

LE CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL FORMATION PLÉNIÈRE DES FONCTIONNAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Le Conseil Médical Départemental – Formation Plénière (ex Commission de Réforme) se réunit une fois par mois dans les locaux du Centre de Gestion de Loir et Cher. **Les dossiers doivent être transmis complets** au secrétariat du Conseil Médical – Formation Plénière **3 semaines avant la date de la séance**, à l'aide du formulaire de saisine ci-joint :

Centre Départemental de Gestion
de La Fonction Publique Territoriale de Loir-et-Cher
Secrétariat du Conseil Médical – Formation Plénière
3 rue Franciade
41260 LA CHAUSSEE-SAINT-VICTOR
Tel : 02 54 56 28 62 - Fax : 02 54 56 28 55
instances.medicales@cdg41.org

Pièces à joindre à toute demande :

- **Le formulaire de saisine dûment complété** indiquant de manière précise l'objet de la saisine et les questions précises pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un avis
- **Lettre de l'agent** adressée à l'autorité territoriale précisant la nature de sa demande.
- Copie des **certificats médicaux (initial et prolongations) d'accident de travail ou de maladie professionnelle**
- **Observations médicales et/ou pièces justificatives** fournies par le ou les médecins **transmis sous pli confidentiel**.

A ces pièces, doivent être ajoutés les documents suivants :

→ Pour l'imputabilité d'un accident de trajet non reconnue :

- Les horaires de travail
- Plan du trajet précisant : Départ-Arrivée-Itinéraire emprunté le jour de l'accident-Itinéraire habituellement effectué par l'agent (si différent)-endroit exact où s'est produit l'accident (chaussée, trottoir, parties privatives, parties collectives, espace public)
- S'il y a détournement du trajet habituel, motiver le détournement

→ Pour l'imputabilité au service d'un accident (ou d'une rechute) non reconnue :

- Copie de la déclaration d'accident,
- Certificat médical initial mentionnant les blessures ainsi que les arrêts, les prolongations et les soins, (volet 1 et 2), certificat médical de prolongation (le cas échéant), certificat final descriptif de la guérison ou de la consolidation,
- Certificat de rechute
- Rapport hiérarchique de l'autorité territoriale,
- Le cas échéant, le constat de police ou le rapport de gendarmerie si un tiers est en cause,
- Rapport d'expertise d'un médecin agréé, le cas échéant (en cas de doute de la collectivité),
- Certificat de reprise du travail s'il y a lieu.

→ **Pour l'imputabilité au service d'une maladie professionnelle (lorsque le médecin du travail n'a pas pu établir la reconnaissance de l'imputabilité de la maladie professionnelle) :**

- Copie de la déclaration de demande de reconnaissance de la maladie professionnelle
- Certificat médical initial de première constatation de la maladie avec une date et décrivant le siège et la nature des lésions
- Rapport d'expertise d'un médecin agréé attestant du lien entre la maladie et le poste de l'agent,
- Les examens médicaux prescrits par les tableaux des maladies professionnelles, sous pli médical confidentiel
- Rapport de l'autorité territoriale,
- Rapport du médecin de médecine professionnelle et préventive, si l'autorité territoriale ne reconnaît pas l'imputabilité
- Fiche de poste détaillée.

→ **Pour l'octroi d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) :**

- Rapport d'expertise médicale,
- Courrier de demande de l'agent,
- Toutes pièces relatives à l'accident de service ou à la maladie professionnelle et non communiquées préalablement au conseil médical – formation plénière (certificats médicaux initial et final, procès-verbal du conseil médical – formation plénière, rapport du médecin du médecin de médecine professionnelle),
- Un courrier de la collectivité indiquant de manière précise l'objet de la saisine.
Pour la révision quinquennale : le courrier de la Caisse des Dépôts faisant part de l'avis conforme donné à la décision d'attribution d'une ATI et indiquant le taux rémunéré ainsi que la date d'effet.

→ **Pour une demande de mise à la retraite pour invalidité :**

- Dernier avis du conseil médical – formation restreinte (si procédure d'office) ou courrier de demande de l'agent le cas échéant,
- Expertise médicale – imprimé AF3 - accompagné de toutes les pièces médicales (certificats médicaux, procès-verbal du conseil médical – formation plénière ou formation restreinte, rapport du médecin de prévention),
- Si l'agent bénéficie de l'ATI, joindre la copie de la décision d'octroi,
- Suite à un congé maladie ordinaire, congé longue maladie ou congé longue durée, joindre l'avis du conseil médical – formation restreinte statuant sur l'incapacité définitive de l'agent à la reprise des fonctions au terme de ses droits à congés,
- Attestation de reclassement en l'absence d'incapacité à toutes fonctions.

Lorsqu'une expertise effectuée par un médecin agréé vous est demandée, nous vous remercions de bien vouloir transmettre l'intégralité de l'expertise (sous pli médical confidentiel) et non pas uniquement les conclusions administratives du médecin agréé.

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 Conseil Médical – Formation Plénière

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

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier au Conseil Médical – Formation Plénière afin que cette instance se prononce sur :

- ☐ l'octroi d'un congé pour accident imputable au service :
☐ l'octroi d'une maladie professionnelle
☐ l'octroi d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI)
☐ autre (préciser)

à compter du

Vous voudrez bien trouver ci-joint le certificat médical initial (de prolongation, de consolidation, de demande d'IPP...) de mon médecin.

Vous en souhaitant bonne réception, veuillez agréer, Madame/Monsieur le Maire, Madame/Monsieur le Président, l'expression de ma considération la meilleure.

(signature de l'agent)

FORMULAIRE DE SAISINE DU CONSEIL MÉDICAL – FORMATION PLÉNIÈRE (ex commission de réforme)

A compléter par l'employeur

**Le dossier complet doit parvenir au secrétariat du Conseil Médical – Formation Plénière
3 semaines avant la date de la séance**

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 CNRACL ☐ Stagiaire CNRACL Date d'embauche :/...../.....

☐ Temps complet ☐ Temps non complet* ☐ Temps partiel*

* Nombre d'heures hebdomadaire : h

Grade : Catégorie : A ☐ B ☐ C ☐

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

.....

.....

EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT À LA SAISINE (en cas de refus de reconnaissance de l'imputabilité par l'employeur)

→ Accident de service :

☐ Imputabilité au service de l'accident du.....

- En cas de faute personnelle

Ou

- D'une circonstance particulière détachant l'accident du service

☐ Rechute d'accident de service du

→ Accident de trajet :

☐ Imputabilité au service de l'accident de trajet du.....

- En cas de fait personnel

Ou

- D'une circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante de nature à détacher l'accident du service

→ Maladie professionnelle

☐ Imputabilité au service de la maladie professionnelle

- En cas de maladie désignée par un tableau de maladie professionnelle du Code de la Sécurité Sociale ne remplissant par l'ensemble des conditions fixées par ledit tableau
- En cas de maladie non inscrite aux tableaux des maladies professionnelles

☐ Rechute de maladie professionnelle

→ Allocation temporaire d'invalidité (ATI) à la suite d'un accident de service ou maladie professionnelle :

☐ Octroi de l'ATI

- En cas d'accident de service ou de trajet entraînant une incapacité permanente d'au moins 10 %
- En cas de maladie imputable au service entraînant une incapacité permanente d'au moins
 - . 1 % (maladie inscrite au tableau)
 - . 25 % (maladie hors tableau)

☐ Révision quinquennale de l'ATI

☐ Révision de l'ATI en cas de nouvel accident ou maladie professionnelle, après consolidation

☐ Révision de l'ATI à la date de radiation des cadres dans la cadre de la retraite normale.

→ **Admission à la retraite à l'expiration des droits statutaires à CMO, CLM, CLD ou en cas d'inaptitude définitive établie à l'issue d'un an d'arrêt en accident de service ou en maladie professionnelle**

- ☐ Mise à la retraite pour invalidité ☐ d'office ☐ à la demande de l'agent
- ☐ Majoration pour tierce personne
- ☐ Autre motif : (nous consulter)

HISTORIQUE DES CONGES POUR RAISONS DE SANTE PRECEDEMMENT OBTENUS PAR L'AGENT

Type de congés	Nom du praticien ayant établi le ou les certificats	Date de début du congé	Date de fin du congé
Congé pour accident de service ou maladie professionnelle (détailler certificat initial et prolongations)			
Congé de longue maladie ou de longue durée			
Congé de maladie ordinaire (sur la période de référence = 12 derniers mois)			
Temps partiel thérapeutique	Date début temps partiel thérapeutique	Date fin temps partiel thérapeutique	
Disponibilité d'office pour inaptitude physique			

Fait le
à

Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la collectivité