

PENSIONS D'INVALIDITÉ DE L'ÉTAT

ALLOCATIONS TEMPORAIRES D'INVALIDITÉ

PENSIONS CIVILES D'INVALIDITÉ

Guide méthodologique d'expertise médico-administrative

DU SERVICE DES RETRAITES DE L'ÉTAT

ÉDITION 2010



© *Tous droits réservés DGFiP - Service des Retraites de l'Etat*

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorise, aux termes des paragraphes 2 et 3 de l'article L. 122-5, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » , et d'autre part, sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source, que les « analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information ». Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (article L. 122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

SOMMAIRE

1 - La réglementation des prestations d'invalidité	page 2
1.1 - L'allocation temporaire d'invalidité	page 2
1.2 - La pension civile d'invalidité	page 2
1.3 - Le barème des invalidités	page 4
2 - Le cadre de l'intervention du médecin agréé	page 4
2.1 - Le cadre réglementaire	page 4
2.2 - La mission du médecin agréé	page 5
3 - La méthodologie de l'expertise	page 5
4 - Le rapport d'expertise médico-administrative	page 11
4.1 - Le canevas du rapport d'expertise	page 11
4.2 - Les conseils de rédaction	page 12

Rédacteur : Alain BENOITEAU - Chef du Bureau des invalidités
Relecture : Fédération nationale des associations de médecins agréés (FNAMA)

1 – La réglementation des prestations d'invalidité

1.1 – L'allocation temporaire d'invalidité

L'allocation temporaire d'invalidité indemnise les dommages corporels qui sont imputables à l'exercice des fonctions (accidents de service, accidents de trajet et maladies professionnelles) et qui n'empêchent pas le fonctionnaire qui en est victime de poursuivre une activité professionnelle à l'État.

Pour être indemnisé, le fonctionnaire doit être atteint d'une invalidité résultant :

- d'un accident de service (ou de trajet) entraînant un déficit fonctionnel permanent d'au moins 10 % ;
- d'une maladie professionnelle :
 - inscrite aux tableaux des maladies professionnelles du code de la sécurité sociale et répondant aux conditions imposées par ces tableaux ;
 - ne satisfaisant pas à toutes les conditions des tableaux des maladies professionnelles, mais résultant de son travail habituel ;
 - non inscrite dans les tableaux des maladies professionnelles, mais résultant de son travail habituel et entraînant un déficit fonctionnel permanent d'au moins 25 %.

L'allocation est d'abord attribuée pour cinq ans. Au terme de cette période, la situation médicale du fonctionnaire est réexaminée pour statuer sur les droits qui peuvent être accordés sans limitation de durée. Le taux d'invalidité correspondant à l'allocation n'est pas revu ensuite, sauf sur la demande expresse du fonctionnaire si cinq ans se sont écoulés depuis le dernier examen, ou en cas de nouvel accident. Les infirmités déjà indemnisées font alors également l'objet d'une nouvelle évaluation.

1.2 – La pension civile d'invalidité

La pension civile d'invalidité est attribuée au fonctionnaire, qui est mis en retraite anticipée pour une invalidité :

- résultant d'une maladie, d'une blessure ou d'une infirmité survenue ou aggravée durant une période valable pour la retraite ;
- le mettant dans l'impossibilité définitive de continuer à exercer ses fonctions ;
- et sans pouvoir bénéficier d'un reclassement professionnel dans un emploi compatible avec son état de santé.

Les droits à pension varient selon les situations suivantes :

- *L'invalidité non imputable au service*

Si les infirmités ne sont pas en relation directe avec l'exercice des fonctions, la pension civile d'invalidité ne rémunérera que les services accomplis et les accessoires s'y rapportant.

- *L'invalidité imputable au service*

Si les infirmités résultent directement de l'exercice des fonctions et sont à l'origine de la mise à la retraite pour invalidité ou y concourent en présence d'autres infirmités non imputables, la pension civile d'invalidité rémunérera les services accomplis et les accessoires s'y rapportant, et sera complétée d'une rente viagère d'invalidité.

Le montant de la rente viagère d'invalidité sera égal à la valeur du dernier traitement de base multipliée par le taux d'invalidité des infirmités imputables au service. Toutefois, le montant cumulé de la pension civile d'invalidité et de la rente viagère d'invalidité ne pourra pas être supérieur à la valeur du dernier traitement de base.

- *L'indemnisation des maladies professionnelles de longue latence*

Si une maladie professionnelle de longue latence (par exemple une pathologie en relation avec l'amiante) se révèle après la mise à la retraite, une rente viagère d'invalidité peut venir compléter une pension civile de retraite, sans que le total des deux prestations soit supérieur à la valeur du dernier traitement de base.

- *Le montant garanti de pension*

Si le taux global d'invalidité est au moins égal à 60 %, le montant de la pension civile d'invalidité sera porté à la moitié de la valeur du dernier traitement de base.

- *La majoration pour assistance constante d'une tierce personne*

Une majoration de pension peut être allouée au retraité titulaire d'une pension civile d'invalidité, dont l'état de santé nécessite l'intervention constante d'une tierce personne pour l'aider à accomplir les actes essentiels de la vie courante.

1.3 – Le barème des invalidités

L'appréciation du taux d'invalidité s'opère selon les indications du barème spécifique applicable aux fonctionnaires, prévu par le décret n° 68-756 du 13 août 1968 modifié par le décret n° 2001-99 du 31 janvier 2001 (J.O. du 4 février 2001).

Les taux fixés dans ce barème sont des indications que le médecin agréé doit respecter. Si, exceptionnellement, il est amené à s'en affranchir, il doit expressément motiver son appréciation sur des éléments objectifs de la gêne fonctionnelle. La commission de réforme jugera la valeur de la motivation justifiant le dépassement d'un taux qui serait fixé en dehors des limites prévues par le barème.

En cas d'infirmités multiples ou d'aggravations d'infirmités préexistantes, le taux global d'invalidité sera calculé par l'administration conformément aux indications du chapitre préliminaire du barème annexé au décret n° 68-756 du 13 août 1968 (J.O. du 24 août 1968).

2 – Le cadre de l'intervention du médecin agréé

2.1 – Le cadre réglementaire

L'agrément des médecins et l'intervention du médecin agréé sont prévus par le décret n°86-442 du 14 mars 1986 (J.O. du 16 mars 1986) et par la circulaire FP4 n°1711 du 30 janvier 1989.

Le médecin agréé doit agir en toute indépendance dans le cadre de sa mission.

Il est précisé que le médecin agréé qui réalise l'expertise médicale ne peut pas siéger pour la même affaire comme membre de la commission de réforme ou du comité médical (cf. art. 7 et 12 du décret du 14 mars 1986).

Pour éviter toute contestation sur leur valeur, l'expertise doit être réalisée au plus proche de la date de l'ouverture du droit à prestations d'invalidité (selon le cas : reprise des fonctions, consolidation, radiation des cadres) et le rapport d'expertise doit être transmis aux services habilités dans les meilleurs délais.

En application de l'article L. 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les services administratifs habilités à instruire les dossiers d'allocations temporaires d'invalidité, de pensions civiles d'invalidité ou de majorations pour assistance constante d'une tierce personne, dont les agents sont eux-mêmes tenus au secret professionnel, peuvent recevoir communication des rapports et questionnaires d'expertise médico-administrative nécessaires à l'examen des droits à prestations d'invalidité.

2.2 – La mission du médecin agréé

Le médecin agréé a pour mission de poser un diagnostic médical en vue de permettre à l'administration d'apprécier juridiquement la satisfaction des conditions mises à l'attribution d'un droit à indemnisation.

Il a également un rôle de conseil en ce sens qu'il doit suggérer à l'administration les solutions de maintien ou de retour à l'activité qui lui paraissent envisageables d'un point de vue médical.

Devant bien connaître les contours de la protection sociale des fonctionnaires, il a un regard médico-administratif sur l'ensemble de la situation du fonctionnaire et doit placer son expertise dans ce contexte.

3 – La méthodologie de l'expertise

Il appartient au médecin agréé de :

- **prendre connaissance de la mission qui lui a été confiée**

Généralement, l'administration précise les questions auxquelles elle souhaite obtenir des réponses. Le médecin agréé a donc l'obligation d'orienter ses investigations pour satisfaire le besoin exprimé.

Toutefois, l'administration ne peut pas connaître les incidences utiles à l'examen médico-administratif que les investigations menées dans le cadre de la mission pourraient révéler. Il appartient alors au médecin agréé d'informer

l'administration de l'évolution du champ de la mission (avis sapiteur) afin de statuer sur tous les aspects qui conduisent à la mise en jeu de la protection sociale du fonctionnaire.

• consulter les pièces médicales du dossier

Il serait souhaitable que le médecin agréé puisse consulter le dossier médical du fonctionnaire afin de lui permettre de connaître l'origine des infirmités qui sont l'objet de l'expertise médicale et le lien de ces infirmités avec l'exécution du service.

A cet égard, le médecin agréé invite le fonctionnaire à produire les pièces médicales utiles qui sont en sa possession ou, le cas échéant, à l'autoriser à contacter son médecin traitant.

• replacer les infirmités objet de l'expertise dans le contexte historique et médical des faits

Il appartient au médecin agréé de préciser, pour chaque infirmité, les antécédents et les facteurs de risque, décrire soigneusement les circonstances d'apparition, les étapes de son évolution et les traitements suivis.

Dans ce contexte, dès le premier échange, le médecin agréé doit indiquer au fonctionnaire l'objet et la finalité de sa mission d'expert.

Il invite le fonctionnaire à exposer sa situation médicale, ses affections et leur répercussion au plan de la gêne fonctionnelle. Ce temps d'écoute est un moment privilégié pour apprécier le vécu médical du fonctionnaire.

L'échange doit être conduit de façon à éclairer le contexte général, les circonstances professionnelles et l'incapacité fonctionnelle du fonctionnaire. La fiabilité de ses déclarations doit être vérifiée par la reformulation ou le recoupement.

- **procéder en toute objectivité à l'examen médical du fonctionnaire et poser un diagnostic**

Chaque médecin agréé procède aux examens de sa spécialité dans les règles de l'art et à la lumière des connaissances médicales les plus actuelles.

Le médecin agréé doit pouvoir prendre connaissance des expertises précédentes se rapportant à l'objet ou à des domaines connexes (arrêts de travail, prise en charge des soins) et de l'avis du médecin de prévention. Ses observations et conclusions doivent rester objectives, et peuvent ne pas être conformes aux précédentes appréciations médicales données par des confrères ou aux décisions de l'administration portant sur la reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie, ou portant sur la nécessité de placer le fonctionnaire en disponibilité d'office ou de le radier des cadres.

Il est précisé que la procédure d'examen des droits à pension d'invalidité est indépendante de celle visant à statuer sur les congés statutaires de maladie ou à la prise en charge des soins par l'État. Les régimes de prestations viagères d'invalidité ne sont aucunement liés par les décisions qui ont été prises dans ces domaines.

Le diagnostic du médecin agréé doit donc découler de ses seules observations cliniques en toute objectivité.

- **désigner parfaitement les infirmités au regard du barème**

Chacune des infirmités doit être décrite précisément : nature, causes, importance, évolution, incapacité fonctionnelle détaillée.

Cette description doit être rapprochée de l'inventaire des pathologies du barème d'invalidité des fonctionnaires, de sorte que l'on puisse en retrouver la référence. Le barème n'étant pas exhaustif, une infirmité non recensée doit être replacée dans la description du barème la plus proche.

Il est recommandé de ne pas faire référence à d'autres nomenclatures des préjudices corporels. Si pour apporter des précisions sur la description des pathologies le recours à d'autres typologies se révélait nécessaire, il serait indispensable de donner la signification complète des codes utilisés.

En aucun cas le barème applicable aux fonctionnaires ne doit être confondu avec le barème d'invalidité du code de la sécurité sociale.

• évaluer le taux du déficit fonctionnel permanent pour chaque infirmité au regard du barème

La diminution de la validité qui résulte de chaque infirmité doit être quantifiée dans le respect des taux d'invalidité fixés par le barème applicable aux fonctionnaires (cf. paragraphe 1.3).

Lorsque le barème prévoit une fourchette de taux, l'estimation doit être en rapport avec l'intensité décrite dans la description de l'infirmité. L'application des combinaisons de taux prévues par le barème doit être explicitée.

Dans tous les cas, l'estimation doit observer une parfaite adéquation entre le taux fixé et la nature et l'importance de l'infirmité.

Il y a lieu de respecter les dates auxquelles doivent être fixés les taux d'invalidité. Prévues par la réglementation, ces dates doivent être précisées par l'administration dans la lettre de mission : date de reprise des fonctions ou date de consolidation pour les ATI, date de la mise à la retraite pour les pensions civiles d'invalidité (avec ou sans rente viagère d'invalidité), date de la demande pour les majorations pour assistance constante d'une tierce personne ou pour les rentes viagères d'invalidité indemnisant après la mise à la retraite une maladie de longue latence.

Concernant les infirmités préexistantes à l'entrée dans la fonction publique, doivent être clairement distingués le taux acquis à la date de nomination et le taux d'aggravation estimé dans le cadre de l'expertise médicale si les lésions sont médicalement séparables. Dans le cas de lésions non médicalement séparables, l'indication du taux antérieur et du taux global de l'infirmité (c'est-à-dire le taux constaté au jour de l'expertise) suffit pour permettre à l'administration de calculer le taux à retenir.

Lorsque la carrière du fonctionnaire présente des périodes non valables pour la retraite et par conséquent non couvertes par le régime social des fonctionnaires (exemple : disponibilité), l'évaluation du taux d'invalidité doit être opérée

au début et à la fin de chaque période d'acquisition de droits à la retraite (cf. questionnaire médical spécifique).

Ainsi, le médecin agréé fixe les taux d'invalidité intrinsèque à chaque infirmité aux dates requises, sur la base de ses observations et sans considération des incidences financières éventuelles. A partir de l'attribution d'un taux pour chaque infirmité, l'administration détermine le taux global d'invalidité à retenir compte tenu des règles de calcul en vigueur.

• se prononcer sans ambiguïté sur l'imputabilité au service du préjudice corporel

L'invalidité imputable est celle qui est survenue dans l'exercice des fonctions ou à l'occasion de l'exercice des fonctions. L'invalidité non imputable est celle qui est survenue indépendamment de l'emploi ou qui résulte de l'état de santé intrinsèque du fonctionnaire.

Il appartient au médecin agréé de donner un avis médical sur l'imputabilité de l'infirmité au service, indépendamment de la position qu'a pu prendre l'administration sur le sujet.

En effet, pour que cette imputabilité puisse être reconnue, le lien de causalité direct et déterminant entre l'infirmité et l'exercice des fonctions doit être médicalement établi.

Le jugement du médecin agréé sur la preuve médicale d'imputabilité est déterminant pour le niveau de protection dont bénéficiera le fonctionnaire.

• examiner les conditions de la poursuite d'une activité professionnelle

Il est fait obligation à l'administration de rechercher les solutions d'un maintien en activité ou d'un retour à l'emploi avant de décider la mise à la retraite pour invalidité du fonctionnaire.

Le médecin de prévention peut donner des indications.

Toutefois, le médecin agréé doit clairement se prononcer sur les conditions dans lesquelles le fonctionnaire pourrait poursuivre objectivement une activité professionnelle compatible avec son état de santé.

Le reclassement professionnel doit être envisagé aussi bien en termes d'aménagement du poste de travail (ergonomie, temps partiel, ...), de changement dans un poste de niveau comparable et compatible avec l'état de santé (exemples : emploi sédentaire ou emploi assis), que d'affectation sur un poste de niveau différent (reclassement dans un autre corps que celui auquel appartient le fonctionnaire).

La capacité du fonctionnaire à se reconvertir doit être appréciée indépendamment de sa motivation et des possibilités de son employeur.

• démontrer en quoi l'inaptitude définitive à l'exercice de toutes fonctions à l'État est établie

Le droit à une pension civile d'invalidité peut être accordé à un fonctionnaire qui, avant l'âge normal de la retraite, est reconnu définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions ou de toutes autres fonctions de reclassement en raison de son invalidité.

Les motifs de convenances personnelles ou de démotivation professionnelle sont exclus de ce droit. Il en est de même des pathologies contractées durant une période non valable pour la retraite.

La démonstration doit être médicalement faite que le fonctionnaire est dans l'impossibilité absolue et définitive de poursuivre ses fonctions ou de continuer une activité professionnelle à l'État.

Pour mener son expertise, donner et motiver ses propres conclusions, le médecin agréé doit faire abstraction du projet de mise à la retraite pour invalidité préparé par l'administration.

4 – Le rapport d'expertise médico-administrative

4.1 – Le canevas du rapport d'expertise

Le canevas de l'expertise s'inspire de la méthodologie (cf. point 3).

Le rapport d'expertise peut se structurer ainsi :

- *Introduction* : indiquer l'identité et l'âge du fonctionnaire, la date et le lieu de l'expertise, désigner l'administration qui a demandé l'expertise, rappeler les objets de la mission.
- *Rappel des faits et historique* : énoncer précisément les faits de la cause et leur chronologie, indiquer les antécédents familiaux ou personnels en rapport uniquement avec les objets de la mission.
- *Pièces figurant au dossier* : les citer avec précision (y compris l'imagerie médicale et les résultats d'examens biologiques) et en donner la teneur.
- *Expression du fonctionnaire* : enregistrer les déclarations spontanées ou provoquées du fonctionnaire et préciser en cas de besoin sa réceptivité à l'expertise.
- *Examen clinique* : décrire précisément les examens auxquels il a été procédé et en donner les résultats (positifs ou négatifs).
- *Discussion* : poser les termes du débat sur les constatations, qui permettront d'éclairer les conclusions.
- *Conclusions* : répondre clairement à toutes les questions et formuler un résultat.
- *Date et signature* : ne pas oublier de dater et de signer le rapport d'expertise.

4.2 – Les conseils de rédaction

Une méthode d'investigation rigoureuse et indépendante, alliée à une bonne connaissance de la réglementation et du barème des invalidités et à la clarté de la restitution des observations cliniques, est le garant de la production d'un rapport d'expertise démonstratif, motivé et pleinement exploitable.

Il est indispensable qu'au-delà de la terminologie spécifique, le médecin agréé utilise les termes permettant aux services administratifs autorisés de comprendre l'ensemble des constatations.

Les termes médicaux les plus spécialisés peuvent être utilement paraphrasés. Les typologies utilisées sont exposées explicitement.

Afin d'offrir une meilleure lisibilité, un rapport dactylographié doit être préféré au rapport manuscrit.

Le discours médical doit être construit, méthodique, rationnel et communément accessible.

Dans les conclusions, l'imprécision, l'événementiel ou la subjectivité sont à proscrire. Les différentes options qui peuvent se présenter sont analysées objectivement. Toutefois, les avis conditionnels doivent être évités.

SERVICE DES RETRAITES DE L'ETAT

10, boulevard Gaston-Doumergue

44964 NANTES CEDEX 9

☎ 02 40 08 81 10

pensions@dgfip.finances.gouv.fr

www.pensions.bercy.gouv.fr