :

Si l'infirmité qui a occasionné la mise à la retraite est imputable au service, il est attribué à l'agent, outre sa pension pour invalidité, une rente viagère d'invalidité dont le montant est fixé généralement à la fraction du traitement de base égale au pourcentage d'invalidité.

b. Avantages complémentaires

Quel que soit le motif de l'admission à la retraite pour invalidité, le retraité peut prétendre à la prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale de l'ensemble de ses frais médicaux et pharmaceutiques, éventuellement, à une majoration pour assistance d'une tierce personne, s'il est dans l'obligation d'avoir recours d'une manière constante à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie : impossibilité de quitter seul son lit, de satisfaire seul ses besoins naturels, de boire ou de manger seul.

Si une enquête sociale et une expertise médicale révèlent que le fonctionnaire retraité pour invalidité, ne peut accomplir seul aucun des actes ordinaires de la vie, que les pathologies entraînent des crises graves ou des malaises susceptibles, par leur fréquence ou leur caractère imprévisible mais certain, de mettre en danger la vie de l'invalidé lui-même ou de personnes de son entourage, que les risques de chutes peuvent également avoir les mêmes conséquences de gravité pour l'invalidé, il est en droit, d'obtenir la majoration pour assistance d'une tierce personne.

c. Conditions d'octroi

L'Inserm fait au Ministère du Budget des Comptes Publics et de la Fonction Publique - Service des Pensions, une proposition d'octroi de P.C.I.. En cas d'accord de ce département ministériel, la P.C.I. est versée par la Trésorerie Générale territorialement compétente.

E. Allocation d'invalidité temporaire

Le fonctionnaire se trouvant à l'expiration de son congé de longue maladie ou de longue durée en état d'invalidité temporaire est placé en position de disponibilité d'office pour maladie.

a. Instruction de la demande

Il appartient à l'agent de formuler une demande d'allocation d'invalidité (prestation du régime de sécurité sociale).

Le droit correspondant lui est ouvert dans l'hypothèse où :

- le fonctionnaire est atteint d'une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail
- le fonctionnaire n'est pas en mesure de reprendre immédiatement ses fonctions, ou d'être mis ou admis à la retraite avec une pension civile d'invalidité.

Ces deux conditions sont vérifiées sur le fondement d'une expertise d'un médecin agréé.

La Commission de Réforme se prononce sur un classement de la victime dans l'un des trois groupes suivants :

- invalide capable d'exercer une activité rémunérée (1^{er} groupe) ;
- invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque (2^{ème} groupe) ;
- invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession, est dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (3^{ème} groupe) .

L'allocation d'invalidité temporaire est servie par l'INSERM.

b. Montant de l'Allocation d'Invalidité Temporaire

1^{er} groupe : 30% du dernier traitement d'activité, augmenté de 30% des indemnités accessoires et notamment de l'indemnité de résidence et la totalité du supplément familial ;

2^{ème} groupe : Le taux de 30% est remplacé par celui de 50 % ;

3^{ème} groupe : Majoration de 40 % du taux énoncé ci-dessus.

VIII - ORGANISATION DES SEANCES DE LA COMMISSION DE REFORME

A. Préparation et déroulement

Les membres titulaires sont convoqués un mois avant la séance prévue. Il leur est demandé d'indiquer au Bureau de la Politique Sociale – Accidents du Travail, dans les huit jours suivant la réception de leur convocation, s'ils seront présents ou absents à cette séance. Dans le cas où les membres titulaires ne peuvent être présents, les suppléants sont convoqués.

Quinze jours avant l'audience, les membres de la Commission de Réforme devant siéger reçoivent une convocation de l'Inserm leur indiquant la date, l'horaire de passage et le numéro de la salle dans laquelle ils devront attendre avant leur introduction en Commission de Réforme. Il leur est également adressé une fiche de présentation des dossiers qu'ils auront à connaître en Commission de Réforme.

En séance, le Président lit les fiches de présentation et recueille l'avis de la Commission de Réforme en procédant le cas échéant au vote. Les avis peuvent être valablement rendus si quatre membres sont présents, à condition que le Président et au moins l'un médecin soient présents.

La majorité requise pour donner un avis est la majorité simple des votes exprimés.
L'avis de la commission de réforme est matérialisé par un procès-verbal.

B. Respect des règles d'information

L'administration doit assurer une information aux agents et aux membres de la Commission :

- sur la date de la tenue de la Commission de Réforme

Le secrétariat de la Commission de Réforme est ainsi tenu d'informer huit jours avant le fonctionnaire de l'examen de son dossier en Commission.

- sur les dossiers qui seront soumis en Commission de Réforme

Les représentants du personnel ne peuvent avoir connaissance que de la partie administrative du dossier de l'agent en cause. En effet, certains documents, notamment les certificats médicaux et les expertises médicales, relèvent du secret médical. En conséquence, seuls le service de gestion des accidents et des maladies ainsi que le médecin traitant de l'intéressé peuvent y avoir accès.

Pour cette raison, il est important que soit établie une fiche récapitulative du dossier. Celle-ci devra présenter :

- un exposé sur les circonstances de l'accident ou de la survenance de la maladie professionnelle ;
- des précisions sur le siège et la nature des lésions ;
- le nombre de jours d'arrêts que l'accident ou la maladie a occasionnés ;
- la nature et la durée des soins ;
- les conclusions du médecin expert (date de consolidation, taux d'IPP, nature des soins) ;
- les questions précises sur lesquelles l'administration sollicite un avis de la Commission de Réforme.

Ces éléments doivent être mis à la disposition des représentants du personnel (à l'exclusion des pièces médicales) au moins huit jours avant la tenue de la Commission de Réforme.

La Commission de Réforme, si elle le juge utile, peut faire comparaître le fonctionnaire intéressé. Celui-ci peut se faire accompagner d'une personne de son choix ou demander qu'une personne de son choix soit entendue par la Commission de Réforme.

IX - ROLE DES REPRESENTANTS DU PERSONNEL

Le rôle des représentants du personnel est d'assurer la représentation et la défense des intérêts des agents appartenant au même corps et/ou grade que le leur.

Ils doivent :

- veiller à ce que la représentation du personnel soit assurée ;
- veiller à ce que la procédure d'instruction du dossier par l'administration ait été correctement suivie ;
- suivre les conséquences de la reprise de travail de l'agent (aménagement du poste de travail par exemple)

Après la tenue de la Commission de Réforme, ils leur faut restituer la teneur de l'avis rendu par celle-ci à l'agent.