|  |  |
| --- | --- |
|  | **CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL****FORMATION RESTREINTE** |
| **DOSSIER DE SAISINE DU CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL****POUR LES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE** |

Le Conseil 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 êtretransmis au secrétariat du Conseil 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 Conseil Médical Départemental - Formation restreinte

3 rue Franciade

41260 LA CHAUSSEE-SAINT-VICTOR

instances.medicales@cdg41.org

**Motifs de saisine***: (Décret n° 2022-350 du 11 mars 2022)*

* L’octroi d’une première demande de congé de grave maladie, de congé de longue maladie, de congé de longue durée
* Tout renouvellement d’un congé de grave maladie, d’un congé de longue maladie, d’un congé de longue durée **APRES** l’épuisement des droits à rémunération à plein traitement
* La réintégration à l’expiration des droits statutaires à congé pour raison de santé (congé maladie ordinaire 12 mois, congé grave maladie 3 ans, congé longue maladie 3 ans, congé longue durée 5 ans)
* La réintégration à l’issue d’une période de congé de longue maladie ou congé de longue durée lorsque le bénéficiaire de ce congé :
* exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières
* ou a fait l’objet de la procédure prévue à l’article 24 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, à savoir l’attribution d’un congé de longue maladie ou d’un congé de longue durée après saisine du conseil médical départemental par l’autorité territoriale au vue d’une attestation médicale ou sur le rapport des supérieurs du fonctionnaire concerné (CLM d’office et CLD d’office)
* La mise en disponibilité d’office pour raison de santé, son renouvellement et la réintégration à l’issue d’une période de disponibilité pour raison de santé et à la fin des droits statutaires
* Le reclassement dans un autre corps ou cadre d’emploi à la suite d’une altération de l’état de santé du fonctionnaire
* L’octroi des congés pour infirmité de guerre
* L’inaptitude aux fonctions
* **La contestation d’un avis médical rendu par un médecin agréé** au titre :
* de l’admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières
* de l’octroi, le renouvellement d’un congé pour raison de santé et de la réintégration à l’issue d’un congé pour raison de santé
* du renouvellement d’un temps partiel thérapeutique au-delà des 3 premiers mois
* de l’examen médical (contrôle obligatoire au moins une fois par an) : CMO, CLM, CLD, CITIS

**Pièces obligatoires à joindre à toute demande de saisine du CMD**

**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* ***(Droit d’option CLM/CLD)****.*

**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**

**A ces pièces, doivent être ajoutés :**

*🡺 Pour un congé de longue maladie d’office ou un congé de longue durée 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 ou d’un Congé Longue Durée
* **Rapport du médecin de prévention remis par le médecin au secrétariat du CMD**

*🡺 Pour un reclassement professionnel*

* **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 remis par le médecin au secrétariat du CMD**.

*🡺 Pour une inaptitude aux fonctions*

* **Rapport du supérieur hiérarchique**

 Compte tenu de leur caractère **« confidentiel - secret médical »,** les documents médicaux suivants **ne peuvent être conservés par le service des ressources humaines** mais seront adressés au Conseil médical départemental qui les classe dans le dossier médical de l’agent, notamment :

* le rapport du médecin traitant avec ses observations et les pièces médicales justificatives
* les éléments médicaux remis par l’agent
* **le compte-rendu d’expertise médicale du médecin agréé** (un exemplaire de l’ordre de mission complété par le médecin agréé doit également être remis au Conseil médical départemental)

 **Toute saisine incomplète retarde l’instruction du dossier**

\* 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)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL****FORMATION RESTREINTE** |
| **DOSSIER DE SAISINE DU CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL****POUR LES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE** |

(Le dossier complet doit être transmis **2 mois** avant la date d’expiration du congé maladie en cours)

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ**

Collectivité :…………………………………………………………………………………………………………………..

Nom et Prénom 🞏 du Maire 🞏 du Président : ......................................................................................................

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

C.P. : Ville :

Téléphone : ……………..…………………Courriel : ……………………………………………..……………………...

Personne(s) en charge du dossier (nom, prénom et n° de téléphone, adresse mail) :

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

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

## 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)*

[ ]  Stagiaire CNRACL [ ]  Titulaire CNRACL

[ ]  Stagiaire IRCANTEC [ ]  Titulaire IRCANTEC [ ]  Contractuel de droit public IRCANTEC

[ ]  Temps complet : ….. h .. [ ]  Temps non complet : ….. h ..…. [ ]  Temps partiel : ……% soit …... h …...

Date d’embauche : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ de stagiairisation : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ de titularisation : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Grade :

Poste : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Missions principalement exercées par l’agent (**joindre la fiche de poste**) :

………………………………………………………………………………………………………………………………...

## EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT À LA SAISINE

Demande d’avis du Conseil médical départemental :

[ ]  Congé Maladie Ordinaire

[ ]  Réintégration (à expiration des droits statutaires à congé pour raison de santé : **12 mois**)

[ ]  sans aménagement de poste [ ]  avec aménagement de poste

[ ]  Congé Grave Maladie

[ ]  Octroi

[ ]  Renouvellement

[ ]  Réintégration (à expiration des droits statutaires à congé pour raison de santé : **3 ans**)

[ ]  Sans aménagement de poste [ ]  avec aménagement de poste

[ ]  Congé Longue Maladie**1** [ ]  Congé Longue Maladie d’office**2 et 3** [ ]  Congé Longue Maladie fractionné

[ ]  Octroi

[ ]  Renouvellement

[ ]  Réintégration (à expiration des droits statutaires à congé pour raison de santé : **3 ans**)

[ ]  sans aménagement de poste [ ]  avec aménagement de poste

**1Au terme de la première année de Congé Longue Maladie, lors du passage à demi-traitement**, si la pathologie ouvre droit au Congé Longue Durée, **l’agent peut demander à être placé en CLD ou être maintenu en CLM**. (joindre le document « Droit d’option » complété et signé par l’agent et le certificat médical du médecin)

[ ]  Congé Longue Durée [ ]  Congé Longue Durée d’office**2 et 3**

[ ]  Octroi

[ ]  Renouvellement

[ ]  Réintégration (à expiration des droits statutaires à congé pour raison de santé : **5 ans**)

[ ]  sans aménagement de poste [ ]  avec aménagement de poste

**2** article 24 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 modifié, à savoir l’attribution d’un congé de longue maladie ou d’un congé de longue durée après saisine du conseil médical départemental par l’autorité territoriale au vue d’une attestation médicale ou sur le rapport des supérieurs du fonctionnaire concerné

**3** à l’issue d’un congé de longue maladie ou congé de longue durée lorsque le bénéficiaire de ce congé exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières

[ ]  Disponibilité d’office pour raison de santé

[ ]  Octroi après épuisement des droits à congés maladie

[ ]  Renouvellement

[ ]  Réintégration

 (à l’issue de toute période de disponibilité pour raison de santé et à la fin des droits statutaires)

[ ]  Inaptitude aux fonctions

[ ]  Reclassement professionnel suite à l’altération de l’état de santé de l’agent

[ ]  Octroi de congés pour infirmité de guerre

[ ]  **Contestation d’un avis médical rendu par un médecin agréé** dans le cadre de :

[ ]  Admission d’un candidat à un emploi public dont les fonctions exigent des conditions de santé

 particulières

[ ]  Octroi, renouvellement d’un temps partiel thérapeutique au-delà de 3 mois

[ ]  Octroi, renouvellement d’un congé pour raison de santé : [ ]  CMO, [ ]  CGM, [ ] CLM, [ ] CLD

[ ]  Réintégration à l’issue d’un congé pour raisons de santé : [ ]  CMO, [ ]  CGM, [ ]  CLM, [ ]  CLD

[ ]  Examen médical (obligatoire une fois par an) : [ ]  CMO, [ ]  CGM, [ ]  CLM, [ ]  CLD, [ ]  CITIS

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Signature de l’autorité territoriale, et cachet de la collectivité ou établissement public |
|  |  |
|  | **CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL****FORMATION RESTREINTE** |

**RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ DÉJA OBTENUS**

NOM et prénom de l’agent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/

|  |  |
| --- | --- |
| **TYPE DE CONGES** | **DATES** |
| **Congés de Maladie Ordinaire** **(sur les 12 derniers mois)**Merci de joindre au dossier de saisine les arrêts maladie (initial et prolongations) |  |
| **Congés de Grave Maladie** |  |
| **Congés de Longue Maladie** |  |
| **Congés de Longue Durée** |  |
| **RELEVÉ DES PERIODES DÉJA OBTENUES** |
| **Temps Partiel Thérapeutique** |  |
| **Disponibilité d’office pour raison de santé** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Signature de l’autorité territoriale,Cachet de la collectivité ou établissement public |