



**Inspection générale des
affaires sociales**

**Contrôle général
économique et financier**

N° RM 2012-087 P

N° 12.01.02

RAPPORT D'ÉVALUATION
sur le régime des accidents et des maladies professionnels
dans la fonction publique

présenté

par

Philippe BARBEZIEUX

Noël RENAUDIN

**Conseiller général des
établissements de santé**

**Chef de mission de contrôle
général économique et financier**

Juin 2012

SOMMAIRE

SYNTHÈSE DU RAPPORT	5
TABLE DES RECOMMANDATIONS	9
INTRODUCTION	11
PARTIE 1. RECONNAISSANCE DES ACCIDENTS DE SERVICE ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES	17
1.1 COMPARAISON – ETAT DES LIEUX	17
1.1.1 <i>Deux systèmes réputés opposés sur la question de l'imputabilité pour les accidents</i>	17
1.1.2 <i>Mais en réalité plutôt proches sur le fond</i>	19
1.1.3 <i>Et même parfaitement alignés pour les maladies professionnelles</i>	20
1.1.4 <i>Et mis en œuvre selon des procédures et des modes d'organisation très différents</i>	22
1.2 LES ENJEUX D'UNE EVENTUELLE REFORME	24
1.2.1 <i>Caractère détachable d'une éventuelle réforme de l'imputabilité dans la fonction publique</i>	24
1.2.2 <i>Absence probable de surcoûts</i>	24
1.2.3 <i>Mais aussi faiblesse des enjeux pour la situation des agents</i>	27
1.2.4 <i>Absence d'enjeux organisationnels directement liés à un alignement des règles de fond</i>	28
1.3 RECOMMANDATIONS	28
1.3.1 <i>Définir par la loi l'accident de service et l'accident de trajet</i>	28
1.3.2 <i>Unifier formellement les règles applicables en matière d'accidents de service et d'accidents de trajet - la réécriture dans un texte unique des dispositions applicables en matière d'AT-MP dans les trois fonctions publiques</i>	29
1.3.3 <i>Réformer profondément l'organisation administrative</i>	30
PARTIE 2. INDEMNISATION DE L'INCAPACITE TEMPORAIRE.....	35
2.1 COMPARAISON : ETAT DES LIEUX :	35
2.1.1 <i>Les modalités de prise en charge des prestations en nature dans la fonction publique sont calquées sur celles en vigueur dans le régime général mais assurent une prise en charge plus complète des dépenses</i>	35
2.1.2 <i>En cas d'arrêt de travail, les règles de compensation de la perte de rémunération reposent sur des principes très différents dans le régime général et dans la fonction publique</i>	39
2.2 LES ENJEUX D'UNE EVENTUELLE REFORME	44
2.3 RECOMMANDATIONS	48
PARTIE 3. INDEMNISATION DE L'INCAPACITE PERMANENTE.....	51
3.1 COMPARAISON : ETAT DES LIEUX.	51
3.1.1 <i>Les dispositions applicables dans le régime général</i>	51
3.1.2 <i>Les dispositions applicables dans la fonction publique</i>	57
3.2 LES ENJEUX D'UNE EVENTUELLE REFORME	65
3.3 RECOMMANDATIONS	67
CONCLUSION	70
ANNEXE N° 1. LETTRE DE MISSION	73
ANNEXE N° 2. LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	75
ANNEXE N° 3. SIGLES UTILISES.....	79
ANNEXE N° 4. LA GESTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL.....	81
ANNEXE N° 5. DONNEES STATISTIQUES SUR LES AT-MP.....	85

ANNEXE N° 6. BIBLIOGRAPHIE.....	91
ANNEXE N° 7. ETUDE DE LA SOCIETE KLEE GROUP SUR L'ACTIVITE DES COMITES MEDICAUX ET DES COMMISSIONS DE REFORME.....	93
ANNEXE N° 8. CHIFFRAGE DE L'EXTENSION DE L'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE AUX FONCTIONNAIRES VICTIMES D'UN ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAJET DONT LE TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE EST INFERIEUR A 10%.....	97
ANNEXE N° 9. LETTRE DE LA DGAFP DU 23 JUIN 2010.....	101

SYNTHÈSE DU RAPPORT

Il a été demandé à une mission conjointe de l'IGAS et du CGEfi de réfléchir, notamment à partir de l'établissement d'un état des lieux comparatif des modalités selon lesquelles les accidents du travail et les maladies professionnelles sont reconnus et réparés pour les fonctionnaires et pour les salariés du régime général, aux évolutions qu'il pourrait être opportun d'engager à l'égard des ressortissants des trois fonctions publiques.

Les conditions dans lesquelles ont été organisés les dispositifs de prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le régime général et dans les fonctions publiques découlent d'approches différentes.

S'agissant du régime général, l'accident du travail et la maladie professionnelle ont été dès l'origine considérés comme des risques dont il convenait d'organiser la prévention et la réparation.

Dans les fonctions publiques, c'est une approche statutaire qui a prévalu, les dispositions mises en place visant avant tout à garantir le fonctionnaire en termes de statut et de rémunération.

Cette différence de conception entraîne des conséquences importantes en termes d'organisation et de conditions de prise en charge qu'il faut conserver à l'esprit quand on analyse les règles, procédures et modalités d'indemnisation mises en place dans chacun des régimes.

En outre la réflexion demandée à la mission est nécessairement éclairée par deux types de débats dont l'intensité s'est fortement accrue dans les derniers temps. L'un touche à la nature des risques indemnisables au titre du travail, avec en particulier l'émergence des risques dits psychosociaux. L'autre a trait à l'étendue de la réparation, dans la ligne de débats sur la réparation intégrale déjà anciens, mais alimentés par l'accumulation de régimes de réparation spécifiques pour l'amiante, les accidents de la circulation ou les accidents médicaux.

Elle s'inscrit cependant avant tout dans le contexte immédiat de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, dont l'action 13 avait justement pour objet celui assigné à la mission.

Concrètement, dans le privé comme dans le public, les dispositifs de prise en charge des accidents du travail ou des maladies professionnelles s'articulent selon trois étapes qui s'enchaînent juridiquement et chronologiquement. La première est celle de la **reconnaissance**, dont l'objet est d'attribuer – ou non – la qualité juridique d'accident du travail ou de maladie professionnelle à l'accident ou à la maladie dont est victime un salarié. C'est lors de cette étape qu'est résolue, sous le contrôle du juge, la question dite de l'imputabilité au travail de l'accident ou de la maladie. Si l'accident n'a entraîné ni arrêt de travail ni soins, on s'en tient là.

Lorsque l'accident de travail reconnu ou la maladie professionnelle entraîne un arrêt de travail ou des soins – c'est la deuxième étape – doit être traitée la question de l'indemnisation de cette **incapacité temporaire** : rémunération et paiement des frais médicaux.

La troisième étape est celle de l'indemnisation de **l'incapacité permanente**, lorsque l'accident ou la maladie a entraîné des séquelles.

Sur le premier point, qui est également l'objet principal de la lettre de mission, la mission a abouti aux trois conclusions suivantes.

La première est que rien ne justifie le maintien d'un régime de preuve de l'imputabilité pour les fonctionnaires alors que, pour les salariés du privé, tout accident survenu « par le fait ou à l'occasion du travail » est considéré, quelle qu'en soit la cause, comme un accident du travail. L'instauration dans la fonction publique du régime de droit commun de la présomption s'impose donc. Elle sera sans conséquences financières, sinon dérisoires. Sanctionnant une évolution dépourvue d'ambiguïté de la jurisprudence, elle donnera opportunément un signal d'équité et de prévisibilité dans une matière où l'incertitude liée à l'absence de texte donne souvent prise, même si c'est le plus souvent injustement, au soupçon d'arbitraire.

La seconde est que la mise à niveau juridique qui précède, pour nécessaire qu'elle soit, ne constitue cependant pas une réponse aux problèmes constatés dans la gestion quotidienne des AT-MP dans les fonctions publiques, gestion qui, dans un contexte d'extrême décentralisation des décisions, est marquée par une absence presque totale de coordination. Il en résulte, quelle que soit la qualité des gestionnaires, un risque majeur de diversité de traitement entre agents publics placés dans des situations comparables, en dépit du rôle fédérateur joué par le service des retraites de l'Etat ou la CNRACL dans les cas d'incapacité permanente à indemniser. Il en résulte également une grande dispersion dans l'appréhension, par les administrations, des nouveaux risques attachés aux conditions de travail. C'est également la raison pour laquelle on est loin de disposer – à coup sûr au niveau national mais aussi, bien souvent, au niveau local - de données qualitatives et quantitatives suffisantes. La mission recommande donc notamment que, sous l'autorité de la Direction générale de l'administration et de la fonction publique, soit établie, régulièrement mise à jour et diffusée une doctrine précise et concrète de gestion des AT-MP. Elle recommande également que soit élaboré, pour être mis à la disposition des gestionnaires, un logiciel de gestion qui permette également de garantir la collecte des informations nécessaires au déploiement de la prévention.

La meilleure solution serait cependant, sous réserve qu'une expertise approfondie en vérifie la faisabilité, que, comme cela a pu être déjà suggéré, l'instruction des dossiers d'AT-MP des fonctionnaires soit déléguée à l'assurance maladie. En première analyse, la mission considère qu'une telle délégation ne devrait pas se heurter à des obstacles techniques infranchissables.

S'agissant des dispositifs de réparation de l'incapacité temporaire ou permanente découlant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'état des lieux fait apparaître des différences notables découlant de la philosophie et de l'histoire de chaque régime.

L'étendue de ces différences doit inciter à la prudence. Le Conseil d'Etat a ainsi rappelé en 2011 que « *les régimes de retraite forment un tout dont aucune disposition ne peut être envisagée isolément* » et refusé de soumettre au Conseil Constitutionnel une question prioritaire de constitutionnalité portant sur une différence de traitement entre les assurés sociaux du secteur public et ceux du secteur privé concernant les modalités de la réversion des pensions.

Il apparaît à la mission que ce principe a vocation à s'appliquer en matière d'AT-MP et que si une comparaison terme à terme est possible, les propositions que l'on peut en tirer en matière d'évolution des dispositifs ne peuvent être envisagées que dans le cadre d'une réflexion globale.

Ainsi, pour la réparation de l'incapacité temporaire, si les conditions de prise en charge des prestations en nature sont plus favorables pour les fonctionnaires car le tarif de responsabilité du régime général ne leur est pas opposable, le constat est plus nuancé en matière de compensation de la perte de rémunération. Le maintien de l'intégralité du traitement pour les fonctionnaires est en effet financièrement plus avantageux que le versement d'indemnités journalières qui ne compensent qu'une partie du salaire, mais le maintien des primes et indemnités n'est pas intégralement assuré. De plus des conventions collectives prévoient une couverture complémentaire au-delà des indemnités journalières, ce qui, au final, rend difficile la comparaison entre fonctionnaires et salariés du régime général.

Aussi la mission ne formule-t-elle pas sur ce point de recommandation tendant à faire évoluer le régime applicable aux fonctionnaires.

S'agissant de la réparation de l'incapacité permanente, la mission a considéré, comme en matière d'incapacité temporaire, que la constatation de différences de traitement n'avait pas vocation à déboucher sur un alignement des situations. Elle a cependant tenu à analyser de manière plus approfondie la situation des fonctionnaires dont le taux d'incapacité, suite à un accident de service ou de trajet, est inférieur à 10%. Ces fonctionnaires ne bénéficient en effet d'aucune réparation, contrairement aux salariés du régime général qui se voient verser un capital ; contrairement aussi aux fonctionnaires victimes d'une maladie professionnelle qui bénéficient du versement d'une allocation temporaire d'invalidité à compter d'un taux d'incapacité de 1%.

Cette situation est apparue à la mission difficilement justifiable et elle recommande, sur la base des premières analyses du rapport, que les administrations mettent à l'étude une harmonisation entre les fonctionnaires et les salariés du dispositif de réparation pour les victimes d'un accident de service ou de trajet ayant entraîné un taux d'incapacité inférieur à 10%.

En cohérence avec son choix de ne pas analyser isolément chacune des dispositions applicables aux fonctionnaires ou aux salariés en matière de réparation des AT-MP mais de les replacer dans une approche globale tenant compte de la philosophie qui sous-tend chacun des régimes, la mission recommande que les fonctions publiques participent aux réflexions en cours dans le régime général sur l'évolution de la réparation de l'incapacité permanente.

De même les propositions qu'elle formule en terme d'élaboration et de diffusion d'une doctrine précise et concrète de gestion des AT-MP dans les fonctions publiques et d'élaboration d'un logiciel de gestion, de formation des gestionnaires, d'information des fonctionnaires sur leurs droits nécessite des échanges avec le régime général qui dispose sur ces sujets d'une expérience dont il serait dommage de ne pas tirer profit.

Ces échanges permettront enfin une meilleure connaissance réciproque et contribueront à faciliter d'éventuelles évolutions plus fondamentales dans les modes de gestion du risque AT-MP dans les fonctions publiques.

TABLE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1.	Inscrire dans le statut général une définition de l'accident de service et de l'accident de trajet identique à celle du code de la sécurité sociale	29
Recommandation n° 2.	Elaborer et s'organiser pour mettre à jour régulièrement une circulaire unique pour les trois fonctions publiques et consacrée exclusivement aux accidents de service et aux maladies professionnelles	30
Recommandation n° 3.	Expertiser l'alternative suivante : généralisation de Prorisq ou production d'un cahier des charges d'un applicatif de gestion à intégrer dans les divers SIRH en usage, interfaçable avec Prorisq et conforme à l'instruction commune sur les AT-MP	32
Recommandation n° 4.	Faire assurer la représentation des agents dans les commissions de réforme par des membres des CHSCT.....	32
Recommandation n° 5.	Regrouper les secrétariats des commissions de réforme au niveau régional auprès des plates-formes ressources humaines des préfectures de région.....	32
Recommandation n° 6.	Expertiser la faisabilité d'une délégation aux CPAM de l'instruction de la reconnaissance des AT-MP des fonctionnaires.....	34
Recommandation n° 7.	Poursuivre les travaux d'harmonisation sur la prise en compte des primes et indemnités en cas d'arrêt de travail consécutif à un AT-MP	49
Recommandation n° 8.	Mettre à l'étude la possibilité d'une harmonisation entre les fonctionnaires et les salariés du régime général de la réparation financière pour les victimes d'un accident de service ou de trajet ayant entraîné un taux d'incapacité permanente inférieur à 10%	68
Recommandation n° 9.	Former l'ensemble des intervenants.....	70
Recommandation n° 10.	Informers les agents sur les procédures à suivre en cas d'AT-MP	70
Recommandation n° 11.	Associer les trois fonctions publiques aux réflexions en cours dans le régime général sur l'évolution du régime AT-MP	71

INTRODUCTION

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du gouvernement et le ministre de la fonction publique ont saisi le 19 janvier 2012 le chef de l'inspection générale des affaires sociales et le chef du service du contrôle général économique et financier pour que soit conduite une mission sur l'évolution des règles régissant les accidents du travail et les maladies professionnelles dans la fonction publique, compte tenu des principes applicables dans le secteur privé. Il est demandé :

- de procéder à un état des lieux comparatif des dispositifs en vigueur en matière de reconnaissance de l'imputabilité et de réparation des accidents et des maladies professionnelles dans le régime général de la sécurité sociale et dans le régime des fonctionnaires ;

On rappelle à cet égard que cette distinction des deux régimes de prises en charge ne recouvre pas la distinction fonction publique-secteur privé. En effet, nombre d'agents publics, en particulier les agents non titulaires, relèvent du régime général pour la couverture du risque AT-MP (cf. annexe 4).

- de proposer, si elles apparaissent nécessaires, des solutions d'évolution de ces dispositifs au sein de la fonction publique.

Le contexte direct de la mission

Cette mission s'inscrit dans le cadre de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique dont l'action 13, intitulée « Mission sur l'évolution du régime d'imputabilité au service des accidents et des maladies professionnelles », consistait à proposer :

« A – de conduire une réflexion sur l'évolution du régime d'imputabilité dans la fonction publique, compte tenu des principes applicables dans le secteur privé.

B – de faire également porter cette réflexion sur la reconnaissance et la réparation des AT/MP dans les trois fonctions publiques. »

Un groupe de travail avec les partenaires sociaux devait être réuni à cette fin. Ce groupe a tenu une unique réunion le 25 novembre 2010, consacrée pour l'essentiel à la présentation par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) de l'état des régimes d'imputabilité dans le régime général et la fonction publique.

Il ne semble pas que la réflexion ait avancé depuis lors.

Le contexte plus général de l'évolution des idées et des problématiques dans le champ des risques professionnels

Il est difficile d'analyser les questions d'imputabilité des accidents et maladies et de leur réparation sans avoir présent à l'esprit, d'une part, les conditions dans lesquelles ont été constitués chacun des régimes de prise en charge et, d'autre part, que cette matière est actuellement traversée par des mouvements de fond sans doute puissants.

Dans le secteur privé, la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail a scellé les fondements d'une transaction entre les salariés et les employeurs : les premiers étaient assurés d'une réparation automatique sans devoir prouver la faute de l'employeur ; les seconds évitaient de réparer intégralement les préjudices des victimes. Les employeurs bénéficiaient ainsi d'une immunité civile prévue par l'actuel article L 451-1 du code de la sécurité sociale (CSS), sauf en cas de faute inexcusable ou intentionnelle.

Fondé sur la notion de gestion d'un risque, le compromis de 1898 a conduit à mettre en place :

- une réglementation spécifique : l'actuel livre IV du CSS,
- un dispositif de financement de ce risque, exclusivement à la charge des employeurs et basé sur une étroite corrélation entre le coût du sinistre identifié pour chaque employeur et le niveau de cotisation, conçu à la fois pour assurer l'équilibre financier du régime et inciter au développement de politiques de prévention,
- une organisation administrative dédiée à la gestion de ce risque : la branche AT-MP en charge de ce risque, distincte de la branche maladie, et structurée au niveau national, régional et local, et disposant d'outils de gestion et de suivi statistique spécifiques au risque AT MP,
- des structures paritaires chargées de piloter l'évolution du régime : la commission des AT-MP, composée de représentants des employeurs et des salariés qui fixent ensemble les orientations politiques de la branche risque professionnel, assistée par neuf comités techniques nationaux (CTN) constitués par branches d'activité et chargés de définir les priorités de prévention du secteur et d'élaborer des recommandations nationales qui font office de référence pour la prévention des risques.

Dans les fonctions publiques, la question des accidents du travail et des maladies professionnelles a été envisagée sous le seul angle statutaire : quel type de congé et quelle rémunération ou réparation doivent être accordés au fonctionnaire en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ?

Compte tenu de cette approche :

- Il n'y a pas de corpus de textes régissant spécifiquement les accidents du travail et les maladies professionnelles : les principes et règles applicables en ce domaine relèvent d'une construction jurisprudentielle progressive et de quelques textes législatifs et réglementaires.
- Il n'y a pas de dispositif de financement particulier, le principe d'auto assurance ayant été posé pour le financement des AT-MP.

- Il n'y a pas de structure nationale dédiée à la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles : ce sont les services en charge des ressources humaines dans les ministères, au niveau national et local, dans les établissements hospitaliers et les collectivités territoriales qui la prennent en charge, au même titre que le suivi de la carrière ou le paiement des rémunérations et pensions. Ces services ne disposent pas d'outils de gestion spécifiques et le suivi statistique, lorsqu'il est réalisé au niveau local, ne fait l'objet d'aucune consolidation nationale.
- Le sujet des accidents du travail et des maladies professionnelles est débattu dans les instances de dialogue social de droit commun, mais au même titre que les autres sujets : organisation, effectifs, rémunérations, conditions de travail... Il n'y a pas au niveau national d'instance paritaire spécifiquement en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles, que ce soit en termes de suivi de la gestion administrative et statistique ou de définition d'une politique de prévention.

Tout au long de ses travaux la mission a pu constater que cette différence d'approche du traitement des accidents du travail et des maladies professionnelles emportait des conséquences très importantes en matière de pilotage et de suivi administratif et statistique.

Par ailleurs deux mouvements de fond traversent depuis plusieurs années le champ des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En premier lieu, si les lois du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles ont constitué en leur temps des avancées sociales considérables, des évolutions sont intervenues depuis dans le champ de la réparation de droit commun.

Le droit commun de l'indemnisation des dommages corporels dans le cadre de la responsabilité pour faute est fondé sur le principe de la réparation intégrale. En outre, différents dispositifs d'indemnisation, selon ce principe, ont été mis en place par la puissance publique afin de faciliter l'indemnisation des victimes et d'éviter la multiplication des contentieux (aléa thérapeutique, transfusion sanguine, vaccination obligatoire, hormone de croissance, victimes d'infraction, amiante, etc.).

Ces avancées de l'indemnisation dans d'autres domaines de la réparation des dommages corporels apparaissent difficilement justifiables au titre du principe d'égalité¹ mais de surcroît nourrissent depuis plusieurs années des contentieux dans le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles, ce qui a conduit les pouvoirs publics à engager des

¹ Le Conseil constitutionnel, par une décision n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010 portant sur la réparation intégrale dans le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le régime général, a souligné que « *le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit* ». Il a également indiqué : « *qu'en principe, tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ; que la faculté d'agir en responsabilité met en œuvre cette exigence constitutionnelle ; que, toutefois, cette dernière ne fait pas obstacle à ce que le législateur aménage, pour un motif d'intérêt général, les conditions dans lesquelles la responsabilité peut être engagée ; qu'il peut ainsi, pour un tel motif, apporter à ce principe des exclusions ou des limitations à condition qu'il n'en résulte pas une atteinte disproportionnée aux droits des victimes d'actes fautifs ainsi qu'au droit à un recours juridictionnel effectif qui découle de l'article 16 de la Déclaration de 1789.* »

réflexions sur la question de l'étendue de la réparation, réflexions auxquelles les fonctions publiques doivent être associées.

En second lieu, si, à l'origine, les risques physiques constituaient la principale cause d'accident de travail ou de maladie professionnelle, l'augmentation très significative depuis plusieurs années des troubles musculo-squelettiques (TMS) et l'apparition, plus récente, de troubles psycho-sociaux liés, les uns et les autres, à l'évolution des conditions de travail emportent des conséquences importantes en matière de reconnaissance et de réparation.

En effet si le lien entre risque physique et atteinte à l'intégrité physiologique du salarié peut être assez facilement établi et ses conséquences en terme de réparation évaluées, il n'en va pas de même en cas de TMS, dont les manifestations physiques peuvent être plus difficiles à identifier, et surtout en cas de troubles psycho-sociaux pour lesquels les causes peuvent être à la fois d'ordre professionnel et privé et dont les conséquences sur la santé du salarié et, donc, les modalités de réparation, posent des problèmes d'évaluation très complexes.

Les conséquences en termes de reconnaissance et de réparation qui devront être tirées de cette évolution des risques professionnels concerneront le régime général et les fonctions publiques.

L'orientation des travaux de la mission

Pour en revenir à l'objet de la réflexion demandée à la mission, celle-ci a d'abord constaté que ce dossier était en réalité déjà très abondamment documenté et instruit de manière plutôt approfondie. Il a en particulier fait l'objet, en février 2006, d'observations détaillées de la Cour des comptes dans son rapport public annuel dont une partie était consacrée aux accidents de travail et aux maladies professionnelles des fonctionnaires². La Cour recommandait, parmi d'autres propositions, « *d'unifier les réglementations applicables aux trois fonctions publiques en matière de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie et de les rapprocher dans toute la mesure du possible de celles qui régissent le régime général* ».

Les observations de la Cour conservent aujourd'hui toute leur actualité. En particulier, l'état comparatif des règles applicables qu'elle avait établi demeure valide, réserve faite des dispositions adoptées en 2008 et supprimant la consultation de la commission de réforme lorsque l'administration reconnaît à un accident le caractère d'accident de service ou d'accident de trajet. De même a-t-on fort peu progressé, depuis lors, dans la connaissance statistique.

La question se pose donc de savoir sur quels points il est cependant utile d'approfondir la réflexion pour permettre à ce dossier de progresser.

Il semble que deux raisons principales aient en particulier jusqu'ici détourné d'une telle progression. La première est le sentiment, notamment exprimé par l'administration dans sa réponse au rapport public de la Cour des comptes en 2006, selon lequel la reconnaissance de

² Le rapport analysait également la prévention des risques dans la fonction publique en soulignant le retard des administrations en ce domaine. Ce sujet n'était pas évoqué dans la lettre de mission et n'a donc pas été traité dans le rapport, cependant au vu des informations qu'elle a pu incidemment recueillir, la mission n'a pu que constater que les appréciations de la Cour demeuraient toujours d'actualité.

la présomption d'imputabilité « *ne peut s'envisager déconnectée des réflexions plus générales menées sur la réparation intégrale* ».

L'autre raison, qui est au demeurant liée à la première, tient aux enjeux financiers d'éventuelles réformes, enjeux au demeurant non quantifiés, mais d'autant plus inquiétants que le champ de ces réformes serait plus étendu.

Le présent rapport s'attachera donc à expertiser la pertinence de ces deux raisons, à l'occasion de la description de l'état des lieux du droit et des pratiques, qui demeure son objet premier.

Pour conduire cette analyse la mission a tout d'abord pris connaissance des textes, des rapports et ouvrages relatifs aux AT-MP, en constatant à cette occasion, s'agissant des fonctions publiques, le caractère très dispersé et lacunaire des informations disponibles.

Elle a complété cette revue de littérature par la rencontre des diverses administrations en charge des AT-MP dans les trois fonctions publiques :

- la DGAFP, à la fois comme « tête de réseau » pour la fonction publique de l'Etat (FPE) et administration en charge du pilotage général de ce dossier pour les trois fonctions publiques ;
- la direction générale des collectivités locales (DGCL) au ministère de l'intérieur, de l'outre mer, des collectivités locales et de l'immigration pour la fonction publique territoriale (FPT) ;
- la direction générale de l'offre de soins (DGOS) au ministère du travail, de l'emploi et de la santé pour la fonction publique hospitalière (FPH) ;
- le service des retraites de l'Etat (SRE) et la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) en charge du paiement des allocations et rentes pour les victimes d'AT-MP.

S'agissant du régime général, la direction de la sécurité sociale (DSS) au ministère du travail, de l'emploi et de la santé et la direction des risques professionnels (DRP) à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont été rencontrées.

Des réunions bilatérales avec l'ensemble des organisations syndicales qui avaient participé à la négociation de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique ont par ailleurs permis de recueillir les positions et propositions des partenaires sociaux sur les questions posées dans la lettre de mission.

Compte tenu de la nature des questions à traiter, du temps imparti et des travaux déjà conduits par la Cour des comptes, la mission a volontairement limité le nombre des rencontres avec les gestionnaires des AT-MP dans les fonctions publiques et dans le régime général, le principal objectif de ces entretiens étant d'éclairer les points de gestion sur lesquels elle avait des interrogations.

L'ordre choisi pour la présentation de ces analyses a été le plus simple possible, dans la mesure où il s'agit avant tout de mettre à la disposition des administrations et des organisations syndicales les éléments d'une réflexion et d'une discussion éclairées par les faits.

Le plan, qui suit la chronologie des procédures, comportera donc trois parties.

La première est consacrée aux modalités de reconnaissance d'un accident ou d'une maladie comme accident de service ou maladie professionnelle.

La deuxième expose les conditions dans lesquelles est compensée, pendant l'éventuel arrêt de travail entraîné par cet accident ou cette maladie, l'incapacité temporaire de la victime.

La troisième partie traite des modalités de réparation de l'incapacité permanente résultant de l'accident ou de la maladie lorsque ceux-ci ont entraîné des séquelles.

Chacune de ces parties suit un plan identique. On présente d'abord l'état comparatif des situations constatées dans les fonctions publiques par rapport au régime général des salariés. On analyse en second lieu les enjeux, notamment juridiques, financiers et organisationnels des évolutions envisageables. On présente enfin les recommandations de la mission.

PARTIE 1. RECONNAISSANCE DES ACCIDENTS DE SERVICE ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

1.1 COMPARAISON – ETAT DES LIEUX

1.1.1 Deux systèmes réputés opposés sur la question de l'imputabilité pour les accidents

A s'en tenir à la lettre des textes, les régimes respectivement applicables aux fonctionnaires et aux salariés du secteur privé s'opposeraient radicalement sur la question de l'imputabilité au travail (au service pour les fonctionnaires) des accidents : présomption d'imputabilité pour les salariés du régime général ; charge de la preuve incombant à la victime pour les agents des trois fonctions publiques.

La situation des fonctionnaires serait donc moins avantageuse à cet égard que celle des salariés du privé. Paradoxalement au demeurant puisque c'est au bénéfice des agents publics que la jurisprudence administrative avait, la première, reconnu la responsabilité sans faute de l'Etat employeur, sur le seul fondement du risque (Conseil d'Etat- Cames-1895). Toutefois, les règles applicables aux fonctionnaires sont demeurées depuis lors jurisprudentielles alors que, très rapidement après l'arrêt Cames, la loi du 9 avril 1898 créait au bénéfice des salariés du privé un régime spécial de responsabilité, en marge des principes définis par le Code civil. Le salarié victime d'un accident du travail pouvait désormais demander une réparation, sans avoir à prouver la faute de son employeur. En contrepartie de cette présomption – et c'est ce qu'on a appelé le « compromis de 1898 » - l'indemnisation est forfaitaire, en dérogation au principe de droit commun de réparation intégrale du dommage.

De fait, dans **le régime général de la sécurité sociale**, l'accident de travail et l'accident de trajet sont définis par la loi (code de la sécurité sociale).

Article L411-1

Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

Article L411-2

Est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur mentionné par le présent livre, pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

1°) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et

le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

2°) le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi.

Ces dispositions entraînent, comme on sait, une présomption d'imputabilité au travail de l'accident, dès lors qu'est rapportée la preuve que la lésion corporelle est soudainement survenue au temps et au lieu du travail. Il s'agit d'une présomption simple et la preuve contraire peut être rapportée.

En l'absence de présomption, pour des accidents survenus hors du temps de travail, la victime doit rapporter la preuve du lien avec le travail.

La situation est en réalité la même pour les accidents de trajet, en dépit de ce que donne à penser une rédaction différente. En effet, la preuve attendue du salarié par l'article L411-2 consiste uniquement à démontrer qu'il s'agit bien d'un trajet de travail. La présomption d'imputabilité au travail joue pour le reste.

Pour les fonctionnaires, les textes ne donnent aucune définition de l'accident du travail (dit accident de service) ni de l'accident de trajet.

Pour la fonction publique de l'Etat, le statut général (loi du 11 janvier 1984) évoque sans les définir les accidents de service dans l'article 34 relatif aux congés pour préciser qu'en pareil cas le traitement du fonctionnaire est maintenu et ses frais médicaux remboursés.

Article 34

Le fonctionnaire en activité a droit :

(...)

2° A des congés de maladie dont la durée totale peut atteindre un an pendant une période de douze mois consécutifs en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Celui-ci conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois ; ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Le fonctionnaire conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Toutefois, si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à mise à la retraite. Il a droit, en outre, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident ;

3° A des congés de longue maladie d'une durée maximale de trois ans dans les cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend

nécessaire un traitement et des soins prolongés et qu'elle présente un caractère invalidant et de gravité confirmée. Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an ; le traitement est réduit de moitié pendant les deux années qui suivent. L'intéressé conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Les dispositions du deuxième alinéa du 2° du présent article sont applicables au congé de longue maladie.

Pour la fonction publique territoriale comme pour la fonction publique hospitalière, les dispositions précitées sont reprises à l'identique, respectivement, par l'article 57 de la loi du 26 janvier 1984 et par l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986. Ce dernier texte précise en outre que « *l'imputation au service de la maladie ou de l'accident est appréciée par la commission de réforme instituée par le régime des pensions des agents des collectivités locales.* »

La jurisprudence avait traditionnellement déduit de cette absence de définition que la preuve de l'imputabilité au service d'un accident devait être rapportée par le fonctionnaire.

1.1.2 Mais en réalité plutôt proches sur le fond

Dans la pratique d'aujourd'hui, cependant, les situations respectives des fonctionnaires et des salariés du privé sont, pour autant que les règles applicables aux fonctionnaires soient convenablement mises en œuvre, beaucoup moins contrastées.

Ceci résulte d'abord d'une profonde évolution de la jurisprudence, à laquelle s'est récemment ajoutée, avec le décret de 2008, une modification substantielle de la procédure de reconnaissance des accidents de service dans les fonctions publiques.

La jurisprudence a en effet fortement évolué depuis une quinzaine d'années et un grand nombre de décisions du Conseil d'Etat établissent désormais une véritable présomption d'imputabilité au service des accidents survenus sur les lieux et pendant les heures de travail.

A titre d'exemple et parmi beaucoup d'autres cette décision du 19 mars 1997 :

« Considérant qu'il n'est pas contesté que l'accident dont a été victime Mme X... le 28 juin 1988 s'est produit sur les lieux de travail de l'intéressée, pendant les heures de service et à l'occasion de son activité ; qu'il s'ensuit que la circonstance que cet accident puisse être regardé comme survenu à l'occasion d'un acte ordinaire de la vie courante ne saurait lui faire perdre le caractère d'accident de service au sens de l'article 34-2° précité. »

Et également du changement de procédure organisé par le décret de 2008

L'article 13 du Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires prévoit que :

« La commission de réforme est consultée notamment sur :

1. *L'application des dispositions du deuxième alinéa des 2° et 3° de l'article 34 de la loi du 11 janvier 1984 susvisée ;*

2. *L'imputabilité au service de l'affection entraînant l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article 34 (4°) de la loi du 11 janvier susvisée ;*

(...)

Pour l'octroi des congés régis par les 1 et 2 ci-dessus, la commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration. La commission de réforme peut, en tant que de besoin, demander à l'administration de lui communiquer les décisions reconnaissant l'imputabilité. »

Ce dernier alinéa a été ajouté par le décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008. Il en résulte que, depuis lors, la commission de réforme n'est consultée sur l'imputabilité au service d'un accident qu'en cas de refus d'imputation par l'administration.

Des dispositions parallèles sont applicables à la fonction publique territoriale (article 16 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux) ainsi qu'à la fonction publique hospitalière.

Il est symptomatique que le rapport établi à la demande de la DGAFP par Klee Group, intitulé « Réalisation d'un état des lieux des instances consultatives »³ précise dans son introduction que l'objet de ce document est de « dégager des problématiques globales (en s'intéressant notamment aux conséquences de la réforme de 2008 concernant l'imputabilité des AS-MP). De même plusieurs personnes rencontrées ont fait état de cette réforme comme ayant institué une véritable présomption d'imputabilité.

Ce dernier point est cependant contesté par plusieurs gestionnaires, qui estiment que cette réforme n'a pas modifié les pratiques résultant de la jurisprudence.

1.1.3 Et même parfaitement alignés pour les maladies professionnelles

Pour les salariés du régime général, ce sont les articles L.461-1 et L. 461-2 du code de la sécurité sociale qui organisent la reconnaissance des maladies professionnelles.

L'article L.461-1 dispose que :

« Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

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

³ Cf. analyse en annexe 7

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 la victime.

Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé.

Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de ce comité ainsi que les éléments du dossier au vu duquel il rend son avis sont fixés par décret. L'avis du comité s'impose à la caisse dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article L. 315-1. »

L'article L.461-2 précise notamment les conditions dans lesquelles sont élaborés et modifiés les tableaux

Pour les fonctionnaires, les textes font explicitement référence au dispositif du code de la sécurité sociale. C'est ainsi que, pour la fonction publique de l'Etat, l'article 1 du **décret n°60-1089 du 6 octobre 1960 dispose que :**

« L'allocation temporaire d'invalidité prévue à l'article 65 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat est attribuée aux agents maintenus en activité qui justifient d'une invalidité permanente résultant :

a) Soit d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente d'un taux rémunérable au moins égal à 10 % ;

b) Soit de l'une des maladies d'origine professionnelle énumérées dans les tableaux mentionnés à l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale ;

c) Soit d'une maladie reconnue d'origine professionnelle dans les conditions prévues par les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale ;

Dans ces cas, par dérogation aux règles prévues par cet article, le pouvoir de décision appartient en dernier ressort au ministre dont relève l'agent et au ministre chargé du budget. »

Ce renvoi, établi certes pour la seule ATI, rétroagit cependant tout naturellement sur la définition des maladies professionnelles au niveau initial de l'imputabilité, même lorsqu'elles n'entraînent pas de séquelles indemnissables.

1.1.4 Et mis en œuvre selon des procédures et des modes d'organisation très différents

Dans le régime général de la sécurité sociale, l'accident du travail ou de trajet fait l'objet d'une déclaration qui, accompagnée du certificat médical initial, est transmise par l'employeur à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). L'employeur assortit éventuellement cette transmission de ses réserves sur le caractère imputable au travail ou au trajet de travail de l'accident.

La CPAM instruit le dossier et prend une décision de reconnaissance ou de refus de reconnaissance après avoir, le cas échéant, procédé à sa propre enquête. Cette décision est prise sous le contrôle des tribunaux judiciaires et donc, en dernier ressort, de la Cour de cassation. Les juges de premier ressort sont les tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Il s'agit donc d'une procédure à trois intervenants : la victime, son employeur et la CPAM, tiers décisionnaire indépendant des deux premiers.

Il importe enfin de noter qu'il n'y a pas nécessairement de parallélisme entre l'imputabilité reconnue au bénéfice de la victime et celle opposable à l'employeur au titre de ses cotisations AT-MP. L'employeur peut en effet, lorsque l'imputabilité a été reconnue par la CPAM, demander au juge d'écarter cette imputabilité. S'il obtient satisfaction, l'accident n'est pas pris en compte pour le calcul de ses cotisations, la victime demeurant prise en charge au titre de l'accident du travail.

Pour les fonctionnaires, la victime remplit également une déclaration qu'elle accompagne d'un certificat médical initial. L'employeur a alors, depuis le décret du 14 mars 2008, le choix entre deux possibilités. Soit il décide de reconnaître l'imputabilité au service de l'accident et la procédure s'arrête là. Soit il envisage de ne pas reconnaître cette imputabilité. Il doit alors saisir pour avis la commission de réforme en accompagnant cette saisine d'un rapport. Il peut, avant d'opérer ce choix, consulter un médecin expert agréé.

Il s'agit donc d'une procédure à deux intervenants seulement : la victime et son administration, la commission de réforme n'ayant, dans les cas où elle est saisie, qu'un rôle consultatif.

Les décisions de l'administration peuvent être déférées devant le juge administratif, et donc soumises, en dernier ressort, au Conseil d'Etat.

Mais au-delà de ces différences juridiques entre les deux régimes, les modes d'organisation qu'on y constate les opposent sans doute beaucoup plus fortement encore, sur un autre terrain, qui est celui de l'égalité de traitement et de la prévisibilité des décisions relatives à l'imputabilité.

Dans le régime général, une centaine de CPAM instruisent et décident pour une population de plus de 18 millions de salariés, reconnaissant l'imputabilité pour 670 000 accidents de travail et 100 000 accidents de trajet avec arrêt de travail, et en examinent donc bien davantage encore. Les équipes de gestion ont donc à connaître chacune d'un très grand nombre de dossiers. La direction des risques professionnels de la CNAMTS estime certes que les décisions des CPAM ne sont pas totalement harmonisées sur l'ensemble du territoire pour une petite minorité de dossiers difficiles, mais les agents des CPAM disposent d'un logiciel fourni par la CNAMTS qui permet, sur la base de déclarations dont le modèle est uniforme, de traiter

de manière simple et sûre plus de 80% des cas. Ces gestionnaires bénéficient en outre d'une formation et d'une documentation régulièrement mise à jour. Enfin, la pression du contentieux est très réelle du fait, certes, des recours des salariés mécontents d'un refus d'imputabilité, mais surtout des employeurs qui, du fait d'une tarification très « incitative », en particulier pour les entreprises de plus de 150 salariés, ont un grand intérêt à faire censurer par les tribunaux des imputabilités reconnues par la sécurité sociale.

Tout cela concourt à garantir au mieux l'uniformité du traitement de ces situations sur le territoire, en conformité avec la jurisprudence.

La situation est bien différente pour les agents publics. La gestion de leurs accidents de service ou de trajet est en effet assurée de façon décentralisée par des dizaines de milliers d'employeurs distincts et, au moins pour ce qui concerne les agents des collectivités territoriales, juridiquement indépendants. La plupart de ces employeurs, n'ayant à traiter que peu ou très peu de dossiers, ne sont donc en mesure d'acquérir qu'une expérience limitée dans une matière inévitablement complexe pour son application au cas par cas. Les administrations, à commencer par la DGAFP, diffusent peu de doctrine et nombre de gestionnaires travaillent en pratique sur le fondement de la littérature disponible, y compris d'origine universitaire.

Ce n'est encore que comme accessoire des règles relatives aux congés de maladie que sont diffusées, de temps à autre, des instructions sur l'application des règles relatives aux accidents de service. Pour la fonction publique de l'Etat, la circulaire la plus récente est celle du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques de maladie et d'accident de service. La direction générale des collectivités locales avait diffusé une instruction de même objet en 2006. La direction générale de l'offre de soins vient de publier, après de très longues années de silence sur ce sujet, une instruction relative à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers contre les risques maladie et accident de service, dont la fiche 6 porte sur les accidents de service et les maladies professionnelles. Il s'agit toutefois, comme les précédents, d'un document plutôt bref, parfaitement clair sur l'énoncé des principes à mettre en œuvre, mais certainement insuffisant pour guider, concrètement, l'activité de gestionnaires isolés.

Il résulte de cette situation l'impression, absolument générale chez les organisations syndicales rencontrées par la mission, que toutes les interprétations sont possibles de la part des administrations gestionnaires et que rien ne garantit l'uniformité, au bénéfice des agents, d'un traitement conforme aux règles applicables.

Certes, le service des retraites de l'Etat assure, pour la fonction publique de l'Etat, et comme le fait la CNRACL pour les deux autres fonctions publiques, une fonction de régulation du système à l'occasion de la mise en œuvre des règles relatives à l'attribution d'une indemnisation en cas de séquelles dès lors que ce sont ces deux services qui, en dernier ressort, fixent le montant de l'indemnisation à accorder au vu du dossier transmis par les employeurs publics. Mais il n'a par définition pas connaissance des accidents dont l'imputabilité n'est pas reconnue, ni de ceux, heureusement de beaucoup les plus nombreux, qui n'entraînent pas de séquelles.

1.2 LES ENJEUX D'UNE EVENTUELLE REFORME

1.2.1 Caractère détachable d'une éventuelle réforme de l'imputabilité dans la fonction publique

Il est d'abord bien clair que les règles d'imputabilité au service des accidents dans la fonction publique pourraient aisément, si c'était jugé opportun, être alignées sur celles en vigueur dans le régime général de la sécurité sociale, sans qu'une telle réforme doive avoir le moindre retentissement sur les autres composantes du droit des AT-MP concernant en particulier les règles relatives à la rémunération pendant l'arrêt de travail ou les règles de réparation.

C'est vrai, à l'évidence, au regard de l'ordonnancement juridique puisque les règles d'imputation ne sont à aucun titre articulées avec les autres. Concrètement, l'insertion dans les statuts généraux de dispositions inspirées des articles L. 411-1 et L. 411-2 du code de la sécurité sociale n'aurait pas d'autre conséquence que de substituer un fondement juridique à un autre pour la reconnaissance des accidents de service ou de trajet des fonctionnaires.

C'est également vrai en termes d'équilibre général du régime, puisqu'aussi bien, pour le secteur privé, l'équilibre résultant du « compromis de 1898 » posait, comme on l'a vu, la présomption d'imputabilité comme contrepartie du caractère forfaitaire de l'indemnisation. Officialiser cette présomption pour les fonctionnaires ne ferait, au plan des principes, que mettre fin à un déséquilibre théoriquement défavorable aux fonctionnaires, astreints à faire la preuve du lien entre leur travail et l'accident dont ils ont été victimes sans pour autant pouvoir prétendre à la réparation complète de leur préjudice.

1.2.2 Absence probable de surcoûts

On est encore aujourd'hui loin de disposer, en dépit des progrès significatifs accomplis notamment dans le cadre du fonds national de prévention de la CNRACL, de données sur les accidents de service et de trajet dans les fonctions publiques aussi exhaustives et aussi fiables que celles collectées par le régime général.

On peut cependant essayer d'estimer les conséquences financières d'un éventuel alignement des règles.

Le surcoût annuel (ou l'économie) qu'entraînerait un tel alignement est égal au produit du nombre d'accidents qui seraient reconnus comme accidents de service ou de trajet, en plus ou en moins de ceux qui sont reconnus en application des règles en vigueur, multiplié par la dépense moyenne supplémentaire occasionnée par la reconnaissance de ces accidents.

Sur le premier facteur, une approche possible consiste à comparer les statistiques de sinistralité produites respectivement par le régime général et par les fonctions publiques. Une telle comparaison figure dans le *rapport sur l'état de la fonction publique et les rémunérations* annexé au projet de loi de finances pour 2011 (le rapport pour 2012 ne traite pas le sujet). Mais cette comparaison date puisque les chiffres qu'elle présente datent de 2006.

Le principal enseignement qu'on peut tirer de ce rapport (tableau D 2.1-28) est que, à réglementation égale, l'indice de fréquence⁴ cumulé des accidents de service et des accidents de trajet est près de deux fois inférieur dans la fonction publique de l'Etat (1,7%) par rapport aux autres fonctions publiques (3,1% pour la fonction publique territoriale et 3,4% pour la fonction publique hospitalière).

On ne dispose pas de chiffres plus récents pour la fonction publique de l'Etat, mais, pour les deux autres, la banque de données (BND) du fonds national de prévention de la CNRACL publie régulièrement des statistiques. Pour 2009, l'indice de fréquence cumulé des accidents de service et des accidents de trajet est de 4,4% pour la fonction publique territoriale et de 4% pour la fonction publique hospitalière, soit des taux en nette augmentation par rapport à ceux de 2006 et extrêmement proches de celui calculé pour le régime général des salariés pour 2010, qui est de 4,1%.

Si l'on observe les données du régime général au niveau des CTN, la parenté des résultats de la fonction publique avec le privé est également manifeste. Indice de fréquence de 1,4% pour le CTN H (activités de services I : banques, assurances, administrations...) à rapprocher du 1,7% annoncé pour la fonction publique de l'Etat en 2006 ; 4,3% pour le CTN I (activités de services II : santé...) à rapprocher des 4% de la fonction publique hospitalière.

La BND n'est certes pas exhaustive, mais couvre cependant un échantillon très vaste des populations concernées : en 2009, 36,6% des actifs territoriaux de la CNRACL et 22% des actifs hospitaliers. Il n'y a au demeurant aucune raison de penser que cet échantillon soit biaisé, puisque l'essentiel des données sont fournies par quelques assureurs et que pour les rares cas d'alimentation directe, il semble bien que le principal motif pour lequel les collectivités ou les établissements de santé ne communiquent pas encore leurs données au Fonds national de prévention tiennent à la non compatibilité de leurs systèmes d'information avec celui de la BND⁵.

Il apparaît certes, par ailleurs, que la sinistralité est dépendante de l'importance des effectifs des collectivités ou des établissements considérés. C'est ainsi que les statistiques établies par Dexia⁶, en sa qualité de courtier pour les assurances souscrites par les ressortissants de la CNRACL, montrent que, dans les collectivités territoriales, l'absentéisme, y compris celui dû aux accidents de service, croît de manière proportionnelle à l'effectif des collectivités, alors que c'est l'inverse pour les établissements hospitaliers.

Rien n'indique toutefois que les petits établissements ou collectivités alimenteraient plus ou moins que les grands la BND. Serait-ce le cas que la déformation due aux collectivités territoriales serait de sens opposé à celle due aux hôpitaux. On peut donc conclure prudemment que les données relatives à la sinistralité ne contredisent pas le sentiment, acquis à l'occasion de l'examen des pratiques respectives du public et du privé, qu'un alignement

⁴ L'indice de fréquence est défini comme le rapport, exprimé en pourcentage, entre le nombre d'accidents ayant donné lieu à un arrêt de travail et l'effectif total concerné

⁵ Par une circulaire récente (**CIRCULAIRE N°DGOS/RH3/2012/102 du 5 mars 2012** relative à la déclaration des maladies professionnelles et des accidents de travail dans la fonction publique hospitalière), la DGOS a encouragé les établissements à utiliser le logiciel PRORISQ proposé par la BND de sorte à favoriser « un recueil homogène et coordonné de données objectives en matière de maladies professionnelles et d'accidents de travail permettant une interprétation optimale destinée à promouvoir une politique nationale de prévention des risques professionnels. »

⁶ Dexia Sofcah : analyse et conjoncture octobre 2010.

formel du droit applicable aux fonctionnaires sur celui applicable aux salariés du secteur privé en matière d'imputabilité des accidents de service ou de trajet n'entraînerait probablement pas d'augmentation significative du nombre de ces accidents dont l'imputabilité est reconnue.

Il est donc à peine besoin d'examiner le deuxième facteur (dépense supplémentaire entraînée par un accident de service reconnu). Ce surcoût est constitué du coût des soins pris en charge et du coût supplémentaire éventuel de la rémunération maintenue par rapport à une situation d'arrêt de travail ordinaire (cf. partie 2).

S'agissant des soins pris en charge, on ne dispose pas d'estimation globale plus récente que celle proposée par la Cour des comptes, soit 126M€ en 2003 pour les trois fonctions publiques (cf. ci-après 2.1.1.2.3). Etant donné qu'un éventuel écart positif de taux de reconnaissance d'imputabilité serait de l'ordre du point de pourcentage (sur 4 ou 5) et donc de 20 à 25% des sommes actuellement dépensées, le surcoût d'un alignement pour les employeurs publics serait plus que probablement inférieur à la trentaine de M€. Si on ajoute que, pour toute la partie (environ les trois quarts) qui est, en maladie ordinaire, remboursée par l'assurance maladie obligatoire, il ne s'agirait que d'un transfert, sans incidence sur l'équilibre global des comptes publics, on voit bien que ce n'est pas cette conséquence (très vraisemblablement inférieure à 10M€) qui pourrait justifier qu'on renonce à l'alignement, si celui-ci était par ailleurs jugé opportun.

On ne dispose pas davantage d'évaluation récente et fiable sur les coûts de maintien du salaire. Comme rappelé ci-après (cf. 2.1.2.2.3) le rapport public pour 2006 de la Cour des comptes évaluait, sur la base de chiffres plus anciens encore, à 494 M€ le montant global des rémunérations versées en faisant masse des salaires maintenus et des indemnités journalières pour les contractuels, ainsi que de l'ensemble accidents de service- maladies professionnelles. Les montants afférents aux seuls accidents de service ou de trajet des fonctionnaires sont donc significativement inférieurs. Surtout, le surcoût d'un alignement des règles d'imputabilité se limiterait à l'incidence d'un éventuel supplément d'accidents reconnus imputables.

Sur les mêmes hypothèses que ci-dessus, le coût des salaires maintenus au titre d'un supplément d'accidents reconnus imputables serait de l'ordre de la centaine de M€. Mais il s'agit d'un coût et non pas d'un surcoût. Le surcoût tiendrait exclusivement à la différence entre le salaire maintenu en cas d'accident de service et celui versé en cas de maladie ordinaire ou de longue maladie. Sur le traitement lui-même, ce surcoût est certainement très minime dans la mesure où les durées moyennes des arrêts consécutifs à des accidents de service ou de trajet sont respectivement de 33 et 38 jours, soit des durées très inférieures aux trois mois au-delà desquels le fonctionnaire en congé de maladie est mis à mi-traitement. Le surcoût afférent à l'assiette de 100M€ ci-dessus évoquée se limiterait à la moitié du salaire de la petite proportion des agents concernés dont l'arrêt de travail dépasserait 90 jours, et seulement pour les journées dépassant ce délai. Autant dire extrêmement peu de chose. En sens inverse, l'institution d'un jour de carence pour la fonction publique en cas d'arrêt maladie ordinaire priverait l'Etat de l'économie qui en est attendue chaque fois que serait reconnu un accident de service supplémentaire.

1.2.3 Mais aussi faiblesse des enjeux pour la situation des agents

Si l'on se place du point de vue des agents, les enjeux sont de deux espèces. La première tient bien entendu aux résultats de l'application des règles. Les accidents reconnus imputables seraient-ils plus ou moins nombreux avec les règles – de fond et de procédure – du régime général ? Seraient-ce les mêmes accidents ? Seraient-ce les mêmes agents ?

La seconde, à supposer que le résultat atteint ne soit pas significativement différent, a trait à la plus ou moins grande difficulté pour le salarié, d'un système à l'autre, pour faire reconnaître ses droits.

Sur les résultats, et comme on l'a vu ci-dessus, tant en raison de l'évolution des règles que de l'observation de la sinistralité, il ne semble pas que les ressortissants des fonctions publiques soient globalement moins bien traités que les salariés du privé. Ceci ne montre pas, cependant, que cette égalité globale de traitement, au plan quantitatif, ne dissimule pas des différences entre agents ou entre types d'accidents. Entre agents, on ne saurait exclure que les comportements des employeurs appelés à reconnaître – ou non – l'imputabilité au service des accidents soient au moins partiellement dépendants de la plus ou moins grande distance entre le décisionnaire et le salarié victime d'un accident.

Entre type d'accidents, il semble bien que les accidents cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) survenant sur les lieux et pendant les heures de travail, soient moins facilement reconnus comme imputables pour les fonctionnaires que dans le régime général, la preuve de la non-imputabilité étant difficile à faire.

Sur une éventuelle différence de difficulté pour faire valoir ses droits, elle a, en pratique, été considérablement réduite par la jurisprudence. Les preuves à faire sont, concrètement, presque les mêmes dans les deux systèmes. C'est évident pour les accidents de trajet, mais c'est largement vrai aussi pour les accidents de service ou du travail.

Dans les deux systèmes, il y a d'abord lieu d'établir, notamment par témoignages, la matérialité des faits constitutifs de l'accident.

Dans les deux systèmes également, c'est au salarié de demander l'établissement du certificat médical initial qui permettra de démontrer le lien entre l'accident et ses conséquences corporelles ou psychiques.

Quand au lien entre le travail (ou le service) et l'accident, il semble bien que les éléments à produire pour établir que l'accident entre bien dans les conditions de la présomption d'imputabilité (accident survenu du fait ou à l'occasion du travail) ne soient guère différents de ceux permettant d'établir, pour les fonctionnaires, que l'accident répond bien aux critères jurisprudentiels de l'accident de service.

De fait, des informations recueillies par la mission auprès de divers gestionnaires, il apparaît que les motifs de rejet ne tiendraient que très exceptionnellement (aucun cas n'a été allégué) à la différence preuve- présomption, mais à des motifs beaucoup plus aisément objectivables comme notamment l'absence de certificat médical.

1.2.4 Absence d'enjeux organisationnels directement liés à un alignement des règles de fond

Comme on l'a vu (§1112), le régime de la présomption s'accompagne d'un dispositif à trois intervenants, la victime, l'employeur et la CPAM, dans lequel cette dernière instruit les dossiers de manière indépendante des deux premiers, alors que le régime des fonctionnaires ne connaît pas ce tiers indépendant. Il faut donc se demander s'il existe un lien de nécessité entre le dispositif organisationnel et le régime de la preuve.

La mission a considéré au contraire que la situation actuelle était plutôt paradoxale. C'est en effet justement dans la configuration où l'employeur est à la fois juge et partie puisque, d'une certaine manière, les accidents et maladies reconnus imputables au service le sont à son détriment financier, que la difficulté de la reconnaissance est théoriquement la plus grande pour la victime.

Il y a là une bizarrerie originelle que le juge administratif a heureusement corrigée autant qu'il le pouvait. L'instauration d'une présomption dans le statut des fonctionnaires ne nécessiterait donc, par elle-même, aucune modification de l'organisation actuelle. Elle n'impose notamment pas, encore que cette éventualité mérite d'être envisagée pour elle-même, un transfert de la gestion des AT-MP au régime général.

1.3 RECOMMANDATIONS

1.3.1 Définir par la loi l'accident de service et l'accident de trajet

Une telle mesure aurait, comme on l'a montré au 1.2 ci-dessus, une portée pratique plutôt faible, tant en ce qui concerne les droits des agents que les dépenses publiques. La mission l'estime cependant hautement opportune.

Il est avant tout – on l'a vu - conforme à la logique que dans une relation statutaire employé Etat où, sous le contrôle du juge, le dernier mot revient à l'Etat, qui est donc juge et partie, l'employé ait l'avantage de la présomption, par comparaison avec le privé où l'auteur de la décision de reconnaissance est indépendant des deux parties.

Cela mettrait fin à une situation, difficile à comprendre, dans laquelle des collègues de travail exerçant les mêmes fonctions et victimes d'accidents de même nature courent le risque d'être traités différemment selon qu'ils sont fonctionnaires ou contractuels.

A la marge, cela mettrait fin à certaines inégalités peu justifiables entre public et privé, notamment pour les accidents cardiaques ou vasculaires survenant sur le lieu de travail et pour lesquels il arrive, dans la fonction publique, que soit exigée de la victime ou de ses ayants droit la preuve, difficile à rapporter, du lien avec le service alors que, dans le régime général, la preuve contraire est quasiment impossible à faire.

Recommandation n° 1. Inscrire dans le statut général une définition de l'accident de service et de l'accident de trajet identique à celle du code de la sécurité sociale

Cette définition pourrait faire l'objet d'un article additionnel à la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, qui constitue le titre 1^{er} du statut général et qui est donc commune aux trois fonctions publiques.

1.3.2 Unifier formellement les règles applicables en matière d'accidents de service et d'accidents de trajet - la réécriture dans un texte unique des dispositions applicables en matière d'AT-MP dans les trois fonctions publiques

La Cour des comptes avait déjà souligné la nécessité « d'une harmonisation des textes entre fonctions publiques, comme des procédures et cadres d'examen ».

La mission ne peut que reprendre cette recommandation à son compte en constatant que :

- il a fallu près de 25 ans pour que l'ensemble des gestionnaires des trois fonctions publiques disposent d'une circulaire précisant (et très sommairement) les dispositions législatives et réglementaires applicables en matière d'AT-MP :

- * circulaire FP4- n°1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service,

- * circulaire du 13 mars 2006 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps complet ou à temps non complet contre les risques maladie et accidents de service,

- * instruction n°DGOS/RH3/DGCS/4B/2012/70 du 9 février 2012 relative à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers contre les risques maladie et accidents de service.

- ces textes ne traitent qu'accessoirement des AT-MP, à l'occasion de la présentation des dispositions applicables aux divers congés-maladie,

- ils restent très généraux et ne constituent pas une véritable aide pour l'instruction des dossiers.

Aussi il apparaît nécessaire à la mission que soit rédigée une **circulaire unique « accidents de service, de trajet, de mission et maladies professionnelles »**, commune aux trois fonctions publiques, qui comporterait :

- le rappel des textes législatifs et réglementaires applicables pour chaque fonction publique,

- la description des procédures et acteurs pour chacune des étapes de l'instruction des dossiers AT-MP,

- la présentation des dispositions communes applicables en matière de reconnaissance de l'imputabilité et de réparation issues à la fois des textes législatifs et réglementaires et de la jurisprudence.

- les spécificités propres à chaque fonction publique : rôle du service des retraites de l'Etat et de la CNRACL, modalités de prise en charge des soins des fonctionnaires hospitaliers, modalités de recours à des assureurs, etc...

Mise en ligne sur les sites Internet des trois administrations « têtes de réseaux », ce texte ferait l'objet de mises à jour régulières pour tenir compte des modifications de la réglementation et tirer les conséquences des évolutions jurisprudentielles.

Cette proposition répond au souci de pouvoir disposer rapidement d'un outil opérationnel répondant à la demande des services.

En effet, on ne touche pas à l'architecture juridique existante du droit de la fonction publique qui a conduit à juxtaposer des dispositions identiques dans des textes législatifs et réglementaires propres à chaque fonction publique, mais on essaie de procéder à une « unification à la base », en rédigeant une circulaire qui se veut le pendant, pour les fonctions publiques, du Livre IV du CSS.

Recommandation n° 2. Elaborer et s'organiser pour mettre à jour régulièrement une circulaire unique pour les trois fonctions publiques et consacrée exclusivement aux accidents de service et aux maladies professionnelles

1.3.3 Réformer profondément l'organisation administrative

Il reste en effet que l'organisation administrative en vigueur ne permet pas d'espérer une véritable harmonisation des pratiques. Elle est en effet caractérisée, comme on l'a vu, par une extrême dispersion des centres de décision, à quoi s'ajoute inévitablement un certain manque de professionnalisme d'un grand nombre des plus petits de ces centres de décision ainsi que de la plupart des commissions de réforme.

C'est la conscience de cette situation qui a inspiré la démarche entreprise par la DGAFP avec l'étude demandée à Klee Group sur l'activité des comités médicaux et commissions de réforme. Cette étude a débouché sur la rédaction d'un guide des bonnes pratiques, mais les recommandations qui sont formulées sont ponctuelles et parfois artisanales (voir bonne pratique n° 17 proposant la mise en place d'une fiche de synthèse cartonnée !).

Il est clair qu'il faut aller nettement plus loin.

Deux hypothèses peuvent dès lors être envisagées qui n'ont pas, faute de temps, pu être réellement expertisées par la mission.

1.3.3.1 La réorganisation dans le cadre administratif actuel

Elle suppose au minimum la mise à disposition **d'un outil de gestion administrative** des dossiers d'AT-MP, sur le modèle de ce dont disposent les CPAM, pour assurer une application harmonisée des règles définies au niveau national. Cet outil permettrait:

- de sécuriser les modalités d'instruction des dossiers « simples » dans la mesure où la définition dans le programme d'un certain nombre de paramètres serait de nature à quasiment « automatiser » la gestion de ces dossiers. Ce serait également une source de réduction des

délais d'instruction et donc d'information des agents et des divers partenaires (édition automatique de courriers, dématérialisation des dossiers...)

- de structurer les relations entre les divers intervenants : services instructeurs des administrations, collectivités et établissements, commissions de réforme, service des retraites de l'Etat, CNRACL,

- de disposer d'éléments statistiques fiables et détaillés, dans la mesure où ils seraient issus de l'outil de gestion. La mission a pu constater que les données statistiques sur les AT-MP dans les fonctions publiques sont très insuffisantes (voir annexe 5), situation que déplore l'ensemble des partenaires sociaux. Cela explique la réticence de certaines organisations à débattre des questions relatives aux AT MP car elles estiment qu'il faut auparavant disposer d'un véritable état des lieux.

A ce jour, le seul outil de gestion existant dans la FPH et la FPT (Prorisq) est très peu diffusé, mais semble donner satisfaction à ses utilisateurs.

La mission considère donc à la fois :

- qu'il est indispensable de proposer aux services gestionnaires de l'ensemble des fonctions publiques un tel outil informatisé de gestion administrative

- qu'aucun outil qui n'aurait pas, outre la fonctionnalité de collecte d'informations en vue de la prévention, les caractères d'un réel outil de gestion intégrable dans les systèmes d'information RH des services, n'a aucune chance d'être accepté largement par ses utilisateurs potentiels. Pour dire les choses autrement, la collecte des informations nécessaires ne se fera bien que si elle constitue un sous-produit de la gestion ordinaire des accidents et maladies professionnelles

- qu'il serait déraisonnable de ne pas capitaliser sur l'expérience et le savoir-faire détenus par la CNRACL avec Prorisq. Lors de sa rencontre avec les services de la Ville de Paris, utilisateurs de cet outil, la mission a pu constater qu'il répondait parfaitement aux besoins des gestionnaires.

A partir de là, deux solutions sont concevables.

La première consisterait à enrichir et à compléter Prorisq pour lui conférer les fonctionnalités de gestion qu'il n'a pas au regard des attentes éventuelles de certains utilisateurs. L'avantage est que la CNRACL serait capable de conduire cette opération. L'inconvénient est que l'intégration de cette application dans les systèmes d'information RH très divers en usage dans les services gestionnaires suppose un interfaçage, qui n'a pas posé de difficulté particulière à la Ville de Paris, mais qui serait peut-être plus difficile pour d'autres collectivités ou établissements moins importants.

Une autre solution, qui demande évidemment à être expertisée, consisterait à diffuser, à l'intention des éditeurs de logiciels, un référentiel pour l'élaboration d'applicatifs de gestion des AT-MP, qui devraient donc répondre à trois ordres de conditions :

- être, cela va de soi, intégrables dans les SIRH utilisés ;

- être interfaçables avec le bloc « collectes d'informations » d'un Prorisq, probablement en ce cas un peu simplifié ;

- enfin, et c'est l'essentiel, simplifier la tâche des gestionnaires et aider les employeurs publics à prendre des décisions conformes, sur le fond et en procédure, au droit applicable.

Recommandation n° 3. Expertiser l'alternative suivante : généralisation de Prorisq ou production d'un cahier des charges d'un applicatif de gestion à intégrer dans les divers SIRH en usage, interfaçable avec Prorisq et conforme à l'instruction commune sur les AT-MP

Reste l'extrême dispersion des centres de décision dont la principale conséquence est que nombre d'entre eux ont à traiter si peu de dossiers dans l'année qu'ils ne peuvent acquérir aucune expérience.

Par ailleurs la situation dans les commissions de réforme est préoccupante ainsi qu'en témoigne l'état des lieux établi par la société Klee Group. D'une part, les syndicats qui y siègent le font au titre des commissions administratives paritaires des agents concernés et s'y succèdent donc sans être, sauf exception, davantage en mesure d'acquérir une compétence en ces matières. D'autre part, le positionnement de ces structures au niveau départemental conduit à une dispersion des moyens humains limités, en particulier pour les médecins, dont disposent les trois fonctions publiques.

Une amélioration pourrait donc consister à :

Faire assurer la représentation des salariés dans les commissions de réforme par des personnes désignées par les CHSCT qui, outre qu'ils sont spontanément plus impliqués dans les questions de santé au travail, siègeraient plus souvent et seraient donc mieux à même de contribuer à faire prévaloir une doctrine plus constante.

Regrouper les secrétariats des commissions de réforme, aujourd'hui rattachés aux directions départementales interministérielles en charge de la cohésion sociale, au niveau régional auprès des plates formes ressources humaines des préfectures de région. Cette préconisation, formulée dans un récent rapport sur l'évaluation du fonctionnement des comités médicaux pour les personnels de l'éducation nationale⁷, apparaît à la mission susceptible de réduire la dispersion des instances, de faciliter une harmonisation des pratiques et une plus grande professionnalisation des acteurs et de leur assurer un véritable positionnement interministériel.

Recommandation n° 4. Faire assurer la représentation des agents dans les commissions de réforme par des membres des CHSCT

Recommandation n° 5. Regrouper les secrétariats des commissions de réforme au niveau régional auprès des plates-formes ressources humaines des préfectures de région.

⁷ Rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales RM2010-031P et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche n°2010-007 de mars 2010

1.3.3.2 La délégation aux CPAM de l'instruction des dossiers de reconnaissance

Il apparaît cependant avec évidence que, même au prix d'efforts considérables dans la ligne des recommandations qui précèdent, on ne parviendra pas dans les fonctions publiques à une gestion de la reconnaissance des AT-MP qui atteigne au niveau d'efficacité et de performance de celle mise en œuvre dans le régime général.

Il y a à cela trois raisons déterminantes qui sont les suivantes.

La première, déjà évoquée, est le petit nombre des centres de décision qui, en raison du grand nombre des dossiers à traiter, autorise, dans chaque CPAM, la spécialisation d'équipes de traitement dédiées respectivement au traitement des accidents du travail et à celui des maladies professionnelles.

La seconde est la proximité des échelons locaux du service médical qui, là encore, autorise une spécialisation efficace des médecins. Ainsi, par exemple, sur la douzaine de médecins-conseil salariés qui constituent l'équipe attachée à la CPAM du Val d'Oise, plus de trois, en équivalent temps plein, travaillent sur les AT-MP et peuvent être interrogés à tout moment par les gestionnaires administratifs. Cette situation doit être comparée à celle des commissions de réforme, dans lesquelles les médecins agréés n'exercent leurs fonctions qu'à temps extrêmement partiel et hors de l'administration.

La troisième, qui est une conséquence de la première, est que les coûts de traitement unitaires des CPAM sont à coup sûr plus bas que ceux qui prévalent, en moyenne, dans les fonctions publiques, principalement pour des raisons d'économies d'échelle, secondairement pour des raisons de normalisation et d'informatisation des processus. Les coûts dans les fonctions publiques ne sont certes pas connus directement et sont sans doute très variables. Il suffira cependant de noter que, dans les CPAM, un agent traite en moyenne 600 dossiers par an (reconnaissance des AT-MP et versement des prestations pendant les arrêts de travail). Il n'est pas douteux que dans les administrations, où le nombre de dossiers à traiter annuellement varie, presque sans exception, de quelques unités à quelques dizaines, et même si les gestionnaires de ces dossiers ne font pas que cela, les durées unitaires de traitement sont plus longues.

Ce serait donc certainement, si elle est réalisable, une excellente mesure que de déléguer aux CPAM l'instruction de ces dossiers.

L'expertise de cette faisabilité reste à entreprendre. En première analyse, toutefois, la mission, après s'être fait expliquer le fonctionnement de l'applicatif ORPHEE, qui est l'outil de travail des agents des CPAM pour le traitement des déclarations, a abouti à la conclusion provisoire que les caisses pourraient prendre en charge cette activité, au prix d'aménagements très mineurs de cet outil. Il faudrait en particulier enrichir la base d'assurés sociaux des caisses avec les données d'identification relatives aux fonctionnaires, ce qui s'est fait, semble-t-il, dans d'autres domaines. Il faudrait également compléter la bibliothèque de formulaires et de lettres type d'ORPHEE pour l'adapter à une situation dans laquelle les CPAM ne notifieraient pas des décisions de reconnaissance ou de refus mais des propositions de décision à des employeurs qui resteraient maîtres de leur décision.

Il y aurait enfin à considérer l'existence éventuelle de difficultés tenant au fait que, même si les règles et la définition des accidents imputables étaient devenues les mêmes, les

contentieux resteraient autonomes, judiciaire d'une part, administratif de l'autre, sauf aménagement législatif d'unification.

Le lancement d'une telle expertise technique ne pourra intervenir que lorsque administration et partenaires sociaux auront échangé, à partir des analyses du présent rapport, sur la nécessité de faire évoluer les modes de gestion des AT-MP dans la fonction publique.

Recommandation n° 6. Expertiser la faisabilité d'une délégation aux CPAM de l'instruction de la reconnaissance des AT-MP des fonctionnaires

PARTIE 2. INDEMNISATION DE L'INCAPACITE TEMPORAIRE

2.1 COMPARAISON : ETAT DES LIEUX

Qu'il s'agisse des salariés relevant du régime général ou des fonctionnaires des trois fonctions publiques, les accidents du travail et les maladies professionnelles ouvrent droit à la prise en charge des soins de toute nature nécessités par l'état de la victime et, lorsqu'ils entraînent un arrêt de travail⁸, à la compensation de la perte de salaire découlant de l'interruption d'activité.

Il est proposé de distinguer les prestations en nature (remboursement des soins), pour lesquelles les règles applicables pour les salariés du secteur privé et pour les fonctionnaires sont très proches, de la compensation de la perte de salaire qui est, elle, fondée sur des conceptions très différentes dans les deux régimes.

2.1.1 Les modalités de prise en charge des prestations en nature dans la fonction publique sont calquées sur celles en vigueur dans le régime général mais assurent une prise en charge plus complète des dépenses.

2.1.1.1 Les dispositions applicables dans le régime général.

2.1.1.1.1. Les fondements juridiques

Les prestations en nature servies par le régime général sont énoncées à l'article L 431-1 du Code de la sécurité sociale :

« Les prestations accordées aux bénéficiaires du présent livre comprennent :

1°) la couverture des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, des frais liés à l'accident afférents aux produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et aux prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7, des frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et, d'une

⁸Des statistiques disponibles sur les accidents du travail et les maladies professionnelles il ressort que :

- dans la FPE, en 2006, 61% des accidents de service et des accidents de trajet conduisaient à un arrêt de travail. Il n'y a pas de données sur les maladies professionnelles ;
- dans la FPH, en 2009, 43,5% des accidents de service, 63,8% des accidents de trajet et 73,6% des maladies professionnelles conduisaient à un arrêt de travail ;
- dans la FPT, en 2009, 64,2% des accidents de service, 68% des accidents de trajet et 71,4% des maladies professionnelles conduisaient à un arrêt de travail.

façon générale, la prise en charge des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime. Ces prestations sont accordées qu'il y ait ou non interruption de travail ».

2.1.1.1.2. Les conditions de prise en charge

L'article L 432-1 précise que les caisses versent directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements le montant des prestations en nature. Il s'agit là de la généralisation du « tiers payant » qui est ici obligatoire, les professionnels de santé ayant l'interdiction de demander des honoraires à la victime qui présente une feuille d'accident. Toutefois, en cas de dépassement autorisé, et dans la mesure de ce dépassement, un règlement direct au praticien reste possible.

S'agissant des tarifs, honoraires et frais accessoires dus par la caisse primaire, il s'agit des tarifs applicables en matière d'assurance maladie sans application d'un ticket modérateur, régime plus favorable qu'en cas de maladie d'origine non professionnelle.

Sont couverts à 100% :

- les soins de ville (consultations médicales, radiographies, examens de laboratoire...),
- l'hospitalisation (avec exonération du forfait journalier),
- les transports sanitaires, s'ils sont médicalement justifiés.

Sont couverts à 150% :

- les prothèses dentaires,
- certains produits d'appareillage comme les fauteuils roulants, le petit appareillage orthopédique, les générateurs d'aérosols, des appareils électroniques correcteurs de surdité.

2.1.1.1.3. Le financement

En 2010, l'assurance maladie-risques professionnels a pris en charge plus de 1 200 000 sinistres, dont près de 800 000 avec arrêt de travail. Les dépenses au titre des prestations en nature, c'est-à-dire l'ensemble des dépenses de soins qu'il y ait ou non arrêt de travail, se sont élevées à 1 151 M à soit 15% du total des prestations versées (7 725 M  ).

2.1.1.2 Les dispositions applicables dans la fonction publique

2.1.1.2.1 Les fondements juridiques

En cas d'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie, le fonctionnaire a droit à la prise en charge par son administration des frais nécessités par les traitements suivis, en application des termes mêmes des dispositions statutaires propres à chaque fonction publique.

L'article 34 2  de la loi du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat, l'article 57 2  de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions

statutaires pour la fonction publique territoriale et l'article 41 2° de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière sont ainsi rédigés en des termes identiques :

« si la maladie provient (...) d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire (...) a droit, en outre, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident ; ».

Ces dispositions législatives ont été complétées :

- pour la FPE par le décret n° 86-42 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime des congés maladie des fonctionnaires et la circulaire FP4-N°1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service.
- pour la FPT par le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitudes physiques et au régime des congés maladie des fonctionnaires territoriaux et la circulaire du 13 mars 2006 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps complet ou à temps non complet contre les risques maladie et accidents de service, qui reprend pour l'essentiel les dispositions de la circulaire du 30 janvier 1989.
- pour la FPH, par l'article 16 du décret du 19 avril 1988 et par l'instruction n°DGOS/RH3/DGCS/4B/2012/70 du 9 février 2012 relative à la protection sociale des fonctionnaires contre les risques maladie et accident de service, en particulier la fiche 6 consacrée aux accidents du travail et aux maladies professionnelles qui s'inspire elle aussi de la circulaire de 1989.

2.1.1.2.2. Les conditions de prise en charge

A la différence de ce qui se passe dans le régime général où ce sont les CPAM qui remboursent directement aux professionnels de santé les dépenses de soins des victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles, dans les fonctions publiques, ce sont les administrations qui procèdent à ce remboursement. Il y a donc un grand nombre d'intervenants au niveau national (ministères pour les services d'administration centrale) et local (services déconcentrés pour la FPE, collectivités territoriales pour la FPT, établissements pour la FPH) qui rend difficile le suivi des remboursements des soins en nature ainsi que l'a relevé la Cour des comptes dans son rapport public en 2005. (cf. infra).

La circulaire du 30 janvier 1989, dont les dispositions sur ce point ont été reprises par les circulaires applicables à la FPT et la FPH, a précisé les conditions de prise en charge des soins :

« Dans l'hypothèse où les premières constatations de l'accident de service ne laissent aucun doute sur la relation certaine de cause à effet entre l'accident et le service, le chef de service compétent peut délivrer à la victime un certificat de prise en charge établi selon le modèle figurant en annexe 2.

Ce document permet à l'intéressé de ne pas régler les soins effectués, l'administration payant directement les frais engagés sur présentation du formulaire par le prestataire (médecin, pharmacien, etc.).

Une liste limitative des frais susceptibles d'être pris en charge directement par l'administration est dressée en annexe 3.

Le certificat de prise en charge est délivré sans préjudice de la décision définitive d'imputabilité au service qui sera prise par l'administration après avis de la commission de réforme. Si la décision définitive ne reconnaît pas l'imputabilité au service, l'administration se retournera, pour le remboursement des frais qu'elle aurait déjà pris en charge, soit contre la sécurité sociale et l'agent, chacun pour leur dû, soit contre l'agent, celui-ci se retournant alors vers la sécurité sociale. »

L'annexe 3 présentant la liste limitative des frais reprend, en la détaillant, l'énumération de l'article L 431-1 du CSS. Dans la fonction publique hospitalière, l'article 44 de la loi du 9 janvier 1986 prévoit des dispositions spécifiques pour la prise en charge des soins des personnels hospitaliers et ces dispositions s'appliquent, bien entendu, pour les accidents du travail ou les maladies professionnelles.⁹

2.1.1.2.3. Le financement

Dans son rapport de 2006, la Cour estimait le coût des prestations en nature à 126,6 M € pour les trois fonctions publiques, à partir des données de 2002-2003. Depuis ce constat, aucun dispositif spécifique de suivi du coût des prestations en nature n'a été mis en place.

Si, dans la FPE, chaque ministère finance sur son budget les dépenses de remboursement de soins, dans la FPH et la FPT les employeurs peuvent souscrire des contrats d'assurance auprès de courtiers spécialisés (DEXIA, CNP) pour couvrir les risques « statutaires », dont les

⁹ Article 44 : Lorsqu'un fonctionnaire en activité est hospitalisé dans l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du présent titre, l'établissement employeur prend à sa charge pendant une durée maximum de six mois le montant des frais d'hospitalisation non remboursés par les organismes de sécurité sociale. Pour une hospitalisation dans un établissement autre que celui où le fonctionnaire est en fonctions, cette charge ne pourra être toutefois assumée qu'en cas de nécessité reconnue par un médecin désigné par l'administration de l'établissement employeur ou sur le vu d'un certificat délivré par l'administration de l'établissement où l'intéressé a été hospitalisé et attestant l'urgence de l'hospitalisation.

Les fonctionnaires en activité bénéficient, en outre, de la gratuité des soins médicaux qui leur sont dispensés dans l'établissement où ils exercent ainsi que de la gratuité des produits pharmaceutiques qui leur sont délivrés pour leur usage personnel par la pharmacie de l'établissement, sur prescription d'un médecin de l'établissement.

L'établissement ou la collectivité publique dont il relève est subrogé dans les droits que détient le fonctionnaire du fait de son affiliation à un régime de sécurité sociale.

accidents du travail et les maladies professionnelles¹⁰. S'agissant des collectivités territoriales, les centres de gestion peuvent souscrire de tels contrats pour le compte des collectivités, ce qui permet de négocier des contrats groupes assurant une mutualisation du risque et donc des tarifs moins sensibles à l'évolution de la sinistralité de chaque collectivité.

Pour les collectivités et établissements hospitaliers couverts par de tels contrats, l'assureur peut rembourser directement aux professionnels de santé les dépenses de soins de la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

2.1.2 En cas d'arrêt de travail, les règles de compensation de la perte de rémunération reposent sur des principes très différents dans le régime général et dans la fonction publique

S'agissant de la compensation de la perte de rémunération découlant de l'interruption d'activité tant le régime général que la fonction publique ont en commun d'inscrire cette compensation dans le cadre des dispositions applicables en cas d'arrêt maladie, mais avec une couverture plus complète.

Cependant, pour le régime général, en cas d'arrêt maladie, si le contrat de travail est bien maintenu, la rémunération cesse d'être versée par l'employeur et le salarié relève alors d'un dispositif de protection sociale spécifique : les indemnités journalières, versées par la sécurité sociale en lieu et place du salaire.

Dans la fonction publique, l'arrêt maladie est un congé (il figure d'ailleurs, pour chacune des fonctions publiques, dans l'article de loi qui énumère les congés auxquels à droit le fonctionnaire) et, à ce titre, l'agent continue à être rémunéré par son employeur et se voit appliquer toutes les règles relatives aux congés.

¹⁰ La mission a interrogé les administrations pour connaître le fondement juridique de ce recours à des assureurs privés pour couvrir un risque normalement couvert en auto assurance et l'ampleur de ce phénomène. Sur le premier point, elle n'a pas pu obtenir de réponse, si ce n'est la transmission par la DGCL d'un courrier adressé en mai 1960 à l'ensemble des préfets, indiquant, en réponse à des interrogations de ces derniers sur le démarchage par des assureurs de municipalités ou de syndicats intercommunaux : « *J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en l'état actuel de la réglementation rien ne s'oppose à ce que les collectivités locales contractent assurance auprès d'établissements privés en vue de se couvrir des charges financières leur incombant du fait des prestations en espèces de sécurité sociale mises à leur charge par le statut du personnel.* » Sur le second point, il ne semble exister aucun recensement du nombre de collectivités territoriales ou d'établissements hospitaliers recourant à des contrats d'assurance dans le domaine des AT-MP.

2.1.2.1 Les dispositions applicables dans le régime général

2.1.2.1.1 Les fondements juridiques

Ils sont posés par l'article L 431-1 du CSS :

« Les prestations accordées aux bénéficiaires du présent livre comprennent :

...

2°) l'indemnité journalière due à la victime pendant la période d'incapacité temporaire qui l'oblige à interrompre son travail ; lorsque la victime est pupille de l'éducation surveillée, l'indemnité journalière n'est pas due aussi longtemps que la victime le demeure sous réserve de dispositions fixées par décret en Conseil d'Etat ».

2.1.2.1.2 Les conditions de prise en charge

Les dispositions prévues en cas d'interruption d'activité sont plus favorables pour les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle que pour les salariés en arrêt maladie d'origine non professionnelle.

Ainsi, l'indemnité journalière perçue pendant l'arrêt de travail pour maladie ordinaire est calculée sur la moyenne des salaires bruts des trois derniers mois travaillés précédant l'arrêt de travail, ou des 12 mois en cas d'activité saisonnière ou discontinuée, pris en compte dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel, soit 2 517,06 euros au 1^{er} janvier 2012 (82,76€ par jour). Elle est égale à 50% de ce salaire de référence plafonné soit au maximum 41,38 € .

Pour les salariés ayant trois enfants à charge le montant de l'indemnité journalière est porté à 66,66% du salaire journalier de base, soit un montant journalier maximum de 55,17 €.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les indemnités journalières sont calculées à partir du salaire brut du mois précédant l'arrêt de travail. Ce salaire, divisé par 30,42, détermine le salaire journalier de base, pris en compte dans la limite de 0,834% du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 303,34 € au 1^{er} janvier 2012.

Ce salaire journalier de base est donc très supérieur à celui retenu en cas de maladie « ordinaire » et, en outre, le mode de calcul de l'indemnité journalière est plus favorable :

- pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de travail l'indemnité journalière est égale à 60% du salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 182 € au 1^{er} janvier 2012,

- à partir du 29^e jour d'arrêt de travail, l'indemnité journalière est portée à 80% du salaire journalier de base avec un montant maximum plafonné à 247,67 € au 1^{er} janvier 2012 et ce sans condition de charges de famille.

Enfin, le paiement de l'indemnité journalière est dû à partir du premier jour qui suit l'accident du travail, sans application de jours de carence, contrairement à ce qui existe en cas de maladie « ordinaire ».

S'agissant des prélèvements sociaux et fiscaux, les indemnités journalières supportent un prélèvement au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (0,5%) et au titre de la contribution sociale généralisée (6,2%). Depuis le 1^{er} janvier 2012, elles sont en outre soumises à l'impôt sur le revenu pour 50% de leur montant.

2.1.2.1.3. Le financement

En 2010, le montant des indemnités journalières versées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles s'est élevé à 2 501 M € soit 32% du total des prestations versées (7 725 M €) au titre du risque AT-MP.

2.1.2.2 Les dispositions applicables dans la fonction publique

2.1.2.2.1 Les fondements juridiques

Pour les fonctions publiques, les deuxièmes alinéas de l'article 34 de la loi du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat, de l'article 57 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires pour la fonction publique territoriale et de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière sont rédigés en des termes identiques et prévoient, comme dans le régime général, des dispositions plus favorables en cas d'accident de service.

Alors que pendant le congé de maladie ordinaire, « *Celui-ci (le fonctionnaire) conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois ; ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Le fonctionnaire conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence. (...), si la maladie provient (...) d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à mise à la retraite* ».

Des dispositions plus favorables existent également si le fonctionnaire est en congé de longue maladie ou de longue durée suite à une maladie contractée dans le cadre professionnel. Le maintien du plein traitement est assuré pendant la totalité du congé de longue maladie (3ans) alors qu'en cas de congé de longue maladie « ordinaire » le traitement est réduit de moitié au bout d'un an. S'agissant du congé de longue durée résultant d'une maladie professionnelle, il ouvre droit au maintien du plein traitement pendant cinq ans, puis du demi-traitement pendant trois ans. Les congés de longue durée « ordinaire » sont eux limités à cinq ans (trois ans à plein traitement, deux ans à demi-traitement).

Ces dispositions législatives ont été précisées

- pour la FPE par le décret n° 86-42 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime des congés maladie des fonctionnaires et par la circulaire FP4-N°1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service. Le décret n° 2010-997 du 26 août 2010 relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'Etat et des magistrats de l'ordre judiciaire dans certaines situations de congés et la circulaire du 22 mars 2011 n° BCRF 1031314C relative à l'application du décret du 26 août 2010 ont précisé les conditions du maintien des primes et indemnités pendant les congés maladie.
- pour la FPT par le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitudes physiques et au régime des congés maladie des fonctionnaires territoriaux et la circulaire du 13 mars 2006 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps complet ou à temps non complet contre les risques maladie et accidents de service qui reprend les dispositions de la circulaire du 30 janvier 1989.
- pour la FPH, par l'article 16 du décret du 19 avril 1988 et par l'instruction n°DGOS/RH3/DGCS/4B/2012/70 du 9 février 2012 relative à la protection sociale des fonctionnaires contre les risques maladie et accident de service, en particulier la fiche 6 consacrée aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

2.1.2.2 Les conditions de prise en charge

C'est chaque employeur qui continue à assurer la rémunération du fonctionnaire en congé maladie suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Si les dispositions législatives et réglementaires sont claires s'agissant du traitement, il n'en va pas de même pour les primes. Compte tenu de la diversité des pratiques des administrations en ce qui concerne le versement des primes et indemnités pendant les congés maladie, le décret n° 2010-997 du 26 août 2010 relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'Etat et des magistrats de l'ordre judiciaire dans certaines situations de congés et la circulaire du 22 mars 2011 n° BCRF 1031314C relative à l'application du décret du 26 août 2010 ont tenté de préciser les conditions du maintien des primes et indemnités pendant les congés maladie.

La circulaire indique que :

« En principe, l'ensemble des primes servies ont vocation à être intégralement maintenues pendant un des congés énumérés ci-dessus...

Cependant des règles particulières s'imposent pour certaines catégories de régimes indemnitaires :

- dont les montants tiennent compte de la manière de servir de l'agent et/ou de l'atteinte de résultats ;

- qui rétribuent des sujétions particulières et dont la suspension est effective à compter du remplacement de l'agent ;

- qui sont représentatifs de frais ;
- qui sont liés à l'organisation du temps de travail. »

La question la plus délicate, car elle concerne l'essentiel des primes, est celle relative aux primes liées à la manière de servir. La circulaire a tenté de préciser la conduite à tenir, mais en fait elle laisse une grande marge de manœuvre aux responsables hiérarchiques et il n'est donc pas certain que la diversité des pratiques antérieures ne soit pas pour partie maintenue :

« Le 2° du I de l'article 1er du décret énonce une règle particulière pour les primes modulables en fonction des résultats et/ou de la manière de servir, comme par exemple la prime de fonctions et de résultats (PFR), liée au niveau de responsabilités et à la performance individuelle.

La part liée aux fonctions a vocation à suivre le traitement.

La part liée aux résultats a vocation à être réajustée, après chaque évaluation annuelle, pour tenir compte de l'atteinte des objectifs et de la manière de servir, appréciées au titre de la période antérieure. Dans ce cadre, il appartient au chef de service d'apprécier si l'impact du congé sur l'atteinte des résultats, eu égard notamment à sa durée et compte tenu de la manière de servir de l'agent, doit ou non se traduire par un ajustement à la baisse l'année suivante. Ce dispositif permet ainsi de valoriser une personne qui, en dépit d'un congé, s'est investie dans son activité et a produit les résultats escomptés.

Un agent qui serait absent pour maladie pendant 4 mois pourrait ainsi percevoir la part liée aux résultats de la PFR au même niveau que la période précédente s'il atteint, en 8 mois, les objectifs qui lui étaient assignés pour une période d'un an.

La part liée à l'atteinte des résultats n'a, par conséquent, pas vocation à suivre systématiquement le sort du traitement, contrairement à la part liée à l'exercice des fonctions. ».

Le décret du 26 août 2010 et la circulaire d'application du 22 mars 2011 concernent exclusivement la FPE et ne sont donc pas applicables à la FPH ou à la FPT.

Pour cette dernière, aucun dispositif de maintien des primes n'est prévu par les textes. Il appartient donc à l'assemblée délibérante de chaque collectivité de déterminer les règles d'attribution des primes dans les cas d'absence de l'agent, sous le contrôle toutefois du juge administratif, lequel s'est prononcé (dans le cas du congé de maladie) en faveur de retenues sur indemnité calculées au prorata des jours d'arrêt de travail (cf. CE 14 juin 1995 "Commune de Septèmes-les-Vallons", n°146301).

Pour la FPH, un complément à l'instruction du 9 février 2012 était en cours de rédaction lorsque la mission a rencontré la DGOS, destiné à préciser les conditions de maintien des primes et indemnités.

Dans les trois fonctions publiques, les primes et les traitements perçus pendant l'arrêt de travail sont soumis aux prélèvements sociaux et fiscaux de droit commun.

2.1.2.2.3 *Le financement*

Comme en matière de prestation en nature, aucune des fonctions publiques n'assure le suivi financier du coût du maintien du traitement des fonctionnaires durant leur arrêt maladie consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Dans son rapport public de 2006, la Cour estimait à 494 M € le coût total du maintien du traitement des fonctionnaires, sur la base des données de 2002-2003. Il ne semble pas qu'un dispositif de suivi de ces dépenses ait été mis en place depuis cette date.

Les contrats souscrits par les collectivités territoriales et les établissements hospitaliers (cf. 2.1.1.1.3) prévoient le remboursement par l'assureur des sommes correspondant au maintien par l'employeur des rémunérations en cas d'arrêt de travail.

2.2 LES ENJEUX D'UNE EVENTUELLE REFORME

En matière de **prise en charge des prestations en nature**, les règles en vigueur dans les fonctions publiques sont plus favorables que celles appliquées par le régime général, les tarifs de responsabilité n'étant pas opposables aux fonctionnaires. Cependant ce n'est pas ce sujet qui avait attiré l'attention de la Cour des comptes dans son rapport de 2006, mais le fait que, dans la fonction publique, *« on constate d'importants délais dans la liquidation des prestations en nature, ayant pu inciter certains professionnels à refuser les triptyques et à imputer les frais sur la carte vitale de l'agent. Dans ce cas, comme pour les frais engagés initialement au titre de la couverture du risque maladie, lorsque l'imputabilité est reconnue très tardivement (maladie de longue latence, notamment), aucun mécanisme ne garantit actuellement que l'assurance maladie et les mutuelles de la fonction publique récupèrent les décaissements concernés. »*.

Au vu de ce constat, la Cour des comptes recommandait que la gestion des prestations en nature soit transférée, avec les financements correspondants, aux organismes gestionnaires du régime général.

A l'occasion de ses entretiens, la mission a interrogé ses divers interlocuteurs sur les conditions de gestion par les administrations des prestations en nature, non seulement comme le soulignait la Cour des comptes au regard des possibilités de transferts indus entre risque accidents du travail et risque assurance maladie, mais aussi en se plaçant du côté de l'agent. En effet ce dernier, en cas de refus par le professionnel de santé du document délivré par son administration valant reconnaissance provisoire de l'accident du travail (triptyque), ne bénéficie plus du tiers payant et de la prise en charge intégrale de ses dépenses.

Aucun interlocuteur n'avait connaissance de difficultés en matière de gestion des prestations en nature, ce qui ne signifie pas que, ponctuellement, il n'y ait pas de problèmes, mais ils n'apparaissent pas revêtir une importance aussi grande que semblait le souligner la Cour des comptes.

Une analyse plus approfondie des conditions de gestion des prestations en nature par les trois fonctions publiques a fait apparaître les raisons pour lesquelles la question des prestations en nature ne semble pas représenter un enjeu de gestion pour les diverses administrations :

- Dans la FPH et la FPT, pour les établissements et collectivités qui ont souscrit des contrats d'assurance pour couvrir le risque AT-MP, les contrats prévoient que les professionnels de santé adressent directement aux assureurs leurs demandes de remboursement qui en effectuent immédiatement le règlement, dispensant ainsi les employeurs concernés de la gestion des prestations en nature. Seuls les établissements et collectivités qui pratiquent l'auto assurance sont effectivement susceptibles de générer les dysfonctionnements soulignés par la Cour. Cependant la mission a rencontré une situation particulière (la Ville de Paris) où une collectivité pratiquant l'auto assurance a choisi de déléguer à un assureur (Dexia) le paiement pour son compte des prestations en nature. Au vu de la décision d'imputabilité qui lui est adressée par les services de la Ville de Paris, l'assureur règle directement au professionnel de santé les dépenses exposées par les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Il n'est pas exclu que d'autres collectivités locales ou des établissements hospitaliers procèdent également ainsi.
- Dans la FPE, la mission a plus particulièrement interrogé les services du ministère du travail, de l'emploi et de la santé au niveau central (bureau des pensions, des validations de services et des accidents du travail à la direction des ressources humaines, en charge de la gestion des AT-MP pour l'ensemble des personnels d'administration centrale), régional (agence régionale de santé d'Ile-de-France) et local (unité territoriale de Paris de la Direccte Ile-de-France) pour connaître les conditions de gestion des prestations en nature.

Les relations avec les professionnels de santé ne soulèvent pas de difficultés tenant aux délais de paiement et la charge de gestion semble limitée, même s'il n'est pas possible de l'évaluer avec précision, cette activité étant totalement intégrée dans l'activité de gestion des AT-MP et ne faisant pas l'objet d'un suivi particulier en terme de moyens humains mobilisés.

Au-delà des entretiens avec des gestionnaires des trois fonctions publiques, la mission a pris connaissance des travaux conduits par les administrations suite aux préconisations de la Cour des comptes.

La direction de la sécurité sociale a ainsi étudié la possibilité de transférer au régime général la gestion des prestations en nature AT-MP dues aux fonctionnaires. Schématiquement résumés, les travaux conduits mettaient en évidence les points suivants.

- Dans le rapport de 2006, la Cour des comptes préconisait de confier aux organismes gestionnaires du régime général à la fois l'instruction des dossiers et le versement des prestations en nature AT-MP. Cependant, l'un et l'autre peuvent être distingués, le transfert du versement des prestations en nature étant l'objectif minimal à atteindre, cet objectif pouvant être réalisé indépendamment de l'instruction des dossiers.
- Plusieurs arguments plaident en faveur du transfert au régime général de la gestion des prestations en nature AT-MP, parmi lesquels on peut citer :
 - Cette réforme serait cohérente avec le fait que d'ores et déjà, les administrations d'emploi ne versent pas les prestations en nature de l'assurance maladie maternité. Ces prestations sont versées par les CPAM pour les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux, et par les sections locales de mutuelles pour les fonctionnaires d'Etat ;
 - Elle serait source de simplification à l'égard des professionnels de santé, le système actuel mettant en œuvre un circuit complexe des professionnels de santé vers l'administration.

Toutefois, la mise en œuvre de cette réforme poserait la question de la détermination de l'organisme gestionnaire, qui serait différent selon le périmètre de la réforme :

- si la réforme ne concerne que le seul transfert des prestations en nature AT-MP, la gestion de ces prestations pourrait être confiée à l'organisme déjà gestionnaire des prestations en nature de l'assurance maladie : CPAM pour les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux, sections locales de mutuelles pour les fonctionnaires d'Etat ;

- en revanche, étendre la réforme à l'instruction des dossiers poserait la question de l'organisme gestionnaire s'agissant des fonctionnaires d'Etat. En effet, il n'entre pas dans les compétences des mutuelles de reconnaître le caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie. Dès lors, l'instruction des dossiers incomberait aux CPAM. Or, on imagine mal les CPAM instruire des dossiers pouvant ouvrir droit à des prestations qu'elles ne verseraient pas. En conséquence, dès lors que la réforme engloberait à la fois l'instruction des dossiers et le versement des prestations en nature, l'une et l'autre attribution devraient être confiées aux CPAM pour les trois fonctions publiques.

Cette solution serait neutre pour les fonctions publiques hospitalière et territoriale. En revanche, pour la fonction publique d'Etat, les prestations en nature dues au titre de l'assurance maladie seraient versées par les sections locales de mutuelles, tandis que celles dues au titre du risque AT-MP seraient versées par les CPAM. Une telle situation ne manquerait pas de poser, à terme, la question du maintien des sections locales en tant que gestionnaires de l'assurance maladie.

Quel que soit son périmètre, cette réforme poserait également la question du financement. En l'état actuel du droit, l'Etat étant son propre assureur, il ne cotise pas pour le risque AT-MP. La réforme impliquerait la nécessité, pour l'Etat employeur, de cotiser à l'URSSAF, comme c'est déjà le cas pour l'assurance maladie.

Dans un premier temps, la DSS a donc proposé d'inscrire dans la COG Etat/CNAMTS, alors en cours de négociation, un engagement réciproque d'étudier les modalités pratiques d'un éventuel transfert au régime général des prestations en nature AT-MP des fonctionnaires. Les travaux à conduire auraient dû permettre de déterminer les moyens nécessaires à la bonne mise en œuvre d'une telle réforme : moyens en personnel ; moyens financiers ; moyens techniques (transfert des fichiers, systèmes d'information).

Cette première phase aurait pu être suivie d'une expérimentation sur un nombre limité de sites.

Cependant, cette possibilité s'est heurtée au refus de la DGAFP. (voir courrier du 23 juin 2010 en annexe) au motif que :

- cette réforme risquerait d'être perçue par les partenaires sociaux comme un désengagement des employeurs publics en terme de protection sociale des agents ;

- elle supposerait un alignement du droit applicable à la fonction publique sur le régime général alors qu'actuellement les fonctionnaires sont avantagés par rapport aux salariés du

secteur privé car ils ont droit au remboursement des frais réels sans que l'administration puisse leur opposer les tarifs de responsabilité de la sécurité sociale (voir supra) ;

- cette modification du régime des prestations en nature poserait inévitablement la question de l'alignement total du dispositif AT-MP des fonctionnaires sur celui en vigueur dans le régime général, en particulier en terme de reconnaissance de l'imputabilité, sujet qui doit faire l'objet de réflexions avec les partenaires sociaux dans le cadre de l'axe 13 de l'accord de novembre 2009.

Depuis la mi 2010, la question des modalités de gestion des prestations en nature n'a pas fait l'objet de nouveaux travaux.

S'agissant de la **compensation de la perte de rémunération** liée à l'interruption d'activité consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, il existe des différences marquées de conception entre les fonctionnaires et les salariés relevant du régime général ainsi que le résume le tableau ci-dessous.

Comparaison des régimes de compensation de la perte de salaire en cas d'arrêt de travail suite à AT-MP.

Régime général	Fonctions publiques
<p>I.J représentant 60% du salaire journalier de base plafonnée à 182 € pendant les 28 premiers jours.</p> <p>A partir du 29ème jour l'I.J est portée à 80% du salaire journalier de base, plafonnée à 247,67 €.</p>	<p>Maintien de l'intégralité du traitement de base pendant toute la durée de l'arrêt de travail.</p> <p>Les primes et indemnités obéissent à des règles différentes selon les fonctions publiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour la FPE distinctions entre primes liées à l'activité (supprimées ou réduites) et primes liées à la fonction (maintenues) - pour la FPT, chaque collectivité fixe ses propres règles, - pour la FPH règles en cours d'élaboration.

Les règles applicables aux fonctionnaires apparaissent plus favorables que celles dont bénéficient les salariés du régime général, sous réserve de la durée de l'arrêt de travail et de la part des primes et indemnités dans la rémunération totale des fonctionnaires. En effet pour des

arrêts de travail supérieurs à 28 jours et pour des fonctionnaires dont la rémunération comporte une part importante de primes et d'indemnités, les règles en vigueur dans les fonctions publiques peuvent s'avérer moins favorables que celles du régime général.

Cette situation induit à l'évidence des inégalités de traitement entre fonctionnaires et salariés relevant du régime général, même si, dans le secteur privé, de nombreuses conventions collectives prévoient une intervention financière de l'employeur en sus du versement des IJ du régime général pour assurer le maintien de la totalité du salaire.

Cependant ces différences ne sont pas propres aux arrêts de travail liés aux AT-MP. La même règle s'applique en cas de maladie ordinaire, longue maladie ou maladie de longue durée et trouve son origine dans le fait que ces absences sont, dans la fonction publique, avant tout définies comme des congés avec des règles spécifiques de maintien de la rémunération pendant des durées variables.

Aussi, il est difficile de concevoir un rapprochement des règles de compensation des pertes de rémunération entre fonction publique et régime général pour les seuls AT-MP sans envisager la question de la compensation des arrêts de travail pour maladie ordinaire.

En effet, soit le dispositif des IJ du régime général est modifié pour le seul risque AT-MP pour l'aligner sur celui de la fonction publique afin d'assurer le maintien par la sécurité sociale de la totalité du salaire, soit le niveau de traitement maintenu pendant l'arrêt de travail dans la fonction publique est ramené à celui procuré par les IJ.

Dans le premier cas on ne remet pas en cause la logique de base qui veut que l'indemnisation de la perte de salaire en cas d'AT-MP soit plus favorable qu'en cas de maladie ordinaire, mais la difficulté est d'ordre financier, la sécurité sociale se substituant à la couverture mise en place par les conventions collectives.

Dans le second cas on voit mal comment on pourrait introduire dans les fonctions publiques des IJ, par définition le plus souvent moins favorables que le maintien de la totalité du traitement, pour les seuls arrêts de travail consécutifs à des AT-MP rendant ainsi ce dispositif moins favorable que celui applicable aux maladies ordinaires.

Cette réforme ne pourrait donc se concevoir que si elle s'appliquait à l'ensemble des arrêts maladie, réforme qui va très au delà de la réflexion qu'il a été demandé à la mission de conduire.

2.3 RECOMMANDATIONS

La comparaison des conditions de gestion des prestations en nature et des modalités de compensation des pertes de rémunération entre fonctions publiques et régime général montre qu'il est difficile d'envisager des évolutions sur ces deux sujets indépendamment d'une réflexion plus globale sur la question de la protection sociale des fonctionnaires.

Ainsi que l'a rappelé récemment le Conseil d'Etat (CE, n° 353853, 23 décembre 2011), "les régimes de retraite forment un tout dont aucune disposition ne peut être envisagée isolément". Il a ainsi refusé de soumettre au conseil constitutionnel une question prioritaire de

constitutionnalité portant sur une différence de traitement entre les assurés sociaux du secteur public et ceux du secteur privé concernant les modalités de la réversion des pensions.

La mission considère que ce principe vaut aussi en matière de réparation des accidents du travail et de maladie professionnelle et ne préconise pas de réforme ponctuelle qui ne s'inscrirait pas dans une démarche plus globale.

Cependant tant en matière de prestations en nature que de compensation des pertes de rémunération des efforts importants doivent être réalisés en matière de connaissance des coûts car, comme le soulignait la Cour des comptes dans son rapport en 2006 « la connaissance de l'importance, des caractéristiques et du coût des AT-MP doit être substantiellement améliorée ». L'outil de gestion dont la mise en place est préconisée par la mission devrait permettre d'assurer un suivi local et une consolidation nationale des dépenses de soins et de maintien du traitement.

En outre, le maintien des règles aujourd'hui applicables dans la fonction publique en matière de maintien du traitement n'interdit pas la poursuite de la politique de clarification et d'harmonisation entreprise à l'occasion de la publication du décret du 26 août 2010 et de la circulaire du 22 mars 2011 relatifs au régime de maintien des primes et indemnités.

En effet la circulaire du 22 mars 2011 continue de laisser à chaque administration une marge de manœuvre importante pour déterminer dans quelle mesure il convient de maintenir le niveau de primes et indemnités, en particulier pour celles qui comprennent une partie liée aux résultats. Dans ces conditions, les inégalités de traitement que le décret de 2010 entendait combattre risquent de subsister. Par ailleurs il conviendrait de veiller à ce que les dispositions qui doivent être prises dans la FPH soient les plus proches possibles de celles en vigueur dans la FPE.

Recommandation n° 7. Poursuivre les travaux d'harmonisation sur la prise en compte des primes et indemnités en cas d'arrêt de travail consécutif à un AT-MP

PARTIE 3. INDEMNISATION DE L'INCAPACITE PERMANENTE

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'issue de la période de soins, le médecin traitant doit établir un certificat médical indiquant les conséquences de l'accident ou de la maladie :

- certificat médical final de guérison lorsqu'il y a disparition apparente des lésions,
- certificat médical de consolidation lorsque les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire et avec des séquelles entraînant une incapacité permanente.

La prise en charge de la victime relève alors de l'indemnisation de l'incapacité permanente qui obéit à des règles différentes dans le régime général et dans la fonction publique.

3.1 COMPARAISON : ETAT DES LIEUX.

3.1.1 Les dispositions applicables dans le régime général

Pour le régime général, les accidents ou maladies avec séquelles représentent 4,7% des sinistres mais 55% des dépenses totales de la branche AT-MP.

Comme pour la reconnaissance de l'imputabilité et la prise en charge de l'incapacité temporaire c'est la CPAM qui gère la réparation. Elle décide elle-même de la mise en œuvre de la procédure sans avoir à attendre la demande de la victime ou de ses ayants droit.

3.1.1.1 Le cadre juridique

La base du dispositif de l'indemnisation de l'incapacité permanente est posée par l'article L. 431-1 du CCS :

« Les prestations accordées aux bénéficiaires du présent livre comprennent :

...

4°) pour les victimes atteintes d'une incapacité permanente de travail, une indemnité en capital lorsque le taux de l'incapacité est inférieur à un taux déterminé, une rente au-delà et, en cas de mort, les rentes dues aux ayants droit de la victime. »

Cet article est complété par plusieurs dispositions spécifiques qui concernent :

- **la faute inexcusable de l'employeur** : l'article L 452-1 prévoit une indemnisation complémentaire. Elle se traduit par une majoration d'indemnité (article L. 452-2). Cette majoration n'exclut pas la possibilité pour la victime de « *demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées, de ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle* » (article L. 452-3),
- **la faute intentionnelle de l'employeur** : l'article L. 452-5 dispose que, dans ce cas, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application des dispositions du CSS,
- **la possibilité d'un recours contre le tiers** auteur de l'accident selon les règles du droit commun si le préjudice n'a pas été réparé par application des dispositions du CSS (article L. 454-1),
- **le non versement de prestation ou d'indemnité** en cas de faute intentionnelle de la victime (article L. 453-1).

3.1.1.2 Les conditions de prise en charge

La première étape de la procédure concerne la constatation et l'établissement du taux d'incapacité permanente. Ce sont les services du contrôle médical qui déterminent ce taux. Cet avis lie la CPAM.

Les médecins conseil convoquent la victime de l'accident ou de la maladie et au vu de la constatation de sa situation physique vont appliquer un barème indicatif d'invalidité qui fixe le mode de calcul pour l'incapacité¹¹. Cependant, le médecin, en dehors de ce taux médical, peut fixer un taux dit professionnel lorsque l'incapacité permanente physique constatée rend la victime plus difficilement réinsérable dans son activité d'origine. En effet si le montant de la rente dépend d'abord du taux de l'incapacité permanente qui est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, sont également prises en compte ses aptitudes et sa qualification professionnelle.¹²

Pour les accidents du travail, l'annexe 1 à l'article R 434-35 du CSS est très explicite sur le caractère indicatif du barème : « *Il ne peut avoir qu'un caractère indicatif. Les taux d'incapacité proposés sont des taux moyens, et le médecin chargé de l'évaluation garde, lorsqu'il se trouve devant un cas dont le caractère lui paraît particulier, l'entière liberté de s'écarter des chiffres du barème ; il doit alors exposer clairement les raisons qui l'y ont conduit.* ». Cette annexe fournit par ailleurs des indications très détaillées sur la façon d'analyser et de mesurer les conséquences des séquelles pour chacun des organes touchés.

Sur proposition du contrôle médical, la CPAM peut recueillir l'avis du médecin du travail compétent en raison du contrat de travail liant la victime à son employeur. Elle adresse alors à ce médecin une fiche spéciale sur laquelle celui-ci mentionne les constatations ou observations qui sont relatives à l'aptitude de la victime à reprendre son ancien emploi ou la

¹¹ Pour les accidents du travail ce barème ainsi que son mode d'emploi figurent à l'annexe 1 à l'article R 434-35 du CSS. Pour les maladies professionnelles le barème indicatif figure à l'annexe II du décret n°99-323 du 27 avril 1999.

¹² Article L. 434-2 du CSS.

nécessité d'une réadaptation. Après réception de cette fiche, le médecin conseil établit un rapport où il donne son avis au vu de ces constatations et de l'ensemble des éléments du dossier.

Au vu des renseignements recueillis et de l'avis rendu par le médecin conseil, la CPAM se prononce sur l'existence de l'incapacité permanente, sur son taux et sur le montant de la rente due à la victime ou à ses ayants droit. La décision est notifiée par la CPAM à la victime qui dispose d'un délai de dix jours pour demander, si elle le souhaite, communication du rapport du médecin conseil et contester le taux retenu par la CPAM voire éventuellement solliciter une expertise technique. Dans ce cas s'applique la procédure dite du contentieux technique.

Le paiement de la rente est effectué par la CPAM, en principe chaque trimestre à terme échu. Cependant si le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66,66% la rente est versée mensuellement.

L'indemnisation de l'accident du travail dans le cadre de l'incapacité permanente se fait en principe sous forme de rente, ce qui découle d'ailleurs de la nature alimentaire de la rente. Toutefois la conversion en capital est obligatoire dans certains cas et, dans d'autres, la victime peut demander la transformation de la rente en capital.

La rente est obligatoirement versée sous forme de capital lorsque la victime n'est atteinte que d'une incapacité permanente inférieure à 10%.¹³

Le montant de cette indemnité en capital varie de 405,04 € pour un taux d'incapacité de 1% à 4049,23 € pour un taux de 9%¹⁴. Cette indemnité est exonérée de la contribution sociale généralisée et de la contribution au remboursement de la dette sociale et n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu.

En cas d'incapacité égale ou supérieure à 10%, la CPAM verse une rente d'incapacité permanente calculée sur la base du salaire des douze derniers mois précédant l'arrêt de travail¹⁵. Cette rente est égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de taux ne dépassant pas 50% et augmentée de moitié pour la partie supérieure à 50%. La rente est versée chaque trimestre lorsque le taux d'incapacité permanente est compris entre 10 et 50% ou chaque mois lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 50%. Elle est exonérée de la contribution sociale généralisée et de la contribution au remboursement de la dette sociale et n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu. Elle est versée jusqu'au décès de la victime.

Des dispositions spécifiques sont prévues en fonction du taux d'incapacité permanente :

¹³ Articles L. 434-1 et R. 434-1 du CSS.

¹⁴ Montants applicables à compter du 1^{er} avril 2012.

¹⁵ Le salaire annuel n'est pas pris dans son intégralité. Il est transformé en « salaire utile ». Ainsi, si le salaire annuel est supérieur au salaire minimum des rentes soit 17 921,64 € au 01/04/2012, il sera retenu dans les proportions suivantes :

- jusqu'à deux fois le salaire minimum des rentes : il est compté intégralement,
- de deux à huit fois le salaire minimum des rentes : la fraction excédant deux fois le salaire minimum est comptée pour un tiers,
- au-delà de huit fois le salaire minimum des rentes : cette fraction est abandonnée.

S'il est égal ou supérieur à 66,66%, la victime et ses ayants droit bénéficient d'une exonération totale du ticket modérateur pour tous les soins et médicaments, y compris ceux sans rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle, sauf les médicaments remboursés à 30 ou 15% ;

S'il est égal ou supérieur à 80%, la rente est majorée de 40% si la victime se trouve dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour les gestes de la vie quotidienne.

La victime a la possibilité de « racheter » une partie de sa rente. Ce rachat ne peut porter au plus que sur le quart du capital correspondant à la rente allouée jusqu'à 50%. La fraction de rente correspondant à la partie de taux supérieure à 50% ne peut jamais être convertie. Il est également possible de faire bénéficier le conjoint de la rente viagère, mais, comme pour le rachat, uniquement sur une partie de la rente. La réversion d'une rente est irréversible, y compris en cas de pré-décès du conjoint ou de divorce et il est possible de demander simultanément un rachat et une réversion.

Si l'accident du travail a entraîné le décès de l'assuré, les proches (conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité –non divorcé ni séparé-, enfants, etc.) peuvent bénéficier d'une rente. Véritables aides financières, elles s'adaptent aux différentes circonstances de l'existence de chacun des bénéficiaires. Elles ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu et sont exonérées de la contribution sociale généralisée et de la contribution au remboursement de la dette sociale. Le total des rentes ne peut dépasser 85% du salaire annuel de l'assuré décédé.

Le processus d'indemnisation de l'incapacité permanente dans le régime général est donc simple et ne fait intervenir que deux acteurs : le salarié et la CPAM, les éventuelles contestations de l'employeur quant à l'imputabilité sur son compte de l'accident ou de la maladie n'interférant pas avec le processus d'indemnisation dès lors que la caisse a reconnu le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

Indemnisation de l'incapacité permanente au sein du régime général

Assuré : adresse à la CPAM le certificat médical final de consolidation.

CPAM

Service médical : convoque l'assuré pour un examen médical

Rédige un rapport détaillé proposant un taux d'incapacité permanente.

Service administratif : communique à l'assuré et à l'employeur le taux d'incapacité permanente et le montant du capital ou de la rente.

Procède au paiement du capital ou au versement de la rente.

Au-delà des dispositions de base décrites ci-dessus, des règles particulières s'appliquent en cas de faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur.

La **faute inexcusable** de l'employeur se définit comme le non respect de l'obligation de sécurité née du contrat de travail le liant au salarié, obligation qualifiée par la Cour de Cassation d'obligation de résultat, alors qu'il a eu ou aurait dû avoir conscience du danger auquel il exposait le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures pour l'en préserver.

Lorsque cette faute est avérée, la réparation prévue par l'article L 451-1 du CSS est majorée :

- lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut dépasser le montant de ladite indemnité,
- lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, le montant de la majoration est fixé de telle sorte que la rente majorée allouée à la victime ne puisse excéder, soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, soit le montant de ce salaire dans le cas d'incapacité totale.

Le montant de la majoration est fonction non de l'importance du préjudice, mais de la gravité de la faute. La majoration est payée par la CPAM qui en récupère le montant auprès de l'employeur par l'imposition d'une cotisation supplémentaire.

Par ailleurs, indépendamment de la majoration de la rente, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation :

- du préjudice causé par ses souffrances physiques,

- du préjudice causé par ses souffrances morales,
- de ses préjudices esthétiques,
- de son préjudice d'agrément,
- du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle.

La réparation de ces préjudices est versée directement aux bénéficiaires par la CPAM qui en récupère le montant auprès de l'employeur. Ce dernier a la possibilité de s'assurer contre les conséquences financières de sa propre faute inexcusable ou de celle de ses collaborateurs et, dans ce cas, c'est la compagnie d'assurance qui rembourse la CPAM.

La **faute intentionnelle**, selon la jurisprudence « *suppose un acte volontaire accompli avec l'intention de causer des lésions corporelles et ne résulte pas d'une simple imprudence, si grave soit-elle* ».

Si l'accident est dû à la faute intentionnelle de l'employeur, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé au titre de la législation professionnelle, la CPAM n'étant tenue de servir que les prestations en nature et en espèces ainsi que les rentes prévues par le CSS. Par ailleurs, les CPAM peuvent intenter une action en remboursement des sommes payées par elles contre l'auteur de l'accident.

3.1.1.3 Les réflexions sur l'évolution de la réparation de l'incapacité permanente.

Depuis une vingtaine d'années (Rapport Dorion en 1991, Masse en 2001, Yahiel en 2002, Laroque en 2004) la question de la réparation intégrale des accidents du travail dans le régime général est débattue.

Cette question fait l'objet d'un nouveau groupe de travail dont la présidence a été confiée à Madame Ruellan. Sa lettre de mission écarte l'idée d'une réparation intégrale et demande à mieux distinguer la réparation du préjudice physique du préjudice professionnel :

« S'il existe un consensus pour la sauvegarde du caractère forfaitaire de la réparation des accidents du travail, considéré comme la contrepartie de la présomption d'imputabilité dont bénéficie la victime, il convient néanmoins de reconnaître qu'en raison de l'évolution de la responsabilité civile de droit commun qui ouvre aux victimes l'accès à une réparation intégrale et du recours à la nomenclature Dintilhac permettant d'identifier poste par poste les différents préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux indemnifiables, la question de son évolution se pose.

En outre, la création de systèmes particuliers de responsabilité ou de couverture (accidents médicaux, victimes de l'amiante), voire l'existence de prestations sociales indemnifiant le handicap, conduisent à apprécier leurs conséquences sur le système actuel de réparation des accidents du travail et maladies d'origine professionnelle.

Les auteurs des travaux précités ont mis l'accent sur le fait que la réparation intégrale, telle que pratiquée dans le droit commun, n'est pas transposable en l'état de la réparation des accidents du travail pour des raisons sociales, de sécurité juridique, de gestion et de coût. A

partir de ce constat, il vous est demandé de conduire les divers travaux préalables nécessaires à une réforme de la réparation conçue comme une rénovation du compromis de 1898 qui permette de mieux répondre aux besoins des victimes et d'individualiser la réparation par une meilleure prise en compte des préjudices professionnels en réformant la rente, tout en conservant un système forfaitaire de réparation ».

Les résultats de ces travaux seront disponibles dans le courant de l'année 2012.

3.1.1.4 Le financement

Les prestations d'incapacité permanente qui correspondent aux rentes et indemnités en capital versées aux victimes ou à leurs ayants droit se sont élevées à 4 073 M € en 2010 soit 53% du total des prestations versées (7 725 M €) au titre du risque AT-MP.

3.1.2 Les dispositions applicables dans la fonction publique

Dans les trois fonctions publiques, contrairement à ce qui se passe dans le régime général où il y a une unité de gestion par les CPAM, la procédure d'indemnisation de l'incapacité permanente fait intervenir plusieurs acteurs : l'employeur, la commission de réforme, les médecins experts agréés, le service des retraites de l'Etat pour la FPE ou la CNRACL pour la FPH et la FPT.

Le nombre de dossiers traités dans les trois fonctions publiques est peu élevé, ce qui peut s'expliquer en partie par le fait que seules les incapacités d'un taux égal ou supérieur à 10% sont prises en charge au titre des accidents de service ou de trajet :

- dans la FPE, le service des retraites de l'Etat a attribué 1368 allocations temporaires d'invalidité et 134 rentes viagères d'invalidité en 2010 ;
- dans la FPH et la FPT, la CNRACL a attribué 3069 allocations temporaires d'invalidité et 503 rentes viagères d'invalidité.

3.1.2.1 Le cadre juridique

Le fondement juridique de l'attribution au fonctionnaire d'une allocation temporaire d'invalidité figure dans les dispositions législatives statutaires propres à chaque fonction publique :

- pour la FPE, à l'article 65 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984,
- pour la FPT, aux articles L. 417-8 et L 417-9 du Code des communes, maintenus en vigueur par l'article L 119 de la loi du 26 Janvier 2004,
- pour la FPH, à l'article 80 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986,

qui disposent que :

« Le fonctionnaire qui a été atteint d'une invalidité résultant d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10% ou d'une maladie professionnelle peut prétendre à une allocation temporaire d'invalidité cumulable avec son traitement dont le

montant est fixé à la fraction minimale de la grille mentionnée à l'article 15 du titre premier du statut général correspondant au pourcentage d'invalidité... ».

S'agissant des textes réglementaires, sont applicables :

- pour la FPE, le décret n° 60-1089 du 6 octobre 1960, portant règlement d'administration publique pour l'application des dispositions de l'article 23 de l'ordonnance du 4 février 1959 relative au statut général des fonctionnaires,
- pour la FPT et la FPH le décret n°2005-442 du 2 mai 2005, relatif à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité aux fonctionnaires relevant de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière.

Si l'accident du travail ou la maladie professionnelle conduit à une mise à la retraite, ce sont les dispositions des articles L. 24-I 2°, L.27 et L.28 du Code des pensions civiles et militaires de retraites qui sont applicables pour les fonctionnaires de l'Etat et les articles 7 2°, 25, 36, et 37-I du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL pour la FPH et la FPT.

3.1.2.2 Les conditions de prise en charge

Les textes législatifs et réglementaires accordent le bénéfice d'une ATI au fonctionnaire maintenu en activité et atteint d'une invalidité permanente, dans trois cas :

- accident de service ayant entraîné une incapacité permanente d'un taux égal à 10% ;
- maladies d'origine professionnelle énumérées par les tableaux mentionnés à l'article L 461-2 du CSS c'est-à-dire résultant de la présence d'agents nocifs, liées à des infections microbiennes ou résultant d'une ambiance ou d'attitudes particulières, sans condition de plancher de taux d'invalidité ;
- maladies reconnues d'origine professionnelle dans les conditions mentionnées aux alinéas 3 et 4 de l'article L 461-1 du CSS¹⁶. Dans le cas où la maladie ne figure pas dans les tableaux, elle doit avoir entraîné un taux d'incapacité d'au moins 25% pour ouvrir droit au bénéfice de l'ATI.

Quand un fonctionnaire est radié des cadres en raison d'une invalidité imputable au service par suite d'un accident ou d'une maladie, il perçoit immédiatement une pension rémunérant ses services, même s'il n'a pas atteint l'âge légal requis pour être admis à la retraite et une rente viagère d'invalidité.

¹⁶ « 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 la victime.

Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 432-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé ».

Après un accident de service ou une maladie professionnelle, si le certificat médical final indique une consolidation avec séquelles, le fonctionnaire est convoqué devant un médecin agréé par l'administration chargé d'évaluer le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) pouvant ouvrir droit à une allocation temporaire d'invalidité (ATI).

Le taux d'incapacité permanente partielle est évalué selon le barème indicatif prévu à l'article L 28 du code des pensions civiles et militaires et non selon le barème de l'article L. 434-2 du CSS. Contrairement à ce dernier, le barème applicable aux fonctionnaires ne prend pas en compte l'âge de la victime, ses aptitudes et sa qualification. Il ne vise à réparer que les seules atteintes à l'état de santé résultant de l'accident ou de la maladie.

En cas d'accident du travail, si le taux des séquelles est inférieur à 10%, il n'ouvre droit à aucune réparation. Cependant le dossier de l'agent est conservé par son administration et il sera tenu compte du taux de séquelles de cet accident (ou de cette maladie) en cas de nouvel accident. Dans ce cas, l'ensemble des séquelles de l'agent imputable au nouvel accident et au(x) accident(s) précédent(s) devront être évaluées.

Si le taux des séquelles est égal ou supérieur à 10%, en cas d'accident du travail et dès 1% pour les maladies professionnelles, le fonctionnaire est informé de la possibilité de bénéficier d'une ATI. La demande d'allocation doit, à peine de déchéance, être présentée par le fonctionnaire à son administration dans le délai d'un an à partir du jour où le fonctionnaire a repris ses fonctions après la consolidation de la blessure ou de son état de santé.

Dès réception de cette demande, son dossier est soumis à la commission de réforme pour accord sur le taux. L'obligation de consulter la commission de réforme est posée dans des termes identiques pour les trois fonctions publiques et n'a pas été modifiée par le décret de novembre 2008.

L'avis de la commission, qui doit être motivé, n'est que consultatif, la décision de fixation du taux d'invalidité et donc du montant de l'ATI relevant de l'autorité administrative dont dépend le fonctionnaire pour le déroulement de sa carrière et de l'organisme payeur de l'ATI, à savoir le ministre chargé du budget (service des retraites de l'Etat) pour la FPE et la CNRACL pour la FPT et la FPH.

Jusqu'en 2011 il existait une différence dans les modalités d'organisation de la codécision entre ces autorités : pour la FPH et la FPT les textes exigeaient un avis conforme de la CNRACL avant que ne soit arrêtée la décision de l'autorité administrative dont relevait le fonctionnaire, alors que dans la FPE il était simplement indiqué « *Le pouvoir de décision appartient dans tous les cas au ministre dont relève l'agent et au ministre du budget* » sans préciser comment s'articulait l'intervention de ces deux autorités. Et, de fait, la Cour des comptes signalait dans son rapport de 2006 les difficultés de gestion résultant des différences d'interprétations entre le ministère employeur et le ministère du budget, le niveau de l'allocation retenu par l'employeur, voire l'attribution de l'allocation, étant parfois contesté par le payeur. Ces divergences de positions étaient source de lenteur dans la prise de décision et avaient des conséquences négatives pour les agents.

Le décret n° 2011-421 du 18 avril 2011 relatif à la procédure d'admission à la retraite pour invalidité des fonctionnaires civils de l'Etat dispose désormais que « *Dans tous les cas, la décision d'admission à la retraite pour invalidité, prise en application de l'article L 31, est*

subordonnée à l'avis conforme du ministre chargé du budget », alignant ainsi la FPE sur la FPT et la FPH.

L'ATI est calculée sur la base de l'indice 100 du décret n° 48-1108 du 10 juillet 1948, c'est-à-dire actuellement l'indice majoré 245, soit une allocation de 13 613,06 € par an pour un taux d'incapacité de 100%. Le taux d'invalidité de l'agent déterminera le taux de son invalidité : à 10% d'incapacité permanente partielle correspond une ATI calculée sur la base de 10% de 13 613,06 €. Il n'y a donc pas, dans la fonction publique, contrairement à ce qui se passe dans le régime général, de minoration ou de majoration du taux d'incapacité pour fixer le montant de la réparation.

L'ATI est attribuée pour une durée de cinq ans. Au cours de cette période, le taux d'incapacité ne pourra être modifié, sauf si l'agent est radié des cadres ou a été victime d'un autre accident reconnu imputable au service. A l'expiration des cinq ans ou à la date de radiation des cadres si celle-ci est antérieure, l'allocation fait l'objet d'une révision. Il a été signalé à la mission que cette révision n'intervenait pas toujours au bout de cinq ans et qu'il pouvait arriver que ce soit à l'occasion de l'instruction de la demande de départ à la retraite que le service instructeur découvre que la révision n'a pas eu lieu.

En fonction des résultats de l'expertise médicale, l'allocation peut être maintenue, augmentée, diminuée ou éventuellement supprimée si le taux d'IPP devient inférieur à 10%. Elle est attribuée sans limitation de jouissance si la révision a lieu au terme des cinq ans, à titre définitif si la révision intervient à la date du départ à la retraite.

Cependant, l'allocation attribuée sans limitation de jouissance peut être modifiée :

- à tout moment si l'agent est victime d'un nouvel accident imputable au service,
- au plus tôt cinq ans après la révision, si l'infirmité de l'agent s'est aggravée et s'il en fait la demande accompagnée d'un certificat médical. Toutefois une telle demande ne peut être présentée après la radiation des cadres.

Quand un fonctionnaire est radié des cadres en raison d'une invalidité imputable au service par suite d'un accident ou d'une maladie, il perçoit immédiatement une pension rémunérant ses services, même s'il n'a pas atteint l'âge légal requis pour être admis à la retraite et une rente viagère d'invalidité.

La décision d'admission à la retraite pour invalidité ne peut être prise que si le reclassement du fonctionnaire n'a pas été possible¹⁷ ou s'il ne l'a pas souhaité. Cette radiation intervient si le fonctionnaire est dans l'incapacité permanente de continuer ses fonctions (FPE) ou dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions (FPH et FPT). L'inaptitude du fonctionnaire est appréciée par rapport à l'exercice des fonctions de son emploi et doit présenter un caractère définitif.

¹⁷ Plusieurs interlocuteurs ont souligné les difficultés de reclassement suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle compte tenu des contraintes de gestion liées à la politique de maîtrise des effectifs. Ce point a été particulièrement souligné dans le centre hospitalier visité par la mission dans lequel les recommandations formulées par le médecin de prévention d'offrir des postes aménagés pour les personnels soignants (ne comportant pas en particulier de manipulation de patients) ne peuvent pas être mises en œuvre faute de postes de cette nature.

Dès lors que l'incapacité est définitive, la mise à la retraite peut intervenir soit à la demande du fonctionnaire, quand il le souhaite, sans attendre d'être parvenu à la fin du congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée dont il bénéficie, soit d'office à l'initiative de l'administration. Dans cette seconde situation l'administration ne peut pas radier des cadres le fonctionnaire tant qu'il n'est pas parvenu au terme de son congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée. Le taux d'invalidité rémunérable dans le cadre de l'attribution de la rente viagère d'invalidité est déterminé compte tenu du barème indicatif fixé par le décret n° 2001-99 du 31 janvier 2001 portant modification du décret n° 68-756 du 13 août 1968 pris pour l'application de l'article L.28 (3ème alinéa) du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Le montant de la rente viagère d'invalidité est obtenu en appliquant le pourcentage d'invalidité au traitement qui sert de base au calcul de la pension de retraite versée pour rémunérer les services.

Cependant un double mécanisme de plafonnement est prévu :

- plafonnement du traitement de référence : si le montant du traitement de référence dépasse un montant correspondant à la valeur de l'indice majoré 681, la fraction dépassant cette limite n'est comptée que pour le tiers ;
- plafonnement du cumul de la rente viagère et de la pension d'invalidité : leur somme ne peut faire bénéficier le retraité d'émoluments totaux supérieurs aux émoluments de base servant au calcul de la pension de retraite, c'est-à-dire son dernier traitement d'activité.

Par ailleurs le fonctionnaire bénéficie des garanties applicables pour toute mise à la retraite pour invalidité, imputable ou non au service :

- le montant de la pension rémunérant les services ne peut être inférieur à 50% des émoluments de base si l'invalidité est d'un taux au moins égal à 60% ;
- une majoration spéciale pour assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie peut être versée en sus de la rente viagère.

Comme pour l'attribution d'une ATI, la commission de réforme doit être consultée pour apprécier la réalité des infirmités invoquées, la preuve de leur imputabilité au service, le taux d'invalidité qu'elles entraînent et l'incapacité permanente à exercer les fonctions.

De même la décision d'admission à la retraite pour invalidité est subordonnée à l'avis conforme du ministre chargé du budget.

En conclusion le processus d'indemnisation de l'incapacité permanente dans les fonctions publiques est beaucoup plus complexe que dans le régime général car il fait intervenir cinq acteurs.

Fonctionnaire :

- Adresse à son administration le certificat médical final de consolidation.
- Peut contester les taux retenus par le médecin agréé.
- Demande à bénéficier d'une ATI s'il en remplit les conditions.

Administration :

- Saisit un médecin agréé du dossier du fonctionnaire.
- Convoque le fonctionnaire devant un médecin agréé
- Notifie au fonctionnaire le résultat de l'expertise du médecin agréé et, s'il remplit les conditions, l'informe de la possibilité de percevoir une ATI.
- Organise une nouvelle expertise en cas de contestation du fonctionnaire.
- Saisit pour avis la commission de réforme sur le taux d'incapacité.
- Après réception de l'avis de la commission de réforme, adresse une proposition d'ATI au SRE ou à la CNRACL.

**SRE ou
CNRACL**

- Instruit les dossiers de demande d'ATI transmis par les administrations et fixe le montant de l'allocation.
- Procède au paiement des ATI ou des RVI.

Médecin agréé :

- Procède à l'examen médical du fonctionnaire.
- Communique au service gestionnaire les conclusions de son expertise et le taux d'incapacité retenu.

Commission de réforme :

- Emet un avis sur le niveau du taux d'incapacité proposé par l'administration.

3.1.2.3 Les évolutions jurisprudentielles

Comme en matière de reconnaissance de l'imputabilité, le juge est amené à intervenir en matière de réparation. Jusqu'à une période récente, selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, le fonctionnaire ne pouvait faire valoir vis-à-vis de l'administration¹⁸ d'autres droits que ceux résultant de son statut ou de la législation sur les pensions. Selon la règle dite du « forfait de pension », le fonctionnaire avait droit uniquement, en cas d'accident de service, à une réparation sous forme de pension (rente viagère ou ATI) à l'exclusion de toute indemnité complémentaire de la collectivité publique employeur, même responsable de l'accident. Cette réparation ne couvre que les atteintes physiologiques directement liées à l'accident ou à la maladie professionnelle : le « préjudice corporel ».

Ce préjudice est exclusivement réparé par un régime de pension ajoutée à la pension d'invalidité ou une ATI ajoutée à la rémunération. Ce principe s'opposait à ce qu'une demande d'indemnité ou une action en responsabilité soit introduite par l'agent. Le forfait de pension s'opposait en particulier à ce que l'agent obtienne réparation au titre de ses souffrances physiques ou morales (« préjudice personnel »), des pertes de revenus ou de perspectives professionnelles (« préjudice patrimonial ») ou des manquements de l'autorité administrative, même fautifs.

Sur ce dernier point, cette règle était une source d'inégalité de traitement pour les fonctionnaires par rapport aux salariés relevant du régime général qui, en vertu des articles L. 452-1 et L. 452-5 du code de la sécurité sociale, peuvent engager une action à l'encontre de leur employeur en cas de faute inexcusable ou intentionnelle.

Le Conseil d'Etat a décidé dans deux arrêts du 15 février 2000¹⁹ que le forfait de pension devait être écarté au cas où des agents publics demandent la réparation de dommages corporels qui trouvent leur origine non dans l'accident de service mais dans la qualité des soins qui leur a été prodiguée²⁰.

Ces deux arrêts ont fait ressortir :

- le fondement de la responsabilité permettant de dépasser la réparation forfaitaire : il s'agit de la faute de l'administration,
- la portée de la réparation forfaitaire : elle couvre l'ensemble des séquelles physiques subies par la victime, celles liées à l'accident et celles liées aux soins,
- la portée de la réparation complémentaire du forfait de pension : il s'agit des souffrances endurées et des troubles de la vie personnelle et professionnelle.

¹⁸ Si le fonctionnaire victime parvient à mettre en cause dans la réalisation de son préjudice une autre personne (publique ou privée) en plus de son administration, il peut obtenir de ce tiers une indemnisation complémentaire de son forfait de pension.

¹⁹ *Mme Bernard c/Centre hospitalier de Neufchâteau* et *Castanet c/Ministre de la Défense*.

²⁰ Il s'agissait dans le premier cas d'un fonctionnaire hospitalier soigné en application de l'article 44 de la loi du 9 juillet 1986 dans son établissement employeur et dans le second cas d'un élève gendarme accueilli dans un hôpital militaire.

Le Conseil d'Etat est allé plus loin avec les deux arrêts du 4 juillet 2003 et 5 juillet 2004 *Moya-Caville c/ Centre hospitalier de Montpellier* et l'arrêt du 15 juillet 2004 *Duval Costa c/ La Poste*.

Avec ces trois arrêts le Conseil d'Etat définit un système semblant complet pour la réparation des préjudices qui ne seraient pas couverts par le forfait de pension :

- La réparation des atteintes physiques est couverte par le forfait de pension.
- La réparation des préjudices extra patrimoniaux est prise en compte hors du forfait de pension : il s'agit des souffrances physiques ou morales et des préjudices esthétiques ou d'agrément et ce même en l'absence de faute de l'administration (on est là sur le terrain de la responsabilité pour risque). Une faute du fonctionnaire peut être de nature à atténuer voire à exclure la responsabilité de l'administration.
- La réparation des préjudices patrimoniaux, c'est-à-dire les troubles dans les conditions d'existence, la perte de revenus, la perte de chance, etc., est possible en cas de faute de nature à engager la responsabilité de l'administration ou résultant de l'état d'un ouvrage public dont l'entretien lui incombe. Dans les deux cas, la faute de la victime est une cause d'exonération partielle ou totale de la responsabilité de l'administration.

Cette construction jurisprudentielle, qui permet de rapprocher la situation des fonctionnaires de celle des salariés relevant du régime général, semble cependant d'une portée pratique limitée. En effet aucun des interlocuteurs syndicaux interrogés par la mission n'a pu citer d'exemple de fonctionnaire ayant usé de la possibilité de demander une réparation complémentaire au-delà du forfait de pension, alors que, pour une telle démarche, les fonctionnaires demandent en général l'appui des organisations syndicales. L'explication en serait, outre la méconnaissance assez générale de cette voie de droit, la réticence, chez ceux qui connaissent cette possibilité, à s'engager dans un parcours juridique long et à l'issue incertaine susceptible de surcroît de susciter des tensions avec leur administration.

3.1.2.4 Le financement

Contrairement à ce qui se passe pour le financement du maintien des rémunérations et de la prise en charge des soins, qui demeure à la charge de chacun des employeurs et ne fait pas l'objet d'une traçabilité budgétaire particulière, le financement des ATI est organisé tant en recettes qu'en dépenses.

Pour la FPE, c'est le « compte d'affectation spéciale pensions » qui reçoit en recettes de la part des divers employeurs une contribution destinée au financement des ATI. Le décret n° 2011-3037 du 29 décembre 2011 portant fixation de la contribution employeur a fixé, pour 2012, ce taux à 0,33% des rémunérations soumises à retenue pour pension.

En 2010, le service des retraites de l'Etat a dépensé sur le « compte d'affectation spécial pensions » 140 M € pour le paiement des ATI contre 134 M € en 2006 soit une augmentation de 4,5% sur cinq ans.

Pour la FPH et la FPT, l'article 16 du décret du 2 mai 2005 pose également le principe d'une telle contribution²¹. Une cotisation de 0,5% du montant des rémunérations soumises à retenue pour pension est collectée par la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et versée à un fonds, l'ATIACL, relevant de la Caisse des dépôts et consignations.

En 2010, l'ATIACL a disposé d'un total de ressources de 221 M € dont 217 de cotisations et 144,1 M € ont été enregistrés en dépenses dont 1376 au titre du versement des prestations. Sur les cinq dernières années (2006-2010) le total des cotisations perçues (qui évoluent comme la masse salariale) ont augmenté plus fortement (+ 16,3%) que les prestations versées (+13,2%). En revanche cette tendance devrait s'inverser sur 2011-2012, l'ATIACL prévoyant sur ces deux années une augmentation des prestations de 7% contre 4% pour les cotisations.

3.2 LES ENJEUX D'UNE EVENTUELLE REFORME

Dans son rapport de 2006 la Cour des comptes identifiait principalement trois sujets concernant la gestion du régime de l'indemnisation de l'incapacité permanente dans la fonction publique par comparaison avec le régime général :

- le caractère forfaitaire et simple de la réparation dans la fonction publique alors que dans le régime général il existe un système complexe de modulation du taux et de plancher et de plafond du salaire de référence,
- la diversité des barèmes applicables : dans la fonction publique il est fait référence au barème d'invalidité du code des pensions civiles et militaires de retraite, qui n'est pas spécifique aux accidents du travail et aux maladies professionnelles mais concerne l'ensemble des invalidités ; dans le régime général il y a un barème spécifique pour les accidents du travail et les maladies professionnelles,
- l'absence de réflexion dans la fonction publique sur l'impact des évolutions jurisprudentielles en matière de réparation et la non participation des administrations aux travaux sur la réparation intégrale.

Au vu de ces constats la Cour s'interrogeait sur le fondement des particularités de la réparation dans la fonction publique et sur l'opportunité de lui appliquer des règles similaires à celles du régime général. Elle demandait qu'une réflexion spécifique à la fonction publique soit engagée en matière de réparation des AT-MP pour :

- trouver un nouvel équilibre entre des règles uniformes et forfaitaires et une plus grande justice dans l'indemnisation,
- éviter une inflation des contentieux,
- favoriser le développement des actions de prévention par les employeurs publics.

La mission a évoqué les trois sujets identifiés par la Cour lors de ses réunions avec les administrations et les partenaires sociaux.

²¹ « Les collectivités territoriales et les établissements publics dont les fonctionnaires sont mentionnés à l'article 1^{er} versent à la Caisse des dépôts et consignations une cotisation mensuelle.

Son montant est calculé par application d'un taux fixé par un arrêté des ministres chargés de l'intérieur, du budget, de la santé et de la sécurité sociale au montant des traitements soumis à retenue pour pensions, y compris les traitements versés aux fonctionnaires détachés d'une autre collectivité ou établissement public et aux fonctionnaires de l'Etat en position de détachement ».

Contrairement à la question de l'imputabilité, qui a suscité de la part de l'ensemble des organisations syndicales des demandes d'évolution tendant à rapprocher les règles applicables aux fonctionnaires de celles en vigueur pour les salariés relevant du régime général, la question de la réparation de l'incapacité permanente n'a suscité que peu d'intérêt. Une seule organisation a fermement demandé que les fonctionnaires bénéficiant d'un taux d'incapacité inférieur à 10% suite à un accident du travail puissent, comme les salariés du régime général, bénéficier du versement d'un capital.

Pourtant le dispositif applicable à la fonction publique est objectivement plus défavorable que celui applicable aux salariés relevant du régime général :

- aucun fonctionnaire victime d'un accident de service ou de trajet ne perçoit d'indemnisation pour les incapacités inférieures à 10% alors que les salariés du régime général perçoivent un capital allant de 405 € pour un taux de 1% à 4049 € pour un taux de 9% ;
- le caractère forfaitaire du barème de l'allocation temporaire d'invalidité conduit à ce que tous les fonctionnaires percevant un traitement brut annuel supérieur à 27 226 € (soit à partir de l'indice majoré 490) soient moins bien indemnisés que les salariés du régime général et ce quel que soit leur taux d'incapacité. En revanche, en deçà de l'indice majoré 490 l'ATI est d'autant plus favorable que le taux d'incapacité est faible, compte tenu du mode de calcul de la rente d'incapacité permanente qui ne retient qu'à hauteur de la moitié les taux d'incapacité inférieurs à 50%.

Comparaison des niveaux de réparation de l'incapacité permanente entre fonction publique et régime général

Taux d'incapacité (%)	ATI fonction publique Montant forfaitaire (€)	Rente selon le niveau de salaire annuel (€)					
		14 400	18 000	24 000	27 226	40 000	50 000
10	1 361	720	900	1 200	1 361	2 000	2 500
20	2 723	1 440	1 800	2 400	2 723	4 000	5 000
30	4 084	2 160	2 700	3 600	4 084	6 000	7 500
40	5 445	2 880	3 600	4 800	5 445	8 000	10 000
50	6 807	3 600	4 500	6 000	6 807	10 000	12 500
60	8 168	5 760	7 200	9 600	10 890	16 000	20 000
70	9 529	7 920	9 900	13 200	14 974	22 000	27 500
80	10 890	10 080	12 600	16 800	19 058	28 000	35 000
90	12 252	12 240	15 300	20 400	23 142	34 000	42 500

Sont donc aujourd'hui pénalisés la totalité des agents de catégorie A (sauf en début de carrière) et les agents de catégorie B sur des grades d'avancement en fin de carrière. Les agents de catégorie C peuvent être mieux traités que les salariés du régime général de même niveau de rémunération, à condition que leur taux d'incapacité soit faible.

C'est surtout dans la FPE que la proportion de fonctionnaires de catégorie A est importante (63%) en 2009. Dans la FPH (15%) et la FPT (8%), la catégorie A est très minoritaire.²²

²² Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2010-2011. Alors que le nombre de fonctionnaires de catégorie A est bien identifié dans la FPE, dans la FPT les statistiques recouvrent agents titulaires et non

Il convient cependant de nuancer cette comparaison des deux dispositifs d'indemnisation en rappelant que les préjudices indemnisés ne sont pas identiques. La rente d'incapacité couvre un champ plus large car, si son montant dépend d'abord du taux de l'incapacité permanente qui est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, sont également prises en compte ses aptitudes et sa qualification professionnelle. L'ATI, pour sa part, ne vise à réparer que les atteintes à l'intégrité physique.

3.3 RECOMMANDATIONS

Comme en matière de prestation en nature et de compensation de la perte de rémunération en cas d'arrêt de travail, la mission, même si l'objet de son rapport est précisément de faire du droit comparé entre les régimes de réparation, considère que la constatation de situations inégalitaires entre les fonctionnaires et les salariés en matière de réparation du dommage doit être analysée en gardant à l'esprit la philosophie et le fonctionnement de chaque régime, qui sont très différents.

Cependant, il est apparu à la mission que rien ne justifie une différence de traitement entre les fonctionnaires et les salariés relevant du régime général en ce qui concerne l'indemnisation des taux d'incapacité inférieurs à 10% suite à un accident du travail, d'autant plus que cette règle ne s'applique pas pour les maladies professionnelles des fonctionnaires pour lesquelles les textes ne fixent aucun taux plancher pour le versement de l'ATI.

Aussi, sur ce point, la mission a souhaité esquisser des pistes de réforme, en essayant d'en chiffrer le coût, et recommander que les administrations engagent des travaux plus approfondis sur ce sujet.

Deux solutions sont envisageables :

- Soit un versement en capital, comme dans le régime général qui a choisi ce mode de réparation tant pour les accidents du travail et les maladies professionnelles entraînant un taux d'incapacité de moins de 10%. Cependant, cette solution conduirait, à taux d'incapacité équivalents, à une différence de traitement entre fonctionnaires victimes d'un accident du travail, qui bénéficieraient du versement en une seule fois d'un capital et fonctionnaires victimes d'une maladie professionnelle qui bénéficieraient de l'ATI sans limitation de jouissance sous réserve de sa révision au bout de cinq ans. Il conviendrait donc sans doute dans ce cas d'envisager de revoir le mode de réparation pour les maladies professionnelles et de remplacer le versement de la rente par le versement d'un capital pour les incapacités permanentes inférieures à 10%.
- Soit l'attribution d'une ATI calculée de la même façon que pour les maladies professionnelles (application du taux d'incapacité à l'indice majoré 245 et modalités de versement et de révision identiques). Cette solution semble plus simple à mettre en œuvre et assure une égalité de traitement entre victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles au sein de la fonction publique mais elle conforte la différence de

titulaires et dans la FPH elles prennent en compte le personnel médical et non médical sans identifier isolément les fonctionnaires au sein du personnel médical. Pour ces deux fonctions publiques les chiffres cités sont donc des ordres de grandeur.

traitement entre régime général et fonction publique en matière de réparation des incapacités inférieures à 10 %.

S'agissant du coût de cette mesure, en l'absence de statistiques dans les trois fonctions publiques sur le nombre de fonctionnaires bénéficiant d'un taux d'incapacité de moins de 10%, la mission a demandé à la CNAMTS de lui fournir, d'une part, le nombre de salariés relevant du régime général (agents contractuels) employés dans les trois fonctions publiques victimes d'un accident du travail ayant bénéficié en 2010 du versement d'un capital et le taux moyen d'incapacité de ces salariés et, d'autre part, le nombre de ceux bénéficiaires d'une rente d'incapacité permanente (correspondant à l'ATI dans la fonction publique). Comme le SRE et la CNRACL disposent de statistiques sur le nombre d'ATI, en supposant que le rapport entre les taux d'incapacité de moins de 10% et de 10% et plus soit identique entre agents contractuels et fonctionnaires, la mission a pu procéder à une estimation du coût de l'extension de la réparation de l'incapacité permanente aux fonctionnaires victimes d'un accident de service ou de trajet entraînant un taux d'incapacité inférieur à 10% (voir annexe 8).

Si le choix se portait sur une réparation sous la forme du versement d'un capital d'un montant identique à celui versé par le régime général, la dépense supplémentaire annuelle pour les trois fonctions publiques serait de 11,55 M €, somme à rapporter aux 277,6 M € consacrés en 2010 au financement de la réparation de l'incapacité permanente. Le montant du capital versé pourrait bien entendu être différent de celui versé par le régime général et être calculé selon des modalités propres à la fonction publique, tenant compte en particulier du montant de l'ATI.

Si le choix se portait sur une réparation sous la forme de versement d'une ATI, comme pour les maladies professionnelles, la dépense serait supérieure en raison de la répétitivité de la dépense: à titre d'exemple, sur cinq ans le versement d'une ATI entraînerait une dépense supplémentaire de 61,4 M € contre 57,7 M € en cas de versement d'un capital.

Si le choix se portait sur une réparation sous la forme du versement d'un capital d'un montant identique à celui versé par le régime général, la dépense supplémentaire annuelle pour les trois fonctions publiques serait de 11,55 M €, somme à rapporter aux 277,6 M € consacrés en 2010 au financement de la réparation de l'incapacité permanente. Le montant du capital versé pourrait bien entendu être différent de celui versé par le régime général et être calculé selon des modalités propres à la fonction publique, tenant compte en particulier du montant de l'ATI.

Les premières analyses conduites par la mission devraient d'être approfondies sur le plan technique par les administrations et prendre en compte les réflexions menées dans le régime général sur l'évolution des modalités de réparation. Il semble en effet important de s'inscrire dans une perspective plus large et à moyen terme d'harmonisation des situations des salariés et des fonctionnaires en matière d'AT MP.

Recommandation n° 8. Mettre à l'étude la possibilité d'une harmonisation entre les fonctionnaires et les salariés du régime général de la réparation financière pour les victimes d'un accident de service ou de trajet ayant entraîné un taux d'incapacité permanente inférieur à 10%

Au-delà de la situation spécifique des fonctionnaires victimes d'accident du travail entraînant une incapacité permanente inférieure à 10%, la mission ne recommande pas dans l'immédiat de modifier le dispositif de réparation en vigueur dans les trois fonctions publiques.

En effet compte tenu :

- des réflexions en cours au sein du régime général (cf. lettre de mission confiée à Madame Ruellan),
- de la difficulté à gérer une réforme qui, si elle se bornait à aligner les modalités de calcul de l'ATI sur celles de la rente d'incapacité permanente du régime général, ferait certes des gagnants (les fonctionnaires dont l'indice de traitement est supérieur à l'indice majoré 490) mais aussi des perdants (une partie de ceux dont le traitement est inférieur à l'indice majoré 490 et dont le taux d'incapacité est faible),

il est préférable de s'engager dans la voie d'une mise à plat et d'une harmonisation des deux dispositifs d'indemnisation plutôt qu'une évolution de l'ATI vers le modèle actuel de rente d'incapacité. Il faut donc que les administrations participent, comme le demandait déjà la Cour des comptes en 2006, aux réflexions en cours sur la réparation de l'incapacité permanente (cf. lettre de mission de Madame Ruellan), ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Ce n'est qu'à l'issue de ces réflexions que pourrait être repensé un dispositif commun de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dont les modalités de gestion devraient également être réinterrogées (maintien de deux gestionnaires ou gestionnaire unique).

S'agissant des barèmes médicaux applicables pour le calcul des taux d'incapacité, c'est également dans le cadre des réflexions conjointes fonction publique-régime général (voir recommandation infra) que cette question devra être étudiée.

CONCLUSION

Six ans après la publication du rapport de la Cour des comptes, la mission ne peut que reprendre à son compte le constat et les propositions qui étaient formulés à l'époque.

La réforme des commissions de réforme en 2008 n'a pas, en effet, permis d'améliorer significativement le fonctionnement de ces instances, ainsi qu'en témoigne les remarques formulées par l'ensemble des représentants des organisations syndicales rencontrés par la mission et les constats de l'audit effectué par Klee Group à la demande de la DGAFP.

Par ailleurs, les dispositions de l'accord de novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique concernant le dispositif d'accompagnement des atteintes à la santé (axes 12 à 15) n'ont été, à ce jour, que partiellement mises en œuvre.

Les propositions formulées par la mission s'inscrivent donc dans le droit fil de celles que proposait la Cour, en particulier pour ce qui concerne la rédaction d'une circulaire unique « accidents de service, de trajet, de mission et maladies professionnelles » et la mise à disposition des services d'outils modernes de gestion administrative, l'une et l'autre de ces mesures permettant de « professionnaliser » la gestion des AT-MP dans la fonction publique à l'instar de ce qui se fait dans le régime général.

La clarification des règles applicables et la mise en place d'outils de gestion supposeront un **important effort de formation** de tous les intervenants. Nombre des interlocuteurs de la mission ont souligné les difficultés auxquelles sont confrontés les agents en charge de l'instruction des dossiers d'AT-MP dans les petites structures en raison du faible nombre de dossiers traités. Par ailleurs l'audit commandé à la société Klee Group par la DGAFP a insisté sur les difficultés de fonctionnement des commissions de réformes liées, pour partie, à l'absence de formation des médecins ou des représentants syndicaux.

Recommandation n° 9. Former l'ensemble des intervenants

Les représentants des organisations syndicales ont par ailleurs fait part de la méconnaissance par les agents des règles applicables en matière d'AT-MP (contenu du dossier à fournir, délais à respecter, rôle des commissions de réforme, voies contentieuses possibles...). Cette méconnaissance, outre qu'elle peut priver dans certains cas les agents de faire valoir leurs droits, est également une source de dysfonctionnement dans le processus d'instruction dans la mesure où elle conduit les services instructeurs à relancer l'agent pour qu'il fournisse le certificat médical initial ou les déclarations des témoins de l'accident. Un **effort d'information des agents** doit donc être conduit à l'occasion de leur prise de fonction ou de leur arrivée dans un nouveau service ainsi qu'en diffusant des messages d'information spécifiques lors des campagnes de prévention des risques professionnels.

Recommandation n° 10. Informer les agents sur les procédures à suivre en cas d'AT-MP

Les propositions présentées dans ce rapport sont volontairement centrées, ainsi que le demandait la lettre de mission, sur les fonctions publiques et doivent permettre, à législation et organisation constantes, de progresser dans la gestion des dossiers.

Cependant au sein du régime général, le champ des accidents du travail et des maladies professionnelles fait l'objet, depuis plusieurs années, de réflexions approfondies, compte tenu d'une part, des évolutions intervenues en matière de réparation des divers accidents de la vie (cf. les travaux sur la réparation intégrale) et, d'autre part, du développement de nouveaux risques professionnels, en particulier les risques psycho-sociaux, qui soulèvent des difficultés particulières en matière d'imputabilité.

Or, comme le soulignait déjà le rapport de la Cour des comptes, les fonctions publiques sont très largement absentes de ces réflexions. Il est donc indispensable qu'elles y participent, cette « ouverture » vers le régime général permettant par ailleurs une meilleure connaissance du fonctionnement de ce régime, et pouvant ainsi faciliter d'éventuelles évolutions plus fondamentales dans les modes de gestion du risque AT-MP dans les fonctions publiques.

Recommandation n° 11. Associer les trois fonctions publiques aux réflexions en cours dans le régime général sur l'évolution du régime AT-MP

Philippe BARBEZIEUX

Noël RENAUDIN

ANNEXE N° 1. LETTRE DE MISSION



LE MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

LE MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES
PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT,
PORTE-PAROLE DU GOUVERNEMENT

LE MINISTRE DE LA FONCTION PUBLIQUE

Paris, le **19 JAN. 2012**

A

Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales,
Monsieur le chef du service du contrôle général économique et financier,

Le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat a signé le 20 novembre 2009 avec sept des huit organisations syndicales représentatives et l'ensemble des représentants des employeurs publics un accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.

Cet accord s'articule autour de trois grands axes relatifs aux instances et acteurs opérationnels compétents en matière de santé et sécurité au travail, aux outils et dispositifs de prévention des risques professionnels et enfin aux dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé.

Au titre de ce troisième axe, une mesure spécifique est consacrée à une mission sur l'évolution du régime de l'imputabilité au service des accidents et des maladies des fonctionnaires, compte tenu des principes applicables dans le secteur privé.

L'imputabilité d'un accident ou d'une maladie au service n'obéit pas au même régime dans le droit privé et dans le droit de la fonction publique. A la différence du régime général de la sécurité sociale où la présomption d'imputabilité est la règle, dans la fonction publique, la charge de la preuve incombe à l'agent.

Dans ce contexte, les pistes de réflexion portant sur l'unification des réglementations applicables aux trois fonctions publiques en matière de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie et sur un rapprochement, dans toute la mesure du possible, avec les règles du secteur privé, méritent, cependant, d'être approfondies. En effet, actuellement, la distinction des régimes d'imputabilité entre les secteurs publics et privés est de moins en moins claire.

.../...

Ainsi, des évolutions jurisprudentielles et la pratique des ministères ont conduit *de facto* à une large application de la présomption d'imputabilité.

Par ailleurs, le régime des allocations temporaires d'invalidité (ATI) renvoie aux dispositions du code de la sécurité sociale et institue ainsi un mode d'imputabilité des maladies d'origine professionnelle, en vue de bénéficier d'une ATI, équivalent à celui du secteur privé.

Cette introduction progressive, dans la pratique, voire dans certains dispositifs, de la présomption d'imputabilité des accidents ou des maladies professionnelles n'est donc plus en adéquation avec un régime fondé sur la nécessité d'apporter la preuve du lien avec le service.

Dans ce cadre, une réflexion a été engagée au sein d'un groupe de travail avec les organisations syndicales. Cette réflexion doit également porter sur le régime de reconnaissance et de réparation des accidents de service et des maladies contractées dans l'exercice des fonctions en vigueur pour les fonctionnaires des trois fonctions publiques.

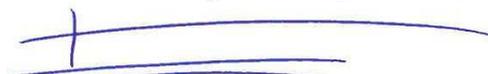
Compte tenu de la complexité de ce sujet, nous avons décidé de vous confier une mission qui aura pour objet de procéder, dans un premier temps, à un état des lieux comparatif des dispositifs en vigueur en matière de reconnaissance de l'imputabilité au service des accidents et des maladies dans le régime général de la sécurité sociale et dans le régime des fonctionnaires.

Nous souhaitons, dans un second temps, que cet état des lieux comparatif porte également sur les modalités de reconnaissance et de réparation des accidents et des maladies au sein des deux régimes précités.

Enfin, vous proposerez, si elles vous apparaissent nécessaires, des solutions d'évolution de ces dispositifs au sein de la fonction publique.

Vous pourrez, notamment, vous appuyer sur le service des retraites de l'Etat, la direction du budget, la direction générale de l'administration et de la fonction publique et la caisse nationale de retraites des agents des collectivités, ainsi que sur la direction générale du travail et la direction de la sécurité sociale afin de disposer des informations, études, jurisprudences et éléments statistiques qu'ils ont en leur possession.

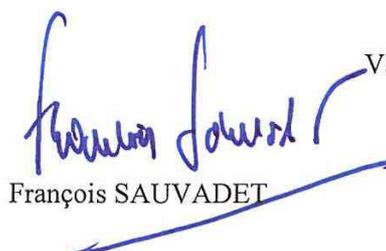
Nous souhaitons que le rapport puisse nous être remis dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la présente lettre.



Xavier BERTRAND



Valérie PECRESSE



François SAUVADET

ANNEXE N° 2. LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

organisme	nom	fonction
administrations centrales de l'Etat		
DGAFP	Laurent GRAVELAINE	sous-directeur des politiques interministérielles
DGAFP	Agnès AGRAFEIL- MARRY	adjointe au chef de bureau des politiques sociales
DGAFP	Nacer-Eddine DJIDER	bureau B7
DGAFP	Chantal GAUDEFROY	bureau B9
DSS	Fabrice UMARK	Bureau ATMP
DGOS	Eric SANZALONE	Bureau des relations sociales et des politiques sociales
DGOS	Christine TUAL	Bureau des relations sociales et des politiques sociales
DGOS	Eléonore DUBOIS	Bureau des relations sociales et des politiques sociales
DGOS	Martine CAVAILLE	Bureau des relations sociales et des politiques sociales
DGCL	Françoise PERRIN	Bureau de l'emploi territorial et de la protection sociale
DGCL	Francine BECKER	Bureau de l'emploi territorial et de la protection sociale
DGCL	Josiane LEBRUN	
Service des retraites de l'Etat	Alain BENOTEAU	Chef du bureau des invalidités
Service des retraites de l'Etat	Jean-Pierre LE MOUËLLIC	Adjoint au chef du bureau des invalidités
Service des retraites de l'Etat	Magali HIDALGO	Attachée au bureau des invalidités
Service des retraites de l'Etat	Olivier JEAN	responsable des statistiques au bureau financier et des statistiques
Service des retraites de l'Etat	Jérôme BERTHET FOUQUE	Chef du bureau des affaires juridiques
CNRACL		
CNRACL	Jean-Michel BACQUER	Directeur de l'établissement de Bordeaux. Direction des retraites et de la solidarité
CNRACL	Pascal LAFON	Directeur de la gouvernance des fonds Directeur de la solidarité et des risques professionnels
CNRACL	Daniel RAU	
CNRACL	Loïc GAUTIER	Responsable du service études et statistiques
CNRACL	Karine BELLIARD	Service statistiques invalidité AT/MP
CNRACL	Philippe DUBOIS	Responsable du service contentieux Service réglementation générale invalidité catégorie active
CNRACL	Christian DUBOURG	
CNRACL	André Sapin	Responsable du service risques professionnels
CNRACL	Alain CHAZELLE	Responsable d'unité invalidité
Régime général de la sécurité sociale		
CNAMTS Direction des risques professionnels	Dominique MARTIN	Directeur
CNAMTS Direction des risques professionnels	Odile VANDENBERGHE	Responsable de la mission médicale

CNAMTS Direction des risques professionnels	Jacqueline PEREZ	Adjointe au responsable du département réparation
CPAM du Val d'Oise	Cécile ALFOCEA	Directrice
CPAM du Val d'Oise	Jean CHAUVEAU	Directeur de la relation avec les entreprises
CPAM du Val d'Oise	Lynda BRAGANCE	Pilote des processus
CPAM du Val d'Oise	Sylvaine GALTIER	Médecin conseil chef d'échelon
CPAM du Val d'Oise	Michèle ALAIN	Médecin conseil
services gestionnaires		
CIG de la Grande Couronne	Claude SORET-VIROLLE	Directeur général adjoint
CIG de la Grande Couronne	Nicole Gauthier	Chargé de mission
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Direction des ressources humaines	Mehdi LALAM	adjoint du chef du bureau des pensions, des validations de services et des accidents du travail
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. DIRECCTE 75	Marie France FRANCON	Gestionnaire AT/MP
Centre hospitalier d'Argenteuil	Valérie CHAPELLE	Directrice des ressources humaines
Centre hospitalier d'Argenteuil	Florence LE RAY	Adjointe à la directrice des ressources humaines
Ville de Paris	Dominique GOMBERT	sous directeur de la modernisation et des systèmes d'information
Ville de Paris	Marc-Antoine DUCROCCQ	sous directeur des emplois et carrières
Ville de Paris	Sophie MÜHL	Chef du bureau des personnels ouvriers et techniques
Ville de Paris	Bernadette COSSET	Chef du département du système d'information.
Ville de Paris	Dominique TOUSSAINT JOUET	Attachée au bureau de gestion des non titulaires catégories C et des techniciens supérieurs.
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Agence régionale de santé d'Ile de France.	Pascal BERNARD	Directeur des ressources humaines et des affaires générales.
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Agence régionale de santé d'Ile de France.	Anne ROUMIER	Responsable du département dialogue social.
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Agence régionale de santé d'Ile de France.	Arnaud SCOLAN	Responsable du département gestion des ressources humaines.
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.	Jean-Jacques PENFORNIS.	Chargé de mission hygiène-sécurité.

Agence régionale de santé
d'Ile de France.

**Organisations
syndicales**

Fédération générale des fonctionnaires Force Ouvrière	Anne BALTAZAR	Secrétaire générale
Fédération générale des fonctionnaires Force Ouvrière	Didier BIRIG	Fédération des services publics et de santé
Fédération générale des fonctionnaires Force Ouvrière	David OLIVIER	Fédération de la Défense, industrie de l'armement et secteurs associés Force Ouvrière
Fédération syndicale unitaire	Marie Noëlle GILBERT	SNES
Fédération syndicale unitaire	Lionel DELBART	SNEP
Fédération syndicale unitaire	Luce DESSEAUX	SNUIPP
Fonctions publiques CFE CGC	Vincent HACQUIN	Président
Fonctions publiques CFE CGC	Marc BENASSY	Délégué fédéral santé et sécurité du travail
SOLIDAIRES	Eric BEYNEL	Secrétaire national
SOLIDAIRES	Michèle RAULT	SNUI-SUD Trésor
SOLIDAIRES	Jamila GARZON	SUD Intérieur
SOLIDAIRES	Christian MAITRASSE	SUD PTT
UFFA CFDT	Brigitte JUMEL	Secrétaire générale
UFFA CFDT	Maïté DRUELLE	Secrétaire générale adjointe
SGEN CFDT	Gilbert HEITZ	Secrétaire fédéral
CFDT INTERCO	Maurice COPIN	Secrétaire fédéral
UNSA	Geneviève RAOULT	Secrétaire nationale UNSA Fonction Publique
UNSA	Pierre DARTIGUES	SNOP
UNSA	Carine ROGER	Fédération Santé Sociaux
UNSA	Ange HELMERICH	Fédération territoriaux
CFTC	Yves NAUDIN	Secrétaire général
CFTC	Pascal WALGER	CFTC-Santé et sociaux.
CFTC	Christian LAMBERT	CFTC-Territoriaux.
CGT	Jean François NATON	Confédération
CGT	Philippe VORKAUFER	CGT-territoriale
CGT	Christophe GODARD	CGT-Santé-action sociale

ANNEXE N° 3. SIGLES UTILISES.

ARS : agence régionale de santé.

AT : accidents du travail.

ATI : allocation temporaire d'invalidité.

BND : banque nationale de données.

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie.

CSS : code de la sécurité sociale.

CTN : comité technique national

DGAFP : direction générale de l'administration et de la fonction publique.

DGCL : direction générale des collectivités locales.

DGOS : direction générale de l'offre de soins.

DRP : direction des risques professionnels.

DSS : direction de la sécurité sociale.

FPE : fonction publique de l'Etat.

FPH : fonction publique hospitalière.

FPT : fonction publique territoriale.

IJ : indemnité journalière.

SIRH : système d'information de gestion des ressources humaines.

TMS : troubles musculo-squelettiques.

ANNEXE N° 4. LA GESTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La lettre de mission distingue le régime général de la sécurité sociale et le régime des fonctionnaires. En fait la situation est plus complexe car, dans les trois fonctions publiques, cohabitent des agents dont le régime de protection sociale relève soit du régime général soit du régime spécifique à la fonction publique.

Dans la FPE trois dispositifs coexistent :

- un applicable aux agents titulaires défini au 2° de l'article 34 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat. C'est celui qui est appelé « régime fonctionnaires ».

- deux applicables aux agents non titulaires en fonction de la nature de leur contrat. L'article 2 du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 84-46 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat précise les modalités de gestion applicables aux agents contractuels en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle. Aux termes de ce texte, les agents non titulaires sont affiliés aux CPAM pour les risques maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail s'ils sont recrutés ou employés à temps incomplet ou sur des contrats à durée déterminée d'une durée inférieure à un an. Dans les autres cas, ils sont affiliés aux CPAM pour les seuls risques maladie, maternité, invalidité et décès, et les prestations dues au titre des accidents du travail sont alors servies par l'administration employeur. Aussi :

- les dossiers d'accidents du travail des agents non titulaires à temps plein sur des contrats égaux ou supérieurs à un an sont instruits par les services de l'Etat,

- ceux des agents non titulaires dont les contrats sont, soit à temps plein mais d'une durée inférieure à un an, soit à temps partiel quelle que soit leur durée sont instruits par les CPAM.

Lorsqu'elle est à la charge des services de l'Etat, la procédure d'instruction des dossiers des agents contractuels diffère de ceux des fonctionnaires sur les modalités de reconnaissance de l'imputabilité, la non saisine de la commission de réforme et le régime de la réparation des incapacités.

La décision d'imputabilité au service est prise lorsqu'il ne subsiste aucun doute sur l'imputabilité au service. Toutefois le droit du régime général reconnaissant la présomption d'imputabilité, l'administration est tenue d'instruire la déclaration dans le mois qui en suit la réception. En cas de dossier incomplet, un courrier est adressé à l'intéressé pour lui demander de compléter sa déclaration et pour l'informer qu'en application des dispositions du code du travail, un rejet sera prononcé dans le délai imparti s'il ne satisfait pas à la demande.

Si des séquelles subsistent après l'accident de service ou la maladie professionnelle, ce sont les dispositions du CSS qui sont appliquées :

- versement d'une indemnité en capital si le taux des séquelles est compris entre 1 et 9%,
- versement d'une rente viagère d'invalidité si le taux des séquelles est égal ou supérieur à 10%.

C'est la commission des rentes, composée de représentants de l'administration et des organisations syndicales, qui se prononce sur l'attribution de la rente ou de l'indemnité en capital. Le montant des indemnités en capital est fixé annuellement par arrêté du ministère des finances, tandis que celui des rentes viagères est déterminé par le calcul défini par le CSS en fonction du salaire de l'intéressé.

Des dispositions spécifiques sont prévues pour la prise en charge de la rémunération pendant l'arrêt de travail par l'article 14 du décret du 17 janvier 2006 :

« L'agent non titulaire en activité bénéficie, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, d'un congé pendant toute la période d'incapacité de travail précédant soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure, soit le décès.

Dans cette situation, nonobstant les dispositions de l'article L. 433-2 du livre IV du code de la sécurité sociale, l'article L. 433-2 du livre IV du code de la sécurité sociale, les indemnités journalières sont portées par l'administration au montant du plein traitement :

-pendant un mois dès leur entrée en fonctions ;

-pendant deux mois après deux ans de services ;

-pendant trois mois après trois ans de services.

A l'expiration de la période de rémunération à plein traitement, l'intéressé bénéficie des indemnités journalières prévues dans le code susvisé qui sont servies :

-soit par l'administration pour les agents recrutés ou employés à temps complet ou sur des contrats d'une durée supérieure à un an ;

-soit par la caisse primaire de sécurité sociale dans les autres cas. »

Dans la FPT il existe également plusieurs dispositifs de prise en charge :

- celui fonctionnaires territoriaux à temps complet ou à temps non complet dont la durée de travail est supérieure à 28 heures, qui relèvent du régime spécifique aux fonctionnaires,

- celui des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet effectuant une durée hebdomadaire de service inférieure à 28 heures qui relèvent du régime général de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès et accidents du travail. Ils ont cependant droit en cas d'arrêt de travail au versement de leur plein traitement par l'autorité territoriale pendant trois mois. Les indemnités journalières versées par la caisse primaire de sécurité sociale viennent alors en déduction de ce traitement.

- celui des agents non titulaires qui relèvent du régime général de la sécurité sociale. Ils ont droit à leur plein traitement dans les conditions de l'article 9 du décret n°88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale dans les mêmes conditions que les agents contractuels de la FPE.

« L'agent contractuel en activité bénéficie en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle d'un congé pendant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à la guérison complète, la consolidation de la blessure ou le décès.

L'intéressé a droit au versement de son plein traitement dans les limites suivantes :

1° Pendant un mois dès son entrée en fonctions ;

2° Pendant deux mois après un an de services ;

3° Pendant trois mois après trois ans de services. »

Les prestations en espèces versées par la caisse du régime général de sécurité sociale sont déduites de ce traitement.

Dans la FPH on distingue également un dispositif de prise en charge applicable aux agents titulaires et un spécifique aux agents contractuels. Pour ces derniers, le décret n°91-155 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit, dans son article 12, les mêmes dispositions que celles retenues dans la FPE et la FPT pour la prise en charge de la rémunération durant l'arrêt maladie.

Hors Police nationale	84,7%	4 21	5 50	73	6,1	6,6	5,8	,0
Police nationale	88,8%	5 283	6 775	2 066	,4	,6	,6	7,5
Jeunesse et Sports	96,5%	6 5	1 22	87	5,0	0,8	7,2	/a
Justice	97,2%	1 425	1 960	387	5,8	2,3	8,2	00,0
Ministères sociaux	90,0%	2 59	3 29	90	6,6	4,7	7,7	00,0
Services du Premier ministre	46,9%	2 9	3 1	0	0,0	8,3	1,6	/a
Total	78,8%	2 0 192	3 1 424	5 1 661	5,3	2,1	7,3	5,6

Source : enquêtes annuelles sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, DGAFP, bureau des statistiques des études et de l'évaluation. **Résultats définitifs.**

Champ : ensemble des ministères répondants, agents civils.

(*) Le taux de couverture à l'enquête est le rapport entre l'effectif couvert par l'enquête ministérielle et l'effectif mesuré dans le fichier général de l'État, en %.

nd : non disponible; N/a : non applicable.

Lecture : en 2006, 51 661 accidents du travail et de trajet ont été recensés dans les ministères. Les accidents de trajet représentent 15,3 % de ce total, 55,6 % des 45 accidents ayant entraîné le décès.

Ce tableau appelle plusieurs commentaires :

- les données sont anciennes (2006) et figuraient déjà dans le rapport de 2009-2010,
- le taux de couverture de l'enquête est inférieur à 80%,
- les informations rendues publiques sont réduites : nombre d'accidents de service et de trajet en distinguant ceux qui ont donné lieu à arrêt de travail, nombre de décès.

S'agissant des maladies professionnelles, les données sont également très limitées.

Tableau 10.4-2 : Nombre de cas reconnus de maladies professionnelles et nombre de jours d'arrêt par type de maladie dans les ministères en 2006

Maladies professionnelles	Cas reconnus	Nombre total de jours d'arrêt
06 Affections provoquées par des rayons ionisants	1	365

30 Affections consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante	67	1 091
30bis Cancers broncho-pulmonaires dus à l'inhalation de poussières d'amiante	1	221
42 Atteintes auditives provoquées par des bruits lésionnels	28	120
57 Affections périarticulaires provoquées par certains gestes ou postures	531	65 002
65 Lésions exzématiformes de mécanisme allergique	3	427
66 Affections respiratoires de mécanisme allergique	3	394
69 Affections provoquées par les vibrations et les chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets	7	809
97 Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par les vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier	8	2 056
98 Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes	39	5 609
Autres maladies	54	4 901
Total	742	80 995

Source : enquêtes annuelles sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, DGAFP, bureau des statistiques, des études et de l'évaluation. **Résultats définitifs.**

Champ : ensemble des ministères répondants, agents civils. Pour la Police nationale, aucun résultat n'est disponible.

La dernière publication des résultats détaillés de l'enquête annuelle de la DGAFP remonte à avril 2009 et portait sur l'année 2005.

Pour les **allocations temporaires d'invalidité (ATI)**, le service des retraites de l'Etat publie dans sa brochure « Les chiffres clés des retraites de l'Etat » les données suivantes pour l'année 2010 :

- dépenses du programme 741 pour les ATI : 140M€,
- nombre d'ATI mises en paiement : 62 537 dont 39 603 pour les hommes et 22 934 pour les femmes,
- taux moyen d'ATI : 16,83% (17,65% pour les hommes, 15,41% pour les femmes),
- ATI annuelle moyenne : 2154 € (2258 € pour les hommes, 1973 € pour les femmes),
- flux d'entrées en ATI en 2010 : 1368 dont 730 hommes et 638 femmes,
- taux moyen d'ATI des entrées 2010 : 13,71% (14,94% pour les hommes, 12,30% pour les femmes),
- ATI annuelle moyenne des entrées 2010 : 1795 € (1954 € pour les hommes, 1613 € pour les femmes).

Le service des retraites de l'Etat fournit également une ventilation des ATI selon le ministère d'appartenance des agents.

Des informations complémentaires sur les allocations temporaires d'invalidité figurent dans une note intitulée « Eléments descriptifs sur les dispositifs d'invalidité et d'inaptitude dans la fonction publique » rédigée par la direction du budget, le service des

retraites de l'Etat et la CNRACL en vue de la réunion plénière du Conseil d'orientation des retraites du 16 mars 2011 :

- Les 62 537 bénéficiaires des ATI se répartissaient ainsi par taux d'invalidité en 2010 :
 - o 0 - 20% : 49 545 soit 79% des bénéficiaires,
 - o 21 - 40% : 11 277 soit 18%,
 - o 41 - 60 % : 1404 soit 2%,
 - o 61% et plus : 341 soit 1%.

Ce stock est stable dans le temps (62 867 bénéficiaires en 2003) ainsi que sa répartition selon les taux d'invalidité.

- Les 1368 entrées en ATI en 2010 se répartissaient ainsi par taux d'invalidité :
 - o 0 - 20% : 1217 soit 89% des bénéficiaires,
 - o 21 - 40% : 128 soit 9%,
 - o 41 - 60% : 15 soit 1%,
 - o 61% et plus : 8 soit 1%.

Ce flux est stable dans le temps (1444 entrées en 2003) ainsi que sa répartition selon les taux d'invalidité.

- Lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 10%, l'incapacité permanente du fonctionnaire bénéficiant de l'ATI est principalement due à une maladie professionnelle.
- En revanche, lorsque le taux d'invalidité est compris entre 11% et 30%, l'incapacité permanente s'explique par les accidents de trajet ou de service.

Pour les **rentes viagères d'invalidité**, accessoire des pensions de retraite, le recueil statistique du service des retraites de l'Etat fournit des données pour l'année 2009 :

- total des bénéficiaires au 31/12/2009 : 5762, avec un montant annuel moyen d'accessoire de pension de 7673 €.
- flux d'entrées 2009 : 134, avec un montant annuel moyen d'accessoire de pension de 6967 €.

Des informations complémentaires sur les rentes viagères d'invalidité figurent dans la note transmise au conseil d'orientation des retraites:

- les pensions d'invalidité de la fonction publique de l'Etat concernent en quasi totalité une invalidité non imputable à l'exercice des fonctions, se rapportent aux pathologies communes à l'ensemble de la population et touchent indistinctement toutes les catégories de fonctionnaires.
- l'indemnisation par une pension d'invalidité d'une invalidité imputable au service est, en revanche, marginale. En 2010, 138 pensions ont été attribuées au titre d'une invalidité imputable. Ce très faible nombre est une caractéristique de la fonction publique de l'Etat. Il peut être attribué, d'une part, au développement de la prévention des accidents de service et des maladies professionnelles et, d'autre part, à la diminution des emplois exposés au dommage corporel.

Sont principalement concernés par les accidents de service, les professeurs d'éducation physique et sportive, les policiers et les surveillants de prison.

- le stock de bénéficiaires de pensions civiles d'invalidité en 2010 se répartissait ainsi en fonction du taux d'invalidité :
 - o 0 - 20% : 32%
 - o 21 - 40% : 36%
 - o 41 - 60% : 17%
 - o 61 – 80% : 10%
 - o 81% et plus : 4%.

Fonction publique hospitalière et fonction publique territoriale

Le fonds national de prévention de la CNRACL a mis en place une banque nationale de données (BND) pour assurer le suivi des AT-MP dans la FPH et la FPT ainsi que pour les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS). Pour les fonctions publiques, la BND est alimentée par le logiciel de gestion du risque professionnel Prorisq utilisé par 129 collectivités, et par les fichiers de données transmises par certains assureurs des collectivités territoriales et des établissements hospitaliers.

Au total la BND couvre une population de plus de 485 000 agents territoriaux et de plus de 205 000 agents hospitaliers. Cet échantillon ne représente qu'un pourcentage limité d'agents (23% pour les agents hospitaliers et 36,6% pour les agents territoriaux), mais les données remontées sont très complètes : nombre d'AT-MP, nombre de jours d'arrêts, métiers exercés par les victimes, élément matériel, siège et nature de la lésion, facteurs potentiels, cause, tâche exercée... A partir de ces données un certain nombre d'indicateurs sont calculés : taux de fréquence, indice de fréquence, taux de gravité, taux de sinistralité qui permettent un suivi « qualitatif » de l'évolution des AT-MP.

Aussi, les analyses établies à partir des 53 086 accidents et maladies recensés en 2009 (accidents de service, accidents de trajet, maladies professionnelles) peuvent être considérées comme pertinentes pour une analyse qualitative de la sinistralité dans ces deux fonctions publiques. En revanche, les chiffres de la BND ne peuvent être extrapolés pour connaître le nombre total d'accidents du travail et de maladies professionnelles faute de réelle représentation statistique de cet échantillon.

S'agissant de la FPH près de 19 000 accidents ou maladies ont été enregistrés pour une population de 205 000 agents hospitaliers dont une majorité (53,5%) n'a pas entraîné d'arrêt de travail.

HOSPITALIER - Type d'événement	Evénements				Durée congés associée		Jours d'arrêt	Evénements avec IP
	Avec arrêt	Sans arrêt	TOTAL	%	Jours	Moy.		
Effectif BND : 205 392 agents								
Accident de service	7 218	9 384	16 602	87,7%	303 259	42,0	317 782	218
Accident de trajet	898	510	1 408	7,4%	35 669	39,7	39 057	34
Maladie professionnelle	677	238	915	4,8%	101 822	150,4	130 580	111
Maladie contractée en service		4	4	0,02%			115	
Maladie à caractère professionnel	1	1	2	0,01%			439	
TOTAL	8 794	10 137	18 931	100%	440 750	50,1	487 973	363

Source : Banque Nationale de Données. Rapport statistique- Fonction publique hospitalière 2009.

Dans la FPT plus de 34 000 accidents ou maladies ont été recensés pour une population de 485 000 agents territoriaux. Leur gravité est plus importante que dans la FPH dans la mesure où seuls 35% des accidents ou maladies n'ont pas entraîné d'arrêt de travail.

TERRITORIAL - Type d'événement	Evénements				Durée congés associée		Jours d'arrêt	Evénements avec IP
	Avec arrêt	Sans arrêt	TOTAL	%	Jours	Moy.		
Population couverte BND : 485 663 agents								
Accident de service	18 476	10 307	28 783	84,3%	643 124	34,8	719 522	619
Accident de trajet	2 882	1 355	4 237	12,4%	121 534	42,2	127 995	147
Maladie professionnelle	804	319	1 123	3,3%	108 089	134,4	166 317	162
Maladie contractée en service	5	4	9	0,03%	352	70,4	594	
Maladie à caractère professionnel	1	2	3	0,01%	3	3,0	3	
TOTAL	22 168	11 987	34 155	100%	873 102	39,4	1 014 431	928

Source : Banque Nationale de Données. Rapport statistique- Fonction publique territoriale 2009.

Comme dans la FPE, la centralisation de la gestion des ATI et des RVI par la CNRACL permet d'avoir une connaissance exhaustive de ces dispositifs de réparation.

Le rapport annuel 2010 de l'ATIACL (fonds en charge des ATI dans la FPT et la FPH dépendant de la CNRACL) fait état de 66 689 bénéficiaires de l'ATI au 31 décembre 2010, cette prestation étant en progression régulière depuis 2000 (54 671 bénéficiaires au 31 décembre 2000).

Le nombre de premières concessions de cette prestation s'est élevé à **3069** en 2010 contre 2815 en 2009.

S'agissant des rentes d'invalidité, la CNRACL a attribué en 2009 **503** pensions d'invalidités assorties de rentes d'invalidité. Comme pour les ATI, le nombre de rentes d'invalidité progresse régulièrement (384 en 2002).

ANNEXE N° 6. BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages.

L'indemnisation du handicap. Pour l'instauration d'un régime unique de l'invalidité et de la dépendance. *Louis Mélenec*. Editions Desclée de Brouwer. 1997.

L'accident et la maladie du fonctionnaire imputable au service. Régime juridique et garanties statutaires. *Michel Libes*. Berger-Levrault. 2007.

Guide du chercheur en histoire de la protection sociale. Volume III (1914-1945) Comité d'histoire de la sécurité sociale. *Patricia Toucas-Truyen*. 2011.

La protection sociale des agents territoriaux face aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. *Jean-Paul Wauquier et Samuel Deliancourt*. Editions du Papyrus. 2009.

Accidents du travail Maladies professionnelles. Procédure. Indemnisation. Contentieux. *Michel Bühl, Angelo Castelletta, Delmas*. 2004.

Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale. Institut National de la Recherche et de la Sécurité. 2010.

Rapports.

Réflexions et propositions relatives à la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles. *Roland Masse*. 2001.

Vers la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles. Eléments de méthode. Apport à l'intention de Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité. *Michel Yahiel*. IGAS. Avril 2002.

La rénovation et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Rapport remis à M. Fillon, ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et présenté par le comité technique de pilotage de la réforme des accidents du travail, sous la présidence de M. *Michel Laroque*, IGAS. N°2004 032. Mars 2004.

Les accidents de travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires. Rapport public annuel de la Cour des comptes. Février 2006.

Evaluation du fonctionnement des comités médicaux et pour les personnels de l'éducation nationale. IGAS RM2010-031P, IGAENR n°2010-007. Mars 2010.

Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé. IGAS RM 2011-1748, IGA n°11083-01. Décembre 2011.

Etudes.

Etude sur l'activité des comités médicaux et commissions de réforme. Phase : Réalisation d'un état des lieux des instances consultatives. Société Klee Group. Janvier 2012.

Guide des bonnes pratiques. Activité des comités médicaux et commissions de réforme. Société Klee Group. Janvier 2012.

ANNEXE N° 7. ETUDE DE LA SOCIETE KLEE GROUP SUR L'ACTIVITE DES COMITES MEDICAUX ET DES COMMISSIONS DE REFORME

Phase 1 : Réalisation d'un état des lieux des instances consultatives.

Dans le cadre de l'action 12 « Amélioration du fonctionnement des instances médicales » de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, la DGAFP a confié à la société Klee Group la réalisation d'un état des lieux des instances consultatives ayant vocation à déboucher sur l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques.

Cet état des lieux a été présenté aux partenaires sociaux au début de l'année 2012, ainsi qu'un projet de guide des bonnes pratiques, qui devrait être prochainement diffusé par la DGAFP.

Concernant l'état des lieux, il s'agissait d'analyser en particulier les conséquences de la réforme de 2008 sur les commissions de réforme, qui visait à alléger la charge de travail de ces instances en ne leur soumettant désormais pour avis que les seuls dossiers de refus de reconnaissance par l'administration de l'imputabilité au service d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie professionnelle.

L'étude présente un bilan très contrasté de la réforme de 2008 :

- les services employeurs perçoivent positivement cette réforme car elle a fortement contribué à réduire les délais. Certains s'interrogent cependant sur leur capacité à évaluer l'imputabilité au service des maladies et accidents et un nombre réduit d'employeurs est mal informé de cette réforme, en particulier les petits employeurs ;
- les secrétariats des commissions de réforme perçoivent positivement cette réforme car elle a diminué le nombre de dossiers. La baisse de leur charge de travail n'a cependant pas été proportionnelle car sont restés les dossiers les plus complexes à instruire ;
- certains représentants des organisations syndicales s'inquiètent de cette réforme car il leur semble que la décision est prise par l'employeur seul et que les commissions de réforme deviennent des organismes de contentieux au sein desquels il leur est plus difficile de jouer leur rôle.

Au-delà de ces constats généraux, l'étude souligne :

- **l'augmentation récente du nombre de dossiers :**

Après la baisse enregistrée avec l'entrée en vigueur de la réforme de 2008 on assiste à une augmentation des dossiers (+10% entre 2008 et 2010 selon un sondage réalisé à l'occasion de l'étude), ce qui entraîne un accroissement de la charge de travail des secrétariats des commissions, dont les effectifs avaient été réduits suite à la réforme de 2008.

- **l'allongement des délais :**

C'est la conséquence de l'augmentation du nombre de dossiers et du caractère complexe des dossiers traités par les commissions. Au vu du sondage réalisé dans le cadre de l'étude, le délai médian de traitement par les commissions serait de 98 jours, mais dans 20% des cas il dépasserait 120 jours. L'insuffisance des moyens humains et techniques, la lourdeur des procédures, le volume important de dossiers incomplets seraient à l'origine de cette situation.

- **la faiblesse de l'implication des médecins :**

Les expertises rendues par les médecins sont parfois considérées comme insatisfaisantes car elles ne permettent pas de se prononcer en séance et il faut donc en demander de nouvelles. Il peut également arriver que des médecins ne viennent pas pour des séances pour lesquelles ils étaient mobilisés. Enfin, les secrétariats rencontrent des difficultés pour recruter de nouveaux médecins compte tenu de la faiblesse des rémunérations proposées. Dans certains départements la pénurie de médecins conduit à une situation de blocage du fonctionnement de la commission.

- **les difficultés à assurer le respect du secret médical :**

Ce sont parfois les employeurs qui prennent un rendez-vous avec un médecin expert pour leur agent et reçoivent le rapport d'expertise.

- **la complexité du cadre réglementaire :**

La réglementation est perçue comme très complexe à la fois par les employeurs et les secrétariats qui n'ont pas de formation juridique. Il n'existe pas de documentation métier sur les procédures à suivre étape par étape et les pièces à fournir.

- **la déficience d'outils informatique de gestion des dossiers :**

S'agissant des employeurs certains ne disposent pas des outils nécessaires pour suivre les dossiers de leurs agents (suivi manuel...) et laissent s'écouler les délais sans alerter les agents ou adressent au secrétariat de la commission des dossiers avec retard pour régularisation.

S'agissant des secrétariats des commissions, l'application de gestion dont ils disposent est obsolète et, depuis 2007, ils sont en attente de sa refonte, refonte que les restructurations de périmètres des services déconcentrés ont jusqu'alors différée.

- **les difficultés de communication entre les acteurs :**

Il y a un manque de communication entre employeurs et secrétariats faute de procédures formalisées d'échanges, ce qui peut entraîner des tensions et du retard dans le traitement des dossiers.

- **les difficultés liées au quorum :**

Les séances sont parfois annulées faute d'atteinte du quorum. L'absentéisme concerne tant les employeurs (en particulier pour les collectivités territoriales où les élus ont un emploi du temps très chargé) que les médecins (voir supra) ou les représentants des organisations syndicales (difficulté à trouver des représentants répondant aux obligations statutaires, pour la catégorie A en particulier). Ces annulations de séances contribuent à allonger les délais de traitement des dossiers et sont une source de désorganisation de l'activité.

- **le manque de référent :**

Il n'existe pas de structure formellement en charge de l'animation du dispositif. Les secrétariats et les employeurs ne savent pas à qui s'adresser pour obtenir des réponses à leurs questions sur la procédure, notamment pour les dossiers complexes.

**ANNEXE N° 8. CHIFFRAGE DE L'EXTENSION DE L'ALLOCATION
TEMPORAIRE D'INVALIDITE AUX
FONCTIONNAIRES VICTIMES D'UN ACCIDENT DE
SERVICE OU DE TRAJET DONT LE TAUX
D'INCAPACITE PERMANENTE EST INFERIEUR A
10%**

Les dispositions législatives qui organisent la réparation de l'incapacité permanente dans les trois fonctions publiques précisent que :

« Le fonctionnaire qui a été atteint d'une invalidité résultant d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10% ou d'une maladie professionnelle peut prétendre à une allocation temporaire d'invalidité cumulable avec son traitement dont le montant est fixé à la fraction minimale de la grille mentionnée à l'article 15 du titre premier du statut général correspondant au pourcentage d'invalidité... ».

Les fonctionnaires victimes d'un accident de service ou de trajet ayant entraîné un taux d'incapacité inférieur à 10% ne bénéficient donc d'aucune réparation, contrairement aux salariés relevant du régime général qui se voient allouer une indemnité en capital dont le montant varie de 405,04 € pour une incapacité de 1% à 4049,23 € pour une incapacité de 9%.

Il n'existe dans la fonction publique aucun suivi statistique des taux d'incapacité inférieurs à 10% qui n'ouvrent pas droit au versement d'une allocation temporaire d'invalidité. Aussi, pour essayer d'estimer le nombre de fonctionnaires bénéficiant d'un tel taux d'incapacité la mission a utilisé les données statistiques de la CNAMTS qui, elle, assure un suivi des taux d'incapacité inférieurs à 10% ouvrant droit au versement d'une indemnité en capital.

Elle a retenu les salariés travaillant dans les trois fonctions publiques mais affiliés au régime général pour le risque AT-MP (agents non titulaires) qui sont identifiés dans les statistiques de la CNAMTS au sein du Comité Technique National (CTN) H : activités de services I (banques, assurances, administrations...) sous les quatre rubriques suivantes :

- 751 AB : administration centrale,
- 751 AC : services extérieurs des administrations,
- 751 AD : collectivités territoriales,
- 751 AE : administrations hospitalières.

Pour l'année 2010 le nombre d'incapacités permanentes reconnues à l'issue d'un accident de travail ou de trajet se répartissait ainsi :

Fonction publique	Incapacités inférieures à 10%	Incapacités de 10% et plus	Total

751 AB et AC	244	94	338
751 AD	719	336	1055
751 AE	193	82	275
Total	1156	512	1668

Pour les incapacités inférieures à 10% le taux moyen était, en 2010, de 4,8% pour les accidents de travail et de 4,75% pour les accidents de trajet.

Il apparaît que le nombre d'incapacités ouvrant droit au versement d'une indemnité en capital (taux inférieur à 10%) est plus de deux fois supérieur au nombre d'incapacités ouvrant droit au versement d'une rente (taux de 10% et plus).

Si on retient la même répartition des taux d'incapacité dans les trois fonctions publiques, nous obtenons les résultats suivants (à partir des données du SRE et de la CNRACL sur le nombre d'incapacités égales ou supérieures à 10% suite à un accident de service ou de trajet qui ouvrent droit au versement d'une ATI).

Fonction publique de l'Etat.

En 2010 le service des retraites de l'Etat a attribué 1368 ATI se répartissant ainsi entre accidents de service, de trajet et maladie professionnelle d'une part et selon le taux d'incapacité d'autre part.

2010

	1-9%		10-29%		30-49%		50-69%		70-100%		TOTAL	
Accidents de service	0%	0	95%	675	4%	30	1%	6	0%		100%	714
Accidents de trajet	0%	0	91%	215	7%	17	2%	4	0%		100%	236
Maladies professionnelles	65%	270	32%	134	2%	7	0%	1	1%		100%	415
autres (1)	0%	0	100%	3	0%	0	0%	0	0%		100%	3
TOTAL	20%	270	75%	1027	4%	54	1%	11	0%		100%	1368

Source. Service des retraites de l'Etat.

950 accidents de service ou de trajet ont donné lieu à l'attribution d'une ATI suite à la reconnaissance d'un taux d'incapacité supérieur à 9%. Si nous appliquons le même rapport entre incapacités de moins de 10% et incapacités de 10% et plus que celui constaté pour les agents d'administration centrale et des services extérieurs pour les agents relevant du régime général on peut estimer à **2 470** le nombre d'accidents de services ou de trajet qui ont entraîné un taux d'incapacité inférieur à 10%, qui ne donnent aujourd'hui lieu à aucune réparation dans la FPE.

Sur la base d'un taux d'incapacité moyen arrondi à 5% et dans l'hypothèse où le choix du versement d'une indemnité en capital d'un montant identique à celui du régime général serait retenu (1923,44 € pour ce taux d'incapacité) la dépense supplémentaire annuelle pour l'Etat serait d'environ **4,75 M€**.

Sur la base du même taux d'incapacité, le choix du versement d'une ATI calculé sur les bases actuelles (680,65 € annuels pour un taux d'incapacité de 5%) entraînerait une dépense d'un montant plus élevé, l'ATI étant versée chaque année sans condition de durée.

Ainsi, sur 5 ans, à flux d'entrée constant et sans sortie du dispositif, la dépense cumulée totale serait de **23,7 M €** avec versement d'une indemnité en capital et de **25,2 M €** avec versement d'une ATI, l'écart ne faisant qu'augmenter avec le temps.

Fonction publique hospitalière et fonction publique territoriale.

En 2010 l'ATIACL a attribué 1519 ATI, dont 578 suite à un accident de service ou de trajet, à des fonctionnaires hospitaliers et 1904 à des fonctionnaires territoriaux, dont 1024 suite à un accident de service ou de trajet.

Nature de l'accident	COLLECTIVITES HOSPITALIERES		
	Hommes	Femmes	Total
Accident de service	134	350	484
Accident de trajet	31	63	94
Maladie d'origine professionnelle	7	20	27
Maladie professionnelle	143	771	914
Total	315	1 204	1 519

Nature de l'accident	COLLECTIVITES TERRITORIALES		
	Hommes	Femmes	Total
Accident de service	554	296	850
Accident de trajet	81	93	174
Maladie d'origine professionnelle	12	10	22
Maladie professionnelle	345	513	858
Total	992	912	1 904

Nature de l'accident	TOTAL		
	Hommes	Femmes	Total
Accident de service	688	646	1 334
Accident de trajet	112	156	268
Maladie d'origine professionnelle	19	30	49
Maladie professionnelle	488	1 284	1 772
Total	1 307	2 116	3 423

Source : CNRACL-ATIACL.

Si nous appliquons le même rapport entre incapacités de moins de 10% et incapacités de 10% et plus que celui constaté pour les agents de la fonction publique hospitalière et territoriale pour les agents relevant du régime général on peut estimer à **1360** pour la FPH et **2190** pour la FPT le nombre d'accidents de services ou de trajet qui ont entraîné un taux d'incapacité inférieur à 10%, qui ne donnent aujourd'hui lieu à aucune réparation dans la FPE.

Sur la base d'un taux d'incapacité moyen arrondi à 5% et dans l'hypothèse où le choix du versement d'une indemnité en capital d'un montant identique à celui du régime général serait retenu (1923,44 € pour ce taux d'incapacité) la dépense supplémentaire annuelle pour les établissements de santé serait d'environ **2,6 M €** et de **4,2 M €** pour les collectivités territoriales.

Le choix du versement d'une ATI majorerait, comme pour la FPE, le coût de cette réforme. Sur cinq années le versement d'une ATI représenterait une dépense de **13,88 M €** pour la FPH contre **13 M €** en cas de versement d'un capital. Pour la FPT les montants seraient respectivement de **22, 36** et **21 M €**.

ANNEXE N° 9. LETTRE DE LA DGAFP DU 23 JUIN 2010



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

2080



Paris, le 23 JUIN 2010

-direction
politiques
ministérielles

ou
politiques sociales

est suivi par
M. GAUDEFROY

téléphone
07 41 89

fax
07 42 94

ml.gaufroy
mcs.gouv.fr

service
de Bercy
Paris cedex 12

mcs
IRE DSS
ÉLÉMENTS
DU RÉGIME
DES PRESTATIONS
JRE ATMP COG

Le directeur général de l'administration et
de la fonction publique

à

Monsieur le directeur de la sécurité
sociale

Objet : Inscription dans la COG Etat/CNAMTS d'une étude des modalités d'un éventuel transfert aux organismes du régime général du versement des prestations en nature dues aux fonctionnaires au titre du risque AS/MP..

Référ. : Votre courrier n° 10/4558D du 11 mai 2010

282

Par courrier du 11 mai 2010 ci-dessus référencé, vous avez appelé mon attention sur un rapport de la Cour des comptes, publié en septembre 2006, relatif aux accidents de service et aux maladies professionnelles (AS/MP) et à l'organisation en matière de santé au travail dans les fonctions publiques, qui préconisait de confier aux organismes gestionnaires du régime général à la fois l'instruction des dossiers et le versement des prestations en nature dues aux fonctionnaires au titre du risque AS/MP.

Le régime de reconnaissance et de réparation des AS/MP étant différent dans le secteur public et dans le secteur privé, vous souhaiteriez que soit étudié le seul transfert du versement des prestations en nature. Ce transfert vous paraît souhaitable car il permettrait une meilleure connaissance des coûts, une simplification pour les fonctionnaires concernés, qui perçoivent d'ores et déjà leurs prestations en nature maladie/maternité de la part des caisses du régime général ainsi qu'une simplification pour les professionnels de santé.

A cette fin, vous proposez que soit inscrit dans la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la CNAMTS, actuellement en cours de négociation, un engagement réciproque d'étudier les modalités pratiques d'un éventuel transfert au régime général du versement des prestations en nature AS/MP des fonctionnaires.

Cette inscription permettrait d'étudier la faisabilité technique du transfert, à savoir :

- ressources humaines : détermination du nombre d'emplois nécessaires aux organismes gestionnaires pour mener à bien ces nouvelles missions ;

.../...

- moyens financiers : détermination des coûts de gestion induits par cette réforme pour les organismes gestionnaires ;
- moyens techniques : transfert de fichiers entre les différents acteurs et adaptation des systèmes d'information des organismes gestionnaires.

Vous précisez que cette première phase pourrait être suivie d'une expérimentation sur un nombre restreint de sites. La mise en œuvre de la réforme serait subordonnée aux conclusions de l'étude de faisabilité technique et au bilan de l'expérimentation.

Toutefois, vous n'indiquez pas si cette réforme impliquerait ou non le maintien de la gestion des prestations en nature du risque AS/MP par l'administration, en auto-assurance, avec transfert des crédits correspondants aux CPAM ou aux mutuelles. A l'instar du régime de gestion en vigueur pour les prestations en nature, maladie, maternité, invalidité, le scénario le plus vraisemblable paraît être celui de l'affiliation des fonctionnaires au régime général pour ce nouveau risque.

Vos propositions appellent de ma part les observations suivantes.

I – La mise en œuvre de l'expérimentation puis sa généralisation implique les préalables juridiques suivants :

1°) Modification des titres II (article 34), III (article 57) et IV (article 41) du statut général des fonctionnaires afin de faire disparaître la mention de la prise en charge par l'administration du remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident.

2°) Modification du code de la sécurité sociale :

- livre VII, article L. 712-1 (qui prévoit que « Les fonctionnaires en activité, soumis au statut général (...) bénéficient, ainsi que leur famille, dans le cas de maladie, maternité, invalidité et décès, de prestations au moins égales à celles qui résultent de la législation relative au régime général de sécurité sociale ») afin d'élargir le champ de l'article aux prestations en nature du risque AS/MP ;
- livre VII, article L. 712-6 pour élargir le champ de la gestion du régime obligatoire de sécurité sociale des fonctionnaires de l'Etat par les mutuelles, qui assurent actuellement, au profit de ces mêmes fonctionnaires, le versement des prestations en nature des assurances maladie, maternité, invalidité ;
- livre VII, chapitre II (partie réglementaire), pour y insérer une section permettant aux fonctionnaires de bénéficier des prestations en nature du risque AS/MP, dans les conditions et suivant les tarifs en vigueur dans les caisses primaires d'assurance maladie auxquelles ils sont affiliés.

3°) Modification du code de la mutualité (article L. 111-1) pour ajouter une nouvelle compétence aux mutuelles¹ en matière de gestion d'un régime légal d'assurance sociale, la gestion étant actuellement limitée au régime légal d'assurance maladie et maternité.

4°) Modification du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial (article 8) afin d'élargir le champ des prestations en nature dont bénéficient les agents territoriaux et hospitaliers de la part des CPAM.

¹ La gestion du régime de base de sécurité sociale par les mutuelles n'a pas fait l'objet d'une remise en cause par la Commission européenne lors de l'édiction des mesures utiles du 20 juillet 2005. La seule exigence de la commission a été que les remises de gestion octroyées soient limitées aux coûts de gestion de la gestion du régime de base et qu'une comptabilité analytique soit élaborée. Les autorités françaises ont accédé à cette demande en élaborant une nouvelle comptabilité analytique et en définissant, par arrêté, des nouvelles modalités de calcul des remises de gestion.

5°) Prise d'un décret en Conseil d'Etat, après avis de la CNIL, afin d'autoriser les transferts de fichiers entre les administrations et les CPAM/mutuelles.

II – Les arguments plaçant pour cette réforme

Ainsi que vous le soulignez, le transfert, soit au bénéfice des CPAM pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, soit au bénéfice des mutuelles pour les fonctionnaires de l'Etat, d'ores et déjà gestionnaires des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité, aurait l'avantage de concentrer aux mains du même organisme la gestion des prestations en nature.

Cependant, il conviendrait de s'assurer que le transfert d'attributions supplémentaires aux mutuelles de fonctionnaires, même dans le cadre de la gestion du régime obligatoire de sécurité sociale des fonctionnaires, ne puisse être contesté par la Commission européenne. En effet, le contexte actuel vise à une clarification, au regard du droit communautaire de la concurrence, des relations entre l'Etat et les mutuelles, cette clarification ayant abouti à la rénovation du système d'aide à la protection sociale complémentaire des agents de l'Etat.

Quant aux mesures de simplification qui seraient induites par la réforme à l'égard des professionnels de santé, si l'objectif poursuivi vise à accélérer le paiement de ces praticiens médicaux qui dispensent les soins nécessités par les AS/MP, il est à noter que la réforme engagée en 2008, conduisant à ne plus saisir la commission de réforme qu'en cas de refus par l'administration de reconnaître l'imputabilité au service, permet d'ores et déjà d'accélérer notablement la procédure de mise en paiement.

Enfin, le fait que les fonctionnaires relèvent actuellement de deux instances gestionnaires distinctes selon le type de prestations (CPAM ou sections locales de mutuelles pour les prestations maladie, maternité et invalidité et administration d'emploi pour les prestations AS/MP) ne me paraît pas, contrairement à ce que vous indiquez, générateur de fraude.

En effet, si l'imputabilité au service est reconnue par l'administration, le chef de service remet à la victime un certificat de prise en charge destiné à être remis par l'intéressé à l'établissement de soins, au médecin traitant ou à l'auxiliaire médical.

En revanche, si l'imputabilité au service apparaît contestable, le fonctionnaire devra assurer le paiement des frais, la feuille de soins maladie qui lui sera remise par le médecin permettant à l'administration d'assurer ensuite son remboursement si l'imputabilité au service de l'accident est finalement reconnue.

III – Les réserves à la mise en œuvre de cette proposition

Ainsi que rappelé dans le I, une telle réforme conduirait à modifier un droit statutaire constituant la pierre angulaire de la protection sociale particulière que l'Etat assure au bénéfice de ses agents et, comme telle, elle risque d'être mal perçue par les partenaires sociaux, voire être source d'inquiétudes pour l'ensemble des agents sur un désengagement progressif des employeurs publics de la protection sociale offerte à leurs agents.

Cette impression de désengagement pourrait d'ailleurs être ressentie avec d'autant plus d'acuité que cette nouvelle expérimentation sera concomitante avec l'expérimentation visant à transférer aux caisses primaires d'assurance maladie le contrôle des congés de maladie des fonctionnaires.

Par ailleurs, l'Etat est aujourd'hui en auto-assurance, système qui ne pourrait perdurer comme tel si le transfert était effectif. Cette proposition soulève plusieurs interrogations et difficultés :

- le transfert aux CPAM ou aux mutuelles de la gestion des prestations en nature du risque AS/MP aurait pour première condition **un alignement effectif du droit applicable à la fonction publique sur le régime général**. Or, actuellement, **les fonctionnaires sont avantagés par rapport aux salariés du secteur privé**, car ils ont droit au

Copie DGCL

DHOS

- 4 -

remboursement des frais réels, directement entraînés par l'accident de service ou la maladie professionnelle, sans que l'administration puisse leur opposer les tarifs forfaitaires de remboursement de la sécurité sociale ;

- la modification du régime des prestations en nature, au détriment des fonctionnaires, pose inévitablement la question de l'alignement total du régime des AS/MP sur celui en vigueur dans le régime général, à savoir l'alignement du régime de reconnaissance et de réparation.

En ce qui concerne le régime de reconnaissance, cet alignement impliquerait de créer un droit plus écrit et moins jurisprudentiel, à l'instar du droit inscrit dans le code de la sécurité sociale. En outre, il entraînerait l'extension de la présomption d'imputabilité dont bénéficient les salariés du secteur privé (dans le régime actuel, il appartient au fonctionnaire d'apporter la preuve de l'accident ou de la maladie et de sa relation avec le service).

Or, ces thèmes de réflexion ont d'ores et déjà été intégrés dans l'action 13 de l'axe III de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail. A ce titre, ils doivent donner lieu à des discussions avec les OS à l'occasion de groupes de travail qui doivent se dérouler à l'automne prochain.

Cette proposition risquerait donc d'interférer avec les négociations en cours avec les OS qui pourraient avoir le sentiment que des discussions s'engagent sans elles.

Pour ce qui a trait au régime de réparation, l'alignement conduirait, notamment, à une remise en cause très importante de l'architecture des droits statutaires actuels car cela nécessiterait :

- la modification des titres II (article 34), III (article 57) et IV (article 41) du statut général des fonctionnaires afin de faire disparaître :

- la mention du maintien du traitement en cas de congé statutaire pour accident de service/maladie professionnelle jusque la reprise des fonctions ou la mise à la retraite,
- la mention de la prise en charge du remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident ;

- la modification de l'article 14 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 (non titulaires) et des décrets équivalents pour les deux autres fonctions publiques pour faire disparaître la prise en charge par l'Etat du différentiel entre le traitement et les IJ versées par le régime général ;

- la réécriture du code de la sécurité sociale (livres IV et VII) pour indiquer clairement qu'existe un droit à IJ au bénéfice des fonctionnaires à compter du premier jour de congé statutaire ;

- la modification du code des pensions civiles et militaires de retraite (allocation temporaire d'invalidité versée aux fonctionnaires atteint d'une invalidité résultant d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10 % ou d'une maladie professionnelle, qui est concédée et payée dans les conditions prévues par le code des pensions civiles et militaires de retraite).

En outre, l'alignement sur le régime général des modalités de calcul des prestations en espèces conduirait à désavantager les fonctionnaires, puisqu'ils percevraient un revenu inférieur à celui qui leur est actuellement garanti (dans le régime général, l'indemnité journalière est égale à 60 % du salaire journalier de base pendant les 28 premiers jours et à 80 % du salaire journalier de base à partir du 29ème jour, dans la limite d'un plafond).

.../...

De plus, il est à craindre que la gestion des prestations en espèces par les mutuelles soit considérée, par la Commission européenne, comme l'attribution d'un droit exclusif, ce qui paraît peu opportun, ainsi que rappelé ci-dessus, dans le contexte actuel de clarification des relations entre l'Etat et les mutuelles.

III – Coût de l'opération

L'affiliation au régime général de la sécurité sociale pour les prestations en nature du risque AS/MP impliquerait le versement par l'Etat d'une cotisation de 1,6 % (taux de cotisation de l'Etat pour le risque AS/MP des agents non titulaires employés à temps incomplet ou sur des contrats d'une durée inférieure à un an).

Il conviendrait donc de vérifier si le coût des prestations aujourd'hui remboursées dépasse les cotisations qui seraient alors dues.

Pour toutes ces raisons, le transfert de la gestion des prestations en nature du risque AS/MP aux CPAM ou aux mutuelles n'apparaît pas comme une solution à expertiser de façon prioritaire. Si la Cour des comptes soulignait avec justesse les nombreuses limites du système actuel, elle n'apportait pas, en revanche, d'éléments permettant de conclure de façon décisive à la nécessité de ce transfert et à la capacité du régime général d'assurer une prestation de service d'une qualité supérieure à celle actuellement garantie par les employeurs publics, dont le volet, « connaissance des risques », sera amélioré dans un proche avenir avec l'enquête annuelle, refondue, sur les accidents de service et maladies professionnelles réalisée par la DGAFP.

**Le directeur général de l'administration
et de la fonction publique**

Jean-François VERDIER

Direction du Budget
Copie DGCI

