



MINISTÈRE DE  
L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE LA JEUNESSE  
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE



Le recteur de l'académie de Nancy-Metz  
Chancelier des universités

à

Mesdames et messieurs les chefs d'établissement  
Mesdames et messieurs les IEN de circonscription  
Mesdames et Messieurs les directeurs de CIO  
Mesdames et Messieurs les chefs de service

Nancy, le **20 AVR. 2012**

RECTORAT  
Direction des ressources  
Humaines  
Dossier suivi par  
Christian FABRE

**OBJET :** non versement de la rémunération au titre du premier jour de congé de maladie des agents publics.

**P J:**  
Annexe 1- Liste des affections de longue durée,

Téléphone  
08.83.86.23. 83  
Fax  
03.83.86.23. 01  
Mél.  
[ce.drh@ac-nancy-metz.fr](mailto:ce.drh@ac-nancy-metz.fr)

L'article 105 de la loi de finances pour 2012 n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 prévoit le non versement aux agents publics de la rémunération au titre du premier jour de congé de maladie.

Cette disposition législative est entrée en vigueur à compter du 1er janvier 2012.

2 rue Philippe de Gueldres  
CO n° 30013  
54035 NANCY CEDEX  
Standard  
03.83.86.20.20

Accueil du public  
du lundi au vendredi  
de 8h30 à 11h30  
et de 13h30 à 16h30

### **1- Personnels concernés**

Sont concernés par cette disposition législative tous les agents publics, notamment :

- l'ensemble des fonctionnaires, stagiaires et titulaires, relevant de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 ;
- l'ensemble des agents publics non titulaires régis par les dispositions du droit public et notamment les agents recrutés sur contrat à durée déterminée ou indéterminée soumis aux dispositions des décrets n°86-83 du 17 janvier 1986, 88-145 du 15 février 1988 et 91-155 du 6 février 1991 (contractuels administratifs, enseignants et assistants d'éducation) ;
- les maîtres contractuels ou agréés à titre provisoire ou définitif, des établissements d'enseignement privé sous contrat avec l'État.

**Important :** pour l'instant, ne sont pas concernés les agents non titulaires du département de la Moselle. Des précisions vous seront apportées ultérieurement.

### **2 - Modalités d'application du jour de carence**

**Le jour carence s'applique au premier jour de congé de maladie ordinaire, que celui-ci soit rémunéré à plein traitement ou à demi-traitement.**

Concernant l'appréciation des droits à congé de maladie ordinaire rémunérés à plein ou à ½ traitement : la rémunération de l'agent passe ainsi à ½ traitement après 90 jours de congés maladie indépendamment du ou des jour(s) de carence retenu(s).

Lorsque l'arrêt de travail est établi le même jour que celui où l'agent a travaillé, il conviendra de saisir le jour suivant comme journée de carence.

## 2-1 Transmission des certificats d'arrêt maladie

Il est rappelé que les agents publics doivent faire parvenir à leur service gestionnaire (établissements scolaires, CIO, secrétariat des IEN de circonscription, DSDEN, rectorat) les seuls volets des certificats d'arrêt de travail qui ne comportent pas d'éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail (volets n°2 et 3). Les personnels conservent le volet n°1 pour être présenté à toute requête du médecin agréé par l'administration (cf. circulaire FP/4 n°2049 du 24 juillet 2003).

Par ailleurs, dès lors que l'arrêt de travail a été transmis, le premier jour de maladie ne peut en aucun cas être considéré comme jour de congé ou jour relevant de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) ou autorisation d'absence.

A toutes fins utiles, je vous rappelle que les autorisations d'absence sont régies par la Circulaire n° 2002-168 du 2 août 2002 relative aux autorisations de droit et facultatives – BO n° 31 du 29-08-2002.

## 2-2 - Exceptions à l'application d'un jour de carence

➤ Le jour de carence **ne s'applique pas en cas de prolongation d'un arrêt de travail** ou lorsque la reprise du travail n'a pas excédé 48 heures (que les jours concernés soient ouvrés ou non) entre la fin de l'arrêt initial et le début de l'arrêt suivant.

➤ Lorsque l'arrêt de travail est **en rapport avec une affection de longue durée** au sens de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, **le jour de carence ne s'applique qu'une seule fois, à l'occasion du premier congé de maladie** (cf annexe 1).

➤ Le jour de carence **ne s'applique pas dans les cas suivants** :

- congé pour accident de service, accident du travail ou maladie professionnelle,
- congé de longue maladie, congé de longue durée (personnels titulaires)
- congé de grave maladie (personnels non titulaires),
- congé de maternité, congé de paternité, congé d'adoption.

Lorsque l'agent bénéficie d'un congé de maladie ordinaire et qu'il est placé rétroactivement en congé de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie, il a droit au remboursement du trentième retenu au titre du jour de carence.

Cette disposition s'applique également dès lors que la situation de l'agent peut être requalifiée et relever ainsi de l'une des exceptions prévues ci-dessus (accident de service, maladie professionnelle ...).

S'agissant plus particulièrement du congé de maternité, le délai de carence ne s'applique ni pendant la durée de ce congé, ni pendant les congés supplémentaires liés à un état pathologique résultant soit de la grossesse (14 jours maximum) soit des suites de couches (28 jours maximum).

## 3 – Le non versement de la rémunération au titre du jour de carence

### 3.1 - Détermination de l'assiette de la retenue

La retenue effectuée au titre de la première journée du congé de maladie ordinaire concerne la rémunération principale et, le cas échéant, les primes et indemnités. **Les sommes correspondant à la retenue opérée se rapportent strictement au jour non travaillé.**

Sont concernés les éléments de rémunération qui auraient dû être servis à l'agent au cours de cette journée et notamment :

- la rémunération principale ou le traitement de base ;
- les primes et indemnités qui suivent le sort du traitement, y compris l'indemnité de résidence (à l'exclusion de la GIPA) ;
- la nouvelle bonification indiciaire (NBI) ;
- les primes et indemnités.

La retenue sur les éléments de rémunération est calculée selon la règle du trentième.

### 3.2 - Éléments de traitement exclus de la retenue

Sont notamment exclus de la retenue pour jour de carence :

- les indemnités représentatives de frais,
- les indemnités ponctuelles qui impliquent un service fait,
- les avantages en nature,
- le supplément familial de traitement qui est lié à la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants est versé en totalité.

### 3.3 - Cotisations et incidence sur la retraite :

Le jour de carence ne donne lieu à versement d'aucune cotisation ni retenue pour pension et retraite. Il est néanmoins pris en compte pour le calcul des droits à pension et à retraite.

Au sein du régime général, pour la retraite de base, les périodes de congés maladie des agents non titulaires sont prises en compte pour la retraite au titre des « trimestres assimilés ».

### 3.4 - Mentions des codes relatifs au jour de carence sur les bulletins de paye

➤ La rubrique codifiée 016052 indique la date du jour de carence ainsi que le montant à retenir ;

➤ La rubrique codifiée 604957 indique le montant total prélevé sur la paye du mois considéré.

## 4- Dispositif transitoire

Dans l'attente d'une adaptation technique devant vous permettre de saisir le jour de carence au moment de la saisie de l'absence de l'agent, les services payeurs (rectorat, DSDEN) opèrent les retenues selon le calendrier prévisionnel suivant :

- jours de carence de janvier et février 2012 sur la paye de mai 2012,
- jours de carence de mars et avril 2012 sur la paye de juin 2012,
- jours de carence de mai 2012 sur la paye de juillet 2012.

Aussi, il est impératif de procéder à une saisie régulière, **a minima hebdomadaire**, des congés de maladie ordinaire des personnels placés sous votre autorité afin d'éviter les effets de cumul. **Aucune modification rétroactive sur les congés déjà saisis ne doit être opérée.** En cas de difficulté, il vous appartient de vous rapprocher des services payeurs chargés de la mise en œuvre du jour de carence à titre transitoire.

Pour le recteur  
La secrétaire générale



Michèle JOLIAT

## Code de la sécurité sociale

Version consolidée au 1 mars 2012

- ▶ Partie réglementaire - Décrets simples
  - ▶ Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général
    - ▶ Titre 2 : Assurance maladie
      - ▶ Chapitre 2 : Prestations en nature

### Section 1 : Participation de l'assuré.

#### **Article D322-1 En savoir plus sur cet article...**

Modifié par Décret n°2011-726 du 24 juin 2011 - art. 1

La liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie, en application du 3° de l'article L. 322-3, est établie ainsi qu'il suit :

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- bilharziose compliquée ;
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- maladie coronaire ;
- Insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;

- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- sclérose en plaques ;
- scoliose idiopathique structurale évolutive ;
- spondylarthrite grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

**Article D322-1-1 En savoir plus sur cet article...**

Créé par Décret n°2011-75 du 19 janvier 2011 - art. 1

I.-La suppression de la participation de l'assuré prévue au 10° de l'article L. 322-3 est accordée pour une durée initiale au plus de cinq ans, renouvelable.

II.-Les actes médicaux et examens biologiques donnant droit à la suppression de la participation de l'assuré sont prescrits par le médecin traitant sur la base, lorsqu'ils existent, des référentiels élaborés par la Haute Autorité de santé, ou élaborés conjointement par la Haute Autorité de santé et l'Institut national du cancer pour les affections cancéreuses. La mention " suivi post-ALD " doit figurer sur l'ordonnance mentionnée à l'article R. 161-45 et sur la feuille de soins mentionnée à l'article R. 161-40.

**Article D322-2 En savoir plus sur cet article...**

Créé par Décret n°2004-1453 du 23 décembre 2004 - art. 2 JORF 30 décembre 2004

Le nombre maximum de participations forfaitaires supportées en application du II de l'article L. 322-2 par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50.

Pour l'application de l'alinéa précédent, les participations forfaitaires sont prises en compte à la date du remboursement des consultations et des actes.

**Article D322-3 En savoir plus sur cet article...**

Modifié par Décret n°2009-1758 du 29 décembre 2009 - art. 1

La caisse ne peut abandonner la mise en recouvrement de la participation forfaitaire. Toutefois, toute créance née à ce titre, non recouvrée à sa date de prescription, est annulée.

Pour l'application de l'article L. 133-3, les créances relatives à la participation forfaitaire ne sont pas cumulables avec les créances visées à l'article D. 133-2.

NOTA:

*Décision du Conseil d'Etat n° 312462, en date du 6 mai 2009 Article 1er : L'article 2 du décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007, qui modifiait le premier alinéa de l'article D. 322-3 du code de la sécurité sociale, est annulé. L'article est donc rétabli dans sa version précédente.*