

LES CONGES DE MALADIE

Agents contractuels

Mise à jour : septembre 2019

LES AGENTS CONTRACTUELS

IMPORTANT ! Aucun congé ne peut être attribué au-delà de la période d'engagement restant à courir lorsque l'agent est recruté pour une durée déterminée. Quant à l'ancienneté, elle est décomptée à partir de la date à laquelle la décision de recrutement ou le contrat initial a pris effet, même si depuis lors l'engagement a été renouvelé (Art. 28 et 30 du Décret n° 88-145 du 15.02.88).

1. LE CONGE DE MALADIE ORDINAIRE :

Les agents contractuels de droit public en activité bénéficient de congés de maladie ordinaire pendant une période de **12 MOIS CONSECUTIFS** ou, en cas de service discontinu, au cours d'une période comprenant 300 jours de services effectifs, dans certaines limites (Art. 7 du Décret n° 88-145 du 15.02.88).

A. Procédure d'attribution :

L'attribution se fait de plein droit sur présentation d'un **CERTIFICAT MEDICAL** d'un médecin dans les **48 HEURES**. Le volet 3 est à adresser à l'employeur dans les 48 heures qui suivent l'arrêt de travail tandis que les volets 1 et 2 sont à adresser à la CPAM dans les 2 jours qui suivent la date d'interruption de travail (Art. L321-2 et R321-2 du Code de la Sécurité sociale).

B. Protection statutaire et rémunération :

- Jour de carence :

La Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018, art. 115, réintroduit un jour de carence pour le versement de la rémunération au titre du congé de maladie des agents publics civils et militaires.

Les agents publics, fonctionnaires et agents contractuels de droit public, placés en congé de maladie ordinaire, ne bénéficient du maintien de leur traitement qu'à compter du 2^{ème} jour de congé de maladie ordinaire. Le jour de carence s'applique à compter du 1^{er} janvier 2018.

Ce jour de carence ne s'applique pas pour les prolongations de congé de maladie ordinaire et sera supprimé si, après avis du Comité médical départemental, la pathologie de l'agent entraîne son placement en congé de longue maladie ou en congé de longue durée.

Référence : Circulaire du 15 février 2018 n° NOR : CPAF1802864C, relative au non versement de la rémunération au titre du premier jour de congé de maladie des agents publics civils et militaires.

- Traitement indiciaire :

Les conditions de maintien du traitement varient en fonction de l'ancienneté de service. Ainsi, après :

✓ **4 mois de services, l'agent bénéficiera de :**

- **1 mois** à plein traitement,
- **1 mois** à demi-traitement.

✓ **2 ans de services, l'agent bénéficiera de :**

- **2 mois** à plein traitement,
- **2 mois** à demi-traitement.

✓ **3 ans de services, l'agent bénéficiera de :**

- **3 mois** à plein traitement,
- **3 mois** à demi-traitement.

Le décompte des droits à maintien de traitement s'effectue de la même façon que pour les fonctionnaires. Pour ce faire, la période de 12 mois consécutifs doit s'entendre des 12 mois précédant immédiatement la date à laquelle la situation de l'agent est appréciée. Il en est de même pour la période comprenant 300 jours de services effectifs (discontinus).

IMPORTANT ! En deçà d'une période suffisante de services fixée à 4 mois, l'agent contractuel ne peut prétendre à **aucun** congé de maladie rémunéré par l'administration.

- Indemnité de résidence et supplément familial de traitement :

L'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement, attribués aux agents contractuels dont la rémunération est fixée par référence à un indice de la fonction publique, sont versés intégralement pendant la période d'incapacité de travail.

⇒ **Périodes rémunérées à plein traitement :**

- 100% du traitement indiciaire,
- 100% de l'indemnité de résidence,
- 100% du supplément familial de traitement,
- *pour le versement des primes et indemnités, se référer à la délibération.*

⇒ **Périodes rémunérées à demi-traitement : les éléments de la rémunération à verser sont :**

- 50% du traitement indiciaire ou 66,66 % à compter du 31^{ème} jour d'arrêt consécutif si l'agent a 3 enfants ou plus à sa charge,
- 100% de l'indemnité de résidence,
- 100% du supplément familial de traitement,
- *pour le versement des primes et indemnités, se référer à la délibération.*

- Participation de la Sécurité Sociale :

✓ **Agents effectuant moins de 200 heures au trimestre :**

Aucune participation de la Sécurité sociale

✓ **Agents effectuant plus de 200 heures au trimestre :**

La sécurité sociale reversera à la collectivité **la moitié** du traitement de l'agent pendant :

- 2 mois si l'agent a au minimum 4 mois de services
- 4 mois si l'agent a au minimum 2 ans de services
- 6 mois si l'agent a au minimum 3 ans de services

IMPORTANT ! L'administration ne peut pas déduire des traitements qu'elle verse aux agents le montant des indemnités journalières que ces derniers auraient dû percevoir même si la Sécurité Sociale ne les leur a pas versées.

L'administration doit donc assurer à l'agent la continuité du versement de son plein ou demi-traitement dans la limite statutaire et récupérer, en temps utile, auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie concernée, les indemnités journalières de l'agent.

Les indemnités journalières constituant un revenu garanti par la Sécurité sociale à tout salarié, la collectivité devra verser à l'agent placé en demi-traitement, la différence entre le montant des indemnités journalières, si celles-ci sont plus élevées et le demi-traitement.

2. LE CONGE DE GRAVE MALADIE :

Il est octroyé aux agents contractuels dans les conditions suivantes :

- L'agent exerce effectivement ses fonctions,
- Il est employé de manière continue ou **discontinue (Décret n° 2015-1912 du 29.12.2015)**,
- Il compte au moins **3 années de service**,
- Il est atteint d'une affection dûment constatée le mettant dans l'impossibilité d'exercer son activité, nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée.

La durée maximale du congé est de **3 ans**, accordée par période de 3 à 6 mois.

A. Procédure d'attribution :

L'agent est, au préalable, soumis à l'examen d'un **spécialiste agréé** compétent pour l'affection en cause, la décision finale revenant à l'autorité territoriale sur avis du **COMITE MEDICAL** saisi du dossier.

B. Protection statutaire et rémunération :

- **Traitement indiciaire :**

Pendant le congé de grave maladie, la rémunération versée à l'agent est la suivante :

- **12 mois** à plein traitement,
- **24 mois** à demi-traitement.

⇒ **Périodes rémunérées à plein traitement :**

- 100% du traitement indiciaire,
- 100% de l'indemnité de résidence,
- 100% du supplément familial de traitement,
- *pour le versement des primes et indemnités, se référer à la délibération.*

⇒ **Périodes rémunérées à demi-traitement : les éléments de la rémunération à verser sont :**

- 50% du traitement indiciaire ou 66,66 % à compter du 31^{ème} jour d'arrêt consécutif si l'agent a 3 enfants ou plus à sa charge,
- 100% de l'indemnité de résidence,
- 100% du supplément familial de traitement,
- *pour le versement des primes et indemnités, se référer à la délibération.*

- Participation de la Sécurité Sociale :

✓ **Agents effectuant moins de 200 heures au trimestre :**

Aucune participation de la Sécurité sociale

✓ **Agents effectuant plus de 200 heures au trimestre :**

La sécurité sociale reversera à la collectivité la moitié du traitement de l'agent pendant 36 mois.

Si l'agent contractuel ne peut prétendre à la protection statutaire parce que sa durée de carrière est inférieure ou égale à 3 ans, il percevra les indemnités journalières versées directement par la sécurité sociale.

3. LE CONGE POUR ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE :

Un agent contractuel victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le mettant dans l'impossibilité d'exercer son activité, a droit à un congé pour accident du travail ou pour maladie professionnelle (Décret n°88-145 du 15.02.1988, titres 3 et 7).

Les règles applicables aux agents contractuels relèvent de la législation relative aux accidents du travail du régime général de sécurité sociale (Code de la Sécurité sociale, art. L431-1).

La couverture du risque s'étend à trois événements :

- l'accident du travail,
- l'accident de trajet,
- les maladies professionnelles.

L'accident du travail :

C'est l'événement soudain survenu par le fait ou à l'occasion du travail alors que le salarié est sous l'autorité de l'employeur.

Lorsqu'il survient sur le temps et le lieu du travail, il est présumé avoir un caractère professionnel sauf si la caisse de sécurité sociale apporte la preuve que le salarié s'est soustrait volontairement à l'autorité de son employeur.

L'employeur peut aussi combattre cette présomption (Code de la Sécurité sociale, art. L411-1).

L'accident de trajet :

C'est l'accident survenu au salarié à l'occasion de ses déplacements professionnels.

Il doit survenir :

- sur le trajet protégé qui correspond à celui qui sépare la résidence de l'assuré de son lieu de travail, pendant le délai normal du trajet,
- sur le trajet entre le lieu de travail et le lieu habituel de restauration.

Le bénéfice de la protection du risque professionnel cesse en cas de détour ou d'interruption sauf pour l'accomplissement des actes de la vie courante.

Les maladies professionnelles :

La reconnaissance en maladie professionnelle est subordonnée à des conditions médicales et administratives qui permettent de définir trois sortes de maladies professionnelles :

Les maladies désignées dans un tableau et contractées dans les conditions mentionnées dans ce tableau :

- exposition habituelle au risque,
- respect des délais de prise en charge.

Les maladies désignées dans un tableau pour lesquelles une ou plusieurs conditions mentionnées dans ce tableau ne sont pas remplies, par exemple :

- délai de prise en charge,
- durée d'exposition,
- liste limitative des travaux.

Mais un lien direct entre la maladie et le travail habituel de la victime doit être établi sur expertise individuelle confiée à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Les maladies non désignées dans un tableau qui sont directement et essentiellement causées par le travail et qui entraînent :

- soit une incapacité permanente au moins égale à 25 %,
- soit le décès.

Le lien de causalité entre la maladie et le travail de la victime est établi après expertise individuelle confiée au CRRMP.

1. Conditions d'octroi du congé pour accident du travail ou maladie professionnelle :

Pour bénéficier d'un congé pour accident du travail ou pour maladie professionnelle, l'agent contractuel doit :

- être en activité,
- avoir un lien de travail avec sa collectivité employeur, c'est-à-dire que sa période d'engagement ne doit pas avoir expiré,
- être victime d'un accident de travail ou atteint d'une maladie professionnelle constatée par un médecin qui sont reconnus comme tels par la CPAM dont il relève au terme d'une procédure prévue par le décret n° 99-323 du 27 avril 1999.

2. Modalités d'octroi :

Le décret du 15 février 1988 est muet sur les conditions d'attribution du congé statutaire et les délais de déclaration de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Dans la mesure où la couverture du risque relève du régime de sécurité sociale, les dispositions prévues par le code s'imposent.

A. L'accident du travail :

La victime d'un accident du travail doit en informer ou faire informer son employeur dans la journée où l'accident s'est produit ou au plus tard dans les VINGT-QUATRE HEURES (sauf cas de force majeure, impossibilité absolue ou motif légitime) et doit préciser l'identité du ou des témoins, le cas échéant.

L'employeur doit déclarer tout accident dont il a eu connaissance à la CPAM dont relève la victime dans les quarante-huit heures.

La déclaration s'effectue à l'aide d'un imprimé type S.6200 établi en quatre exemplaires et envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception, l'employeur garde le quatrième exemplaire.

Délai : Le délai de quarante-huit heures ne comprend pas les dimanches et jours fériés (Code de la Sécurité sociale, art. R441-3).

Déclaration directement à la caisse par la victime :

En cas de carence de l'employeur, la victime (ou ses ayants droit) dispose d'un délai maximum de DEUX ANS à compter du jour de l'accident pour effectuer la déclaration directement à la caisse (*Code de la sécurité sociale - art L 441-2 alinéa 2*).

Passé ce délai, la victime ne peut percevoir aucune prestation, mais conserve le droit de demander réparation du préjudice en cas de faute intentionnelle ou inexcusable de l'employeur.

La caisse envoie au médecin du travail ou de prévention par simple lettre, un double de la déclaration effectuée par la victime, ce qui a pour but d'inciter aux actions de prévention et d'améliorer la coordination entre le médecin du travail et le médecin conseil de la sécurité sociale dans le traitement des dossiers des victimes d'accident ou de maladie professionnelle.

Délivrance de documents :

Dès lors qu'un agent fait une déclaration d'accident auprès de sa collectivité, l'autorité territoriale a l'obligation de délivrer :

- **UNE FEUILLE D'ACCIDENT**, composée de 3 volets, appelée « triptyque » ou « feuille de soins », [modèle S.6201](#), à l'agent.

Elle doit comporter la désignation de la caisse primaire chargée du service des prestations, mais en aucun cas les coordonnées d'un praticien, d'un pharmacien ou d'un auxiliaire médical.

Validité de la feuille : La feuille d'accident est valable pour la durée du traitement.

A la fin de celui-ci ou lorsque la feuille est entièrement utilisée, l'agent adresse cette dernière à la caisse qui lui en délivre une nouvelle si besoin.

La remise de la feuille n'entraîne pas de plein droit la prise en charge des frais liés à l'accident.

- **UNE ATTESTATION DE SALAIRE** (modèle [S.6202](#)) lorsque l'accident entraîne un arrêt de travail. Cette attestation est adressée à la caisse primaire pour le calcul de l'indemnité journalière.

Reconnaissance par la caisse primaire :

La caisse dispose d'un délai de **trente jours** à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident.

A l'issue de ce délai, en l'absence de décision de la caisse, il y a décision de reconnaissance implicite.

Mais ce délai peut être prolongé à titre exceptionnel, dans la limite de deux mois. La caisse doit en informer la victime et son employeur.

Contestation de l'employeur :

L'employeur a le droit de contester le caractère professionnel de l'accident. Il peut :

- assortir la déclaration d'accident de réserves circonstanciées immédiates par lettre jointe,
- ultérieurement, saisir la commission de recours gracieux.

La qualification d'accident du travail ne s'impose ni au juge administratif, ni à l'employeur. Ainsi, lorsque ce dernier conteste, le juge des tribunaux de sécurité sociale devra se prononcer sur l'origine professionnelle ou non de l'accident.

B. La maladie professionnelle :

Déclaration de la maladie professionnelle :

Il appartient à la **victime**, elle-même, de faire sa **déclaration à la caisse primaire** d'assurance maladie dans les quinze jours à compter de la cessation du travail à l'aide d'un *imprimé modèle S.6100*, même si la maladie a déjà été déclarée au titre de l'assurance maladie, en joignant :

- un certificat médical mentionnant la possibilité d'un lien de la maladie avec l'activité professionnelle ou tout document médical faisant état de ce lien délivré par un médecin traitant, médecin du travail ou médecin hospitalier.
- tout document permettant de déterminer la date de la dernière constatation médicale qui sert à l'appréciation des conditions des tableaux.

Lorsque par la suite d'une modification ou d'une adjonction aux tableaux des maladies professionnelles, une maladie devient indemnisable au titre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, le délai de déclaration de quinze jours est porté à trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau.

Assimilation à la date de l'accident :

La date à laquelle la victime est informée du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident.

Délai de prescription :

Les droits de la victime se prescrivent par deux ans à compter :

- de la date à laquelle elle est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle pour effectuer la demande de reconnaissance auprès de la caisse primaire d'assurance maladie.

- de la date de la cessation du travail pour le droit aux prestations du régime des maladies professionnelles.

Délai de prise en charge :

Chaque tableau fixe un délai de prise en charge qui part de la cessation de l'exposition au risque.

Ainsi, pour que la maladie puisse être prise en charge au titre des accidents du travail, maladies professionnelles sans avis du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, la première constatation médicale doit se situer dans le délai de prise en charge fixé par le tableau.

La date de la première constatation médicale peut être antérieure à la déclaration et peut ne pas correspondre à celle à laquelle la victime a été informée du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.

Reconnaissance par la caisse primaire :

La caisse primaire doit statuer dans un délai de **trois mois** à compter de la date d'arrivée de la déclaration qui est attestée par un tampon dateur apposé sur celle-ci.

En retour, elle adresse à la victime un accusé de réception précisant notamment les délais à l'issue desquels il y a décision implicite de reconnaissance en cas de non réponse.

La caisse dispose d'un délai supplémentaire de trois mois en cas d'impossibilité matérielle de se prononcer et ce, à titre exceptionnel.

Lorsque le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) doit se prononcer sur le caractère professionnel d'une maladie, la caisse primaire dispose d'un délai de six mois à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration de la maladie (Code de la Sécurité sociale, art. R441-14).

Elle en informe la victime et son employeur et leur précise les délais. Dans le cas de saisine du CRRMP, il ne peut pas y avoir de décision implicite.

La caisse délivre à l'assuré une **FEUILLE D'ACCIDENT OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE S.6201** autorisant le tiers payant, la victime n'ayant pas à faire l'avance des frais entraînés par sa maladie.

Si le caractère professionnel de la maladie n'est pas reconnu, la caisse primaire informe l'employeur de son refus en lui adressant un double de la notification envoyée à la victime (Code de la Sécurité sociale, art. R441-14).

3. L'attribution des congés pour accident du travail ou maladie professionnelle :

L'accident du travail :

L'autorité territoriale accorde le **congé pour accident du travail** sur présentation du certificat médical initial délivré par le médecin traitant.

Lorsque l'accident n'est pas reconnu par la caisse, que ce soit à son initiative ou après réserves émises par l'employeur, la caisse informe l'autorité territoriale et l'arrêt de travail doit être pris au titre du congé de maladie ordinaire.

La maladie professionnelle :

L'autorité territoriale accorde le **congé** sur présentation de la notification de la décision de reconnaissance de la maladie délivrée par la Caisse.

4. Protection sociale et rémunération :

L'agent contractuel contraint de cesser son service pour accident ou maladie à caractère professionnel est placé en congé pour accident du travail ou pour maladie professionnelle et bénéficie d'une protection sociale qui comprend :

- des prestations statutaires qui diffèrent selon l'ancienneté de services,
- des prestations sociales servies par la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle est rattaché l'agent.

Les prestations statutaires :

Pendant toute la durée de son incapacité jusqu'à sa guérison complète, la consolidation de sa blessure ou son décès, l'agent bénéficie d'un congé pour accident de travail ou pour maladie professionnelle.

Au cours de son congé, l'intéressé a droit au versement par la collectivité de son plein traitement pour une durée qui varie en fonction de son ancienneté de services et qui est versé en complément des indemnités journalières servies par la sécurité sociale (Décret n° 88-145 du 15.02.88, art. 12).

Le congé rémunéré par l'employeur :

La durée du congé augmente selon l'ancienneté de services, ainsi l'agent a droit :

- DES SON ENTREE en fonctions à **UN MOIS à plein traitement,**
- après UN AN de services à **DEUX MOIS à plein traitement,**
- après TROIS ANS de services à **TROIS MOIS à plein traitement.**

Il n'y a pas de maintien à demi-traitement en cas de congé pour accident du travail ou maladie professionnelle.

A l'issue de la période rémunérée à plein traitement, l'agent contractuel pour lequel il n'y a pas guérison complète ou consolidation de la blessure demeure en congé pour accident du travail ou maladie professionnelle sans maintien de traitement. Il ne perçoit plus que les SEULES PRESTATIONS SERVIES PAR LE REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE (Décret n° 88-145 du 15.02.88, art. 9).

L'ancienneté de services :

Pour la détermination de la durée des services exigée, l'ancienneté de services correspond à la durée des services effectifs accomplis pour le compte de la même collectivité, de l'un de ses établissements publics administratifs ou auquel elle participe ou d'une autre collectivité à partir de la date du recrutement ou du contrat initial même renouvelé.

Les services peuvent être discontinus, avec les conséquences en résultant sur la reconstitution des droits à congés. L'agent peut revendiquer la prise en compte des services accomplis dans une autre collectivité (Décret n° 88-145 du 15.02.88, art. 28 et 30).

Notion de services effectifs :

Est considéré comme service effectif, le temps passé durant les périodes d'exercice effectif des fonctions et les congés suivants :

- congés annuels,
- congé pour formation des cadres et d'animateurs pour la jeunesse,
- congé de formation syndicale,
- congé de formation professionnelle,
- congé de maladie ordinaire et de grave maladie,
- congé pour accident de travail ou maladie professionnelle,
- congé de maternité, de paternité ou d'adoption,
- congé avec traitement pour instruction militaire,
- congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie,
- autorisation d'absence accordée aux sapeurs-pompiers volontaires,
- autorisation d'absence accordée aux administrateurs d'une mutuelle,
- congé accordé pour siéger comme représentant d'une association déclarée.

Dans ces quatre dernières hypothèses, la qualification des services effectifs résulte d'une disposition législative qui vient compléter le décret du 15 février 1988.

Toute journée ayant donné lieu à rémunération est décomptée pour une unité quel que soit le temps de travail dans la journée (Décret n° 88-145, art. 31).

Les prestations sociales :

Le jour de l'accident est intégralement à la charge de l'employeur.

Le droit aux prestations de l'assurance accident ou maladie professionnelle n'est subordonné qu'à la condition d'exercer une activité salariée ou assimilée au moment de l'accident. Aucune condition de durée de travail ou d'immatriculation n'est requise.

Les prestations sociales comprennent :

- La couverture des frais médicaux, de traitement, d'appareillage, de réadaptation qui sont réglés directement aux praticiens par la caisse primaire d'assurance maladie, les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier.
- L'indemnisation journalière de l'incapacité temporaire.
- L'indemnisation ou l'attribution de rente en cas d'incapacité permanente ou de décès.

Ces prestations sont à la charge de la CPAM.

Le maintien de traitement :

Le montant du traitement servi à l'agent en cas de congé rémunéré à plein traitement est égal au plus à son traitement net calculé sur la base de sa durée journalière d'emploi à la date de son arrêt.

Le montant des indemnités journalières de sécurité sociale est déduit du traitement attribué à l'agent.

Ainsi, lorsque l'agent a droit à la protection statutaire, il perçoit directement de la collectivité le plein traitement ; dans ce cas, les indemnités journalières versées par la caisse de sécurité sociale viennent en déduction des sommes allouées par la collectivité.

Si les indemnités journalières sont supérieures au traitement, l'agent percevra de la part de la collectivité la différence entre les indemnités journalières et le traitement : les indemnités journalières constituant un revenu garanti à tout salarié par la sécurité sociale.

A L'EXPIRATION DE LA PROTECTION STATUTAIRE DEMEURE LA PROTECTION SOCIALE. Dès lors, l'agent percevra les seules indemnités journalières. Il appartient à la caisse primaire d'assurance maladie de vérifier les conditions et d'effectuer l'ensemble des contrôles liés au versement des indemnités journalières.

Le paiement des indemnités journalières est effectué soit directement à l'assuré, soit à son employeur en cas de SUBROGATION.

Dans ce dernier cas, l'agent doit signer l'attestation patronale qui autorise l'autorité territoriale à percevoir les indemnités journalières en son lieu et place, mais par mesure de simplification et en raison de l'obligation légale du maintien de salaire dans le cadre de la mensualisation, la sécurité sociale considère que les indemnités journalières peuvent être versées à l'employeur si l'attestation n'est pas signée.

Subrogation :

L'article R 323-11 du code de la sécurité sociale prévoit que "lorsqu'en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, le salaire est maintenu en totalité ou en partie sous déduction des indemnités journalières, l'employeur qui paie tout ou partie du salaire pendant la période de maladie sans opérer cette déduction peut être subrogé par l'assuré dans ses droits aux indemnités journalières pour la période considérée, à condition que le salaire maintenu au cours de cette période soit au moins égal au montant des indemnités dues pour la même période".

Ainsi, la subrogation n'est qu'une possibilité lorsqu'un agent non titulaire est en congé rémunéré pour accident du travail ou maladie professionnelle.

