



COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE LOIR ET CHER

Le Comité Médical Départemental se réunit une fois par mois dans les locaux du Centre de Gestion de Loir et Cher. Afin d'assurer l'instruction des dossiers dans les meilleurs délais, ceux-ci doivent être transmis au secrétariat du Comité Médical **avec les pièces obligatoires en utilisant le formulaire de saisine** prévu à cet effet.

Formulaire et pièces à adresser à :

**Centre Départemental de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale de Loir et Cher**
Secrétariat du Comité Médical
3 rue Franciade
41260 LA CHAUSSEE-SAINT-VICTOR
instances.medicales@cdg41.org

Motifs de saisine :

- La prolongation des congés de maladie ordinaire au-delà de six mois consécutifs,
- L'octroi et le renouvellement des congés de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie,
- L'aptitude à la reprise à l'issue d'un congé de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie,
- L'aptitude à la reprise après douze mois consécutifs de congé de maladie ordinaire,
- L'octroi d'un temps partiel thérapeutique si les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants,
- La mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement,
- L'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après un congé de maladie ou une disponibilité d'office,
- Le reclassement dans un autre emploi suite à la modification de l'état de santé physique du fonctionnaire,
- L'inaptitude absolue et définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions.

Pièces obligatoires à joindre au formulaire de saisine pour toute demande (1^{ère} saisine et renouvellement) :

- 1. Courrier de l'autorité territoriale** indiquant le motif de la saisine et exposant la situation de l'agent concerné
- 2. Lettre de l'agent** adressée à l'autorité territoriale précisant la nature du congé demandé. Tous les éléments médicaux* sont à transmettre sous pli cacheté et confidentiel.
Si votre agent est au terme de la première année de Congé de Longue Maladie (CLM), et si la pathologie ouvre droit au Congé de Longue Durée (CLD), il peut demander à être placé en CLD ou être maintenu en CLM.
- 3. Certificat médical du médecin traitant** spécifiant que l'agent est susceptible de bénéficier du congé demandé.
- 4. Copies des arrêts maladie** et du dernier arrêté.
- 5. La fiche de poste de l'agent**

Si nécessaire, rapport du médecin traitant placé sous pli confidentiel avec ses observations et les pièces justificatives (document pouvant être adressé directement au Comité Médical).

* Pour les agents CNRACL uniquement, le volet 1 doit être conservé par l'agent (circulaire FP/4 n°2049 du 24 juillet 2003 relative aux modalités de traitement des certificats médicaux d'arrêt de travail pour maladie des fonctionnaires)

A ces pièces, doivent être ajoutées :

→ *Pour un Congé de longue maladie d'office*

- **Rapport du supérieur hiérarchique** justifiant que l'état de santé de l'agent paraît nécessiter l'octroi d'un Congé de Longue Maladie.
- **Rapport du médecin de prévention**

→ *Pour un Reclassement*

- **Courrier de l'agent** sollicitant le reclassement professionnel.
- Fiche de poste avec le descriptif des tâches actuelles exercées par l'agent.
- **Fiche de poste** proposée pour le nouvel emploi avec descriptif des tâches envisagées.
- **Rapport du médecin de prévention.**

→ *Pour une Aptitude aux fonctions*

- **Rapport du supérieur hiérarchique**



Toute saisine incomplète retarde l'instruction du dossier

Modèle de lettre de saisine de l'agent

NOM, Prénom
Adresse
Tél :
Courriel :
Grade - Emploi

Madame /Monsieur le Maire ou
Madame /Monsieur le Président
Collectivité
Adresse
CP - VILLE
Le.....

Objet : Saisine du Comité Médical Départemental

Madame/Monsieur le Maire (ou Madame/Monsieur le Président),

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au Comité Médical Départemental afin que cette instance émette un avis concernant ma demande de :

Préciser s'il s'agit : d'une première demande ou d'un renouvellement

- congé maladie ordinaire au-delà des 6 mois consécutifs d'arrêts maladie
- congé longue maladie sur demande
- congé de longue durée
- congé grave maladie
- de disponibilité d'office pour maladie à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie
- d'aptitude à la reprise après 12 mois consécutifs de congé maladie ordinaire
- d'aptitude à la reprise à l'issue d'un congé longue maladie, de longue durée, ou d'un congé grave maladie
- le reclassement dans un autre emploi
- d'aptitude ou d'inaptitude physique totale et définitive aux fonctions ou à toutes fonctions
- procédure simplifiée de mise en retraite pour invalidité à la demande de l'agent (CNRACL)
- autres situations :

à compter du ou pour la période du au

Vous trouverez ci-joint le certificat médical de mon médecin, accompagné le cas échéant d'un rapport (*à transmettre sous pli confidentiel*), ainsi que toute pièce utile à l'examen de mon dossier.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Madame/Monsieur le Maire (ou Madame/Monsieur le Président), à l'assurance de ma considération la meilleure.

Signature de l'agent



FORMULAIRE DE SAISINE DU COMITE MEDICAL DEPARTEMENTAL

(à compléter par la collectivité et faire retour au Comité Médical avec les pièces obligatoires)

- PREMIERE SAISINE** : LE DOSSIER COMPLET DOIT NOUS PARVENIR **UN MOIS** AVANT LA DATE DE LA SEANCE
 RENOUVELLEMENT : LE DOSSIER COMPLET DOIT NOUS PARVENIR **DEUX MOIS** AVANT LA DATE D'EXPIRATION DU CONGE
MALADIE EN COURS

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ

Collectivité :

Adresse :

C.P. : Ville :

Téléphone : Fax :

Courriel :

Nom du médecin de prévention chargé du suivi médical de l'agent concerné :

.....

Contact de la collectivité (nom, prénom et n° de téléphone, adresse mail) :

.....

I – IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

NOM et Prénom :

Nom Patronymique :

Adresse :

.....

Date de naissance : / /

Nom du médecin traitant :

II – SITUATION ADMINISTRATIVE

(Cocher la case correspondante)

Titulaire Stagiaire Non titulaire de droit public

CNRACL IRCANTEC

Temps complet Temps non complet* Temps partiel*

*Nombre d'heures hebdomadaires : h Date d'entrée dans la collectivité : / /

Grade :

Missions principalement exercées par l'agent (ou joindre la fiche de poste) :

.....

.....

.....

EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT À LA SAISINE

Demande de :

- | | | |
|--|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Prolongation des Congés de Maladie Ordinaire au-delà de 6 mois consécutifs | | |
| <input type="checkbox"/> Congé Longue Maladie d'Office | <input type="checkbox"/> Octroi | <input type="checkbox"/> Renouvellement |
| <input type="checkbox"/> Congé de Longue Maladie | <input type="checkbox"/> Octroi | <input type="checkbox"/> Renouvellement |
| <input type="checkbox"/> Congé de Longue Durée* | <input type="checkbox"/> Octroi | <input type="checkbox"/> Renouvellement |
| <input type="checkbox"/> Congé de Grave Maladie | <input type="checkbox"/> Octroi | <input type="checkbox"/> Renouvellement |
| <input type="checkbox"/> Aptitude à la reprise | | |
| <input type="checkbox"/> Temps Partiel Thérapeutique | <input type="checkbox"/> Octroi | <input type="checkbox"/> Renouvellement |
| <i>(uniquement si désaccord médecin traitant et médecin agréé)</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Mise en Disponibilité d'Office pour raison de santé | <input type="checkbox"/> Octroi | <input type="checkbox"/> Renouvellement |
| <input type="checkbox"/> Aménagement des conditions de travail après CLM, CLD | | |
| <input type="checkbox"/> Reclassement | | |
| <input type="checkbox"/> Procédure simplifiée de mise en retraite pour invalidité à la demande de l'agent (CNRACL) | | |
| <input type="checkbox"/> Inaptitude physique totale et définitive à ses fonctions, à toutes fonctions | | |

*** Si votre agent est au terme de la première année de Congé de Longue Maladie (CLM), et si la pathologie ouvre droit au Congé de Longue Durée (CLD), il peut demander à être placé en CLD ou être maintenu en CLM.**

L'agent a opté pour : CLD Renouvellement CLM

IV – TYPE DE CONGE DEJA OBTENUS SUR LES 12 DERNIERS MOIS

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Congé Maladie Ordinaire | <input type="checkbox"/> Congé Longue Maladie | <input type="checkbox"/> Congé Longue Durée |
| <input type="checkbox"/> Congé Grave Maladie | | |
| <input type="checkbox"/> Temps Partiel Thérapeutique | <input type="checkbox"/> Reprise d'activité partielle pour motif thérapeutique | |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité d'Office pour raison de santé | | |

Date(s) :

.....
.....
.....

Fait le

à

Signature de l'autorité territoriale et cachet de la collectivité

Pièces obligatoires à joindre :

- Courrier de l'autorité territoriale
- Lettre de l'agent adressée à l'autorité territoriale
- Certificat médical du médecin traitant
- Copies des arrêts maladie et du dernier arrêté.
- La fiche de poste de l'agent

Toute saisine incomplète retarde l'instruction du dossier