

Les étapes de traitement d'une demande d'ATI

Tout accident de service, de trajet et toute maladie d'origine professionnelle ou reconnue d'origine professionnelle peut entraîner une incapacité temporaire de travail (ITT) avec arrêt de travail, frais médicaux et pharmaceutiques, voire frais chirurgicaux, d'hospitalisation et de prothèse.



Lorsqu'un agent est victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, les démarches suivantes doivent être effectuées en vue d'une demande ultérieure d'Allocation Temporaire Invalidité des Agents Collectivités Locales (ATIACL) :

Si un agent est victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, il doit faire établir par son médecin traitant ou celui de l'administration, un certificat médical initial (avec ou sans arrêt de travail) constatant l'ensemble des blessures ou symptômes, et le transmettre à sa collectivité dans un délai maximum de 15 jours.

- En cas d'accident, il doit rédiger une déclaration d'accident relatant les circonstances précises.
- Ensuite la collectivité établit un rapport hiérarchique relatant les circonstances exactes et détaillées de l'accident ou de contraction de la maladie professionnelle.
- Si la collectivité reconnaît l'imputabilité au service, la consultation du Conseil médical n'est pas nécessaire.
- Si la collectivité émet des doutes sur l'imputabilité de la maladie ou de l'accident, elle peut saisir le Conseil médical.

Lorsque l'administration est amenée à se prononcer sur l'imputabilité au service, elle peut consulter un médecin expert agréé dont la liste est disponible sur les sites des Agences régionales de Santé.

Attention, la collectivité a un délai pour reconnaître l'imputabilité ou non de l'accident ou de la maladie via la mise en place du Décret CITIS (Lettre aux syndicats du mois septembre 2020).

Être consolidé pour obtenir la décision d'attribution

Lorsque le médecin agréé en charge de l'expertise constate une stabilisation des séquelles, il délivre à l'agent un certificat médical final indiquant l'une de ces trois mentions :

- Guérison avec retour à l'état antérieur
- Guérison apparente avec possibilité de rechute
- Consolidation avec séquelles

Dans ce dernier cas, l'agent présente une invalidité permanente partielle (IPP) au titre de laquelle il peut solliciter l'octroi d'une allocation temporaire d'invalidité. La collectivité doit veiller à informer l'agent de son droit à indemnisation de l'ATIACL.

L'agent doit respecter certaines étapes pour bénéficier d'une ATI.

Début de la procédure

L'agent transmet à l'employeur le certificat final et établit une demande d'ATIACL à sa collectivité dans un délai d'un an à compter de :

- La date de reprise des fonctions si cette reprise a eu lieu après consolidation des infirmités
- La date de consolidation des séquelles si la consolidation est postérieure à la reprise des fonctions



Ensuite,

Dès que l'agent a déposé sa demande d'allocation temporaire d'invalidité, la collectivité missionne un médecin agréé chargé de l'examen médical de l'agent. Elle lui indique sa mission, et lui transmet le rapport médical à remplir, accompagné de toutes les autres pièces médicales déjà en sa possession ainsi que le rapport hiérarchique.

Puis,

le médecin convoque l'agent, l'examine et complète le dossier médical en se référant à la notice annexée à celui-ci. L'objectif de cet examen est de qualifier les séquelles, en se référant au barème du code des pensions civile et militaire, et de déterminer un taux par séquelle.

Après la consultation médicale, la collectivité :

- Règle les honoraires du médecin, Prend connaissance du rapport médical. A cet égard, il est rappelé que les personnels administratifs, tenus au secret professionnel, peuvent avoir accès, pour l'étude du droit, au dossier médical,
- Communique les conclusions du médecin à l'agent,
- Doit veiller tout particulièrement à ce que les conditions nécessaires à l'octroi d'une allocation soient remplies. Dans ce but, elle vérifie notamment, en se reportant à la notice à l'usage des médecins, que le questionnaire médical a bien été complété et en particulier que la preuve d'un lien unique et certain entre les séquelles présentées et l'accident est bien établi. Toutefois, même si le lien n'est pas établi, la collectivité ne peut pas s'opposer à la constitution du dossier d'ATIACL puisqu'il y a demande de l'agent. Le pouvoir de décision appartient, sous réserve de l'avis conforme de la Caisse des dépôts et consignations, à l'autorité qui a qualité pour procéder à la nomination.

Deux cas peuvent se présenter :

Le médecin conclut à taux inférieur à 10% pour un accident de service ou de trajet.

Si l'agent est d'accord avec ce taux

- La demande d'allocation n'est pas soumise au Conseil médical.
- La collectivité ne doit pas remplir le dossier administratif mais demander à l'agent une attestation écrite précisant qu'il ne conteste pas le taux. Elle notifie le rejet à l'agent et classe le dossier.
- L'agent peut, à tout moment, présenter une nouvelle demande d'allocation en cas d'aggravation de son invalidité.



Si l'agent n'est pas d'accord avec ce taux la collectivité peut :

- Soit transmettre le dossier en l'état au Conseil médical
- Soit elle demande un nouvel avis médical et désigne alors elle-même un médecin agréé.

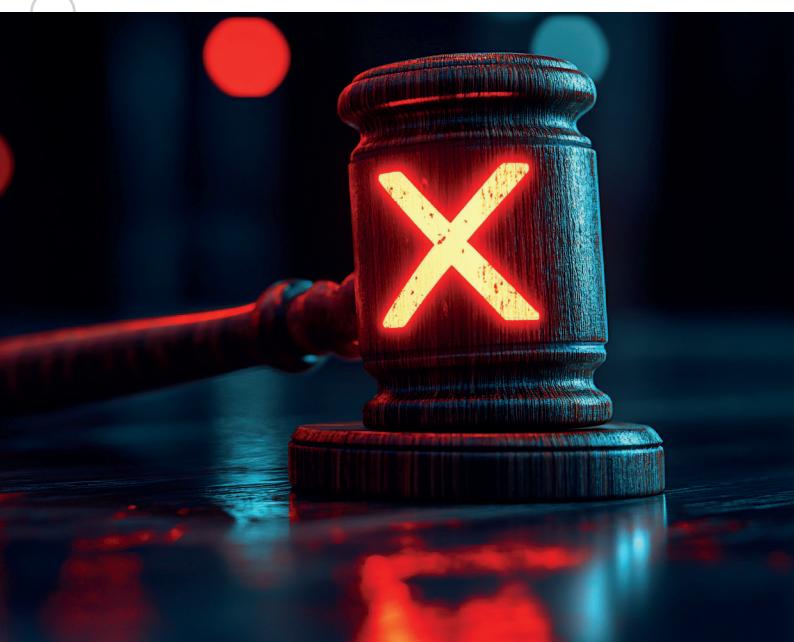
A la réception du nouveau rapport, si le taux demeure inférieur à 10 %, l'ensemble du dossier médical doit être adressé au Conseil médical (dans le cas où l'agent maintient sa contestation).

Si le médecin conclut à un taux rendant possible une A.T.I.

- Soit égal ou supérieur à 10 % en cas d'accident, soit égal ou supérieur à 25 % en cas de maladie reconnue d'origine professionnelle,
- Soit au moins égal à 1% pour une maladie professionnelle.

La collectivité doit alors :

- compléter le dossier administratif,
- transmettre au Conseil médical :
 - *le rapport hiérarchique, et toutes pièces relatives à l'accident de service (plan si accident de trajet etc...) ou à la maladie,*
 - *l'original du rapport médical accompagné de toutes pièces médicales.*



Ensuite,

le Conseil médical examine les dossiers dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande d'inscription à l'ordre du jour par son secrétariat. Cette demande est adressée au secrétariat par la collectivité. L'agent peut également saisir le Conseil médical, soit par l'intermédiaire de son employeur, soit directement si ce dernier n'a pas donné suite à la demande initiale sous trois semaines.



Pour plus d'information sur la composition des Conseils médicaux et leur fonctionnement, vous pouvez consulter la fiche technique de la lettre aux syndicats du mois de mai 2025.

À la suite du Conseil médical, au retour des pièces accompagnées du procès-verbal original du conseil médical, la collectivité doit :

- Prendre une décision d'attribution (pour la fonction publique hospitalière), qui est transmise au service gestionnaire de l'ATIACL,
- Transmettre à la Caisse des dépôts et consignations l'ensemble des pièces nécessaires à l'examen des droits.

Pour finir, la Caisse des dépôts étudie le dossier, informe l'établissement de son avis et transmet également à l'agent un certificat d'attribution en cas d'octroi de l'allocation, ou une décision de rejet en cas de refus.

La position statutaire

L'agent doit être affilié à la CNRACL et titulaire ou stagiaire en attente de titularisation.

Cas particulier :

Il convient à la collectivité, pour un agent stagiaire victime d'un accident de service, de constituer le dossier et de le transmettre à la Caisse des dépôts et consignations uniquement lorsque la titularisation a été prononcée (joindre l'arrêté ou la décision de titularisation).

Le respect du délai de dépôt de la demande

L'agent doit établir sa demande d'allocation temporaire d'invalidité par écrit auprès de sa collectivité, dans le délai d'un an qui court :



- À compter de la date de reprise des fonctions si cette reprise a eu lieu après consolidation des infirmités ;
- À compter de la date de consolidation de ses séquelles dès lors que la consolidation est postérieure à la reprise des fonctions.

Dans certains cas, le délai court à partir de la date de la constatation officielle de la consolidation.

Ce délai d'un an est impératif. La prescription fait perdre définitivement à l'agent tout droit à une allocation temporaire d'invalidité pour les séquelles de son accident ou de sa maladie. Toutefois, aucune condition de délai n'est requise pour la transmission du dossier à la Caisse des Dépôts.

L'imputabilité au service

4 types d'événements peuvent survenir :

- L'accident de service
- L'accident de trajet
- La maladie professionnelle
- La maladie reconnue d'origine professionnelle

Les taux d'invalidité permettant de bénéficier d'une allocation

L'allocation est susceptible d'être accordée aux agents qui ont un certain taux d'invalidité, variable selon les événements :

- Pour un accident de service ou de trajet, le taux d'invalidité doit être au moins égal à 10%
- Pour une maladie professionnelle, un taux minimum de 1 % est exigé
- Pour une maladie reconnue d'origine professionnelle, soit aucun taux minimum n'est exigé (maladies prévues à l'alinéa 3 de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale), soit un taux minimum de 25 % est fixé (maladies prévues à l'alinéa 4).

Lorsqu'il y a concomitance de séquelles pour accident de service et pour maladie d'origine ou reconnue d'origine professionnelle, le taux d'IPP résultant de l'accident doit être au moins égal à 10 % pour être pris en compte dans le calcul de l'allocation.

Consolidation et reprise de fonction

De manière habituelle, la consolidation est fixée par le médecin traitant. Cette consolidation est acquise lorsque le maximum de l'amélioration dépendant du traitement médical a été atteint et que l'on peut donc déterminer le caractère permanent de l'infirmité et évaluer son taux.

Il doit y avoir reprise des fonctions, sauf :

- s'il n'y a pas eu arrêt de travail,
- s'il y a eu congé de maladie pour un motif autre

que l'accident de service ou la maladie professionnelle (joindre au dossier une attestation médicale l'indiquant),

- s'il y a eu radiation des cadres.

Lorsque l'invalidité permanente imputable au service entraîne la radiation des cadres, c'est la CNRACL qui assure l'indemnisation de l'invalidité en concédant à l'agent en plus de sa pension d'invalidité, une rente d'invalidité qui tient compte du taux d'incapacité.

La concession de l'allocation

En cas d'octroi

Détermination de la date d'effet

Elle est généralement fixée :

- soit à la date de reprise des fonctions si cette reprise est postérieure à la date de consolidation des infirmités,
- soit à la date de consolidation des infirmités si celle-ci est postérieure à la date de reprise.

Dans certains cas, la date d'effet peut être fixée à la date de constatation officielle de la date de consolidation ; elle peut être aussi fixée à la date d'entrée en vigueur d'une nouvelle réglementation (exemple : date d'entrée en vigueur d'un nouveau tableau des maladies professionnelles).

Calcul du taux rémunérable

Lorsqu'il existe une infirmité préexistante à l'accident ou lorsque l'agent conserve plusieurs séquelles, deux règles de calcul peuvent être utilisées pour déterminer le taux rémunérable :

- La règle de la validité restante, dite règle de Balthazard (Lettre aux syndicats juin 2017), est utilisée en cas d'infirmités simultanées, liées à un même événement, intéressant des organes ou membres différents et de fonctions distinctes. Dans ce cas, chaque taux est multiplié par le pourcentage de validité restante après soustraction des infirmités déjà retenues.
- La règle de l'addition arithmétique (Arrêt Mérotte Conseil d'Etat n°299663) est utilisée lorsqu'il y a des infirmités successives, qui ne présentent pas de lien d'aggravation entre elles. Les taux d'invalidité de chaque infirmité doivent être simplement ajoutés pour leur valeur propre.

REJET DE LA DEMANDE

En cas d'avis défavorable à l'octroi d'une allocation temporaire d'invalidité, une notification de rejet est adressée à l'agent. Les motifs du rejet sont divers : taux global inférieur

à 10 % en cas d'accident de service, non imputabilité au service de l'accident, maladie n'entrant pas dans le cadre du Livre IV du code de la Sécurité Sociale, prescription de la demande d'allocation temporaire d'invalidité, etc.

Cette lettre de rejet comporte les voies de recours.

Les révisions

Révision liée à un nouvel événement

Lorsqu'un agent déjà bénéficiaire d'une allocation temporaire d'invalidité dépose une nouvelle demande au titre d'un nouvel accident ou d'une nouvelle maladie professionnelle, la procédure est identique à celle de la première demande.

Cette demande entraîne automatiquement la révision du taux des infirmités déjà indemnisées par une allocation, au jour de la consolidation du dernier accident ou de la nouvelle maladie professionnelle.

A l'issue de cette nouvelle procédure, la Caisse des dépôts et consignations envoie à l'agent un nouveau certificat d'attribution ou une décision de rejet.

Il convient de rappeler que dans le cas où le nouvel accident ou la nouvelle maladie professionnelle n'entraîne pas d'IPP, la collectivité n'a pas obligation de transmettre un dossier à la Caisse des dépôts et consignations.



Révision quinquennale

L'allocation est qualifiée de temporaire car elle est accordée pour une durée de cinq ans et fait l'objet, à l'expiration de cette période, d'une révision obligatoire qui est diligentée par la Caisse des dépôts et consignations. Celle-ci demande à la collectivité d'engager une procédure médicale huit mois avant l'échéance quinquennale. L'agent en est également avisé.

Les étapes pour réaliser la révision quinquennale sont les suivantes :

1

La collectivité désigne le médecin agréé chargé de l'examen de l'agent en lui précisant sa mission et lui transmet le dossier médical à remplir accompagné de toutes les pièces médicales.

2

Le médecin convoque l'agent, l'examine et complète le dossier médical en décrivant les séquelles et en évaluant les taux d'IPP à la date de la révision quinquennale, conformément aux indications énoncées dans la notice.

3

la collectivité règle les honoraires du médecin, prend connaissance du rapport médical et transmet le dossier au conseil médical. A la réception du procès-verbal du conseil médical, la collectivité prend un arrêté ou une décision d'attribution. Elle l'adresse ensuite au service gestionnaire de l'ATIACL accompagné de l'expertise médicale et du PV du conseil médical.

4

À la réception de l'arrêté ou décision d'attribution, du dossier médical, du procès-verbal du Conseil médical, ou de l'accord écrit de l'agent, la Caisse des dépôts et consignations attribue une nouvelle allocation qui est concédée sans limitation de durée ou bien suspend le droit s'il n'est plus ouvert. Elle notifie alors sa nouvelle décision à l'agent et à la collectivité.

Remarque :

Si durant la période quinquennale, survient un nouvel accident, il y a révision du taux d'invalidité déjà rémunéré et concession d'une nouvelle allocation qui indemnise la totalité des infirmités imputables au service. Une révision aura lieu, à l'initiative de la Caisse des dépôts et consignations, cinq ans après la date d'effet de cette nouvelle allocation.

Révision sur demande

Après la révision quinquennale, l'agent peut demander une nouvelle évaluation de son taux d'invalidité, mais au plus tôt, cinq ans après la révision précédente.

Les demandes de révision sont recevables jusqu'à la date de radiation des cadres.

La collectivité qui reçoit la demande de révision doit engager une procédure identique à celle de la révision quinquennale.

La Caisse des dépôts et consignations procède à la régularisation de la situation de l'agent, la nouvelle allocation étant attribuée à compter de la date du dépôt de la demande de révision auprès de la collectivité et de nouveau « *sans limitation de durée* ».



Deux cas sont à envisager :

- soit une radiation résultant d'une aggravation des séquelles ayant ouvert droit à une allocation temporaire d'invalidité. L'allocation est annulée et remplacée, à compter de la radiation des cadres, par la rente d'invalidité servie par la CNRACL.
- soit une radiation pour tout autre motif
- La révision du taux d'IPP avant la radiation des cadres est obligatoire.

Deux cas sont à envisager :

- soit la révision a déjà eu lieu sous forme de révision quinquennale et dans ce cas aucune procédure n'est à engager ; le taux déterminé lors de la révision quinquennale est alors fixé définitivement.
- soit la révision n'a pas eu lieu (allocation temporaire d'invalidité concédée depuis moins de cinq ans), l'agent doit être soumis à un examen médical évaluant le taux d'IPP à la date de radiation des cadres (la procédure de constitution du dossier est celle décrite à la rubrique révision quinquennale).

Révision à la suite d'une erreur

La situation d'un agent peut être revue sur sa demande ou à l'initiative de la Caisse des dépôts et consignations :

- À tout moment en cas d'erreur matérielle ;
- Dans un délai d'un an à compter de la notification de la décision de concession initiale, en cas d'erreur de droit.



SOURCE

<https://politiques-sociales.caisse-desdepots.fr/ATIACL/etapes-attribution-allocation-atiacl>