



CENTRE DE GESTION DE LA
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Village des Collectivités Territoriales

1 avenue de Tizé - CS 13600 - 35236 THORIGNÉ-FOUILLARD CEDEX - Téléphone 02 99 23 31 00 - Télécopie 02 99 23 38 00 - www.cdg35.fr - E-mail : contact @cdg35.fr

LE COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL

Dans chaque département, un comité médical est constitué

Dans chaque département, un comité médical est constitué auprès du préfet.

Composé uniquement de médecins désignés par le préfet, le comité médical doit être saisi pour donner des avis sur les questions liées à la santé des agents de droit public (titulaire, stagiaire ou non titulaire). Les contrats de droit privé sont exclus. Ces avis obligatoires sont consultatifs et ne lient pas l'autorité territoriale à qui revient la décision (sauf dans trois cas précis).

Les avis portent notamment sur l'octroi et le renouvellement des congés maladie ainsi que sur l'avis d'aptitude aux fonctions d'un agent.

Pour faciliter et améliorer la gestion des dossiers soumis au comité médical, le Centre de Gestion a élaboré un formulaire. Il rappelle l'ensemble des cas pour lesquels vous devez solliciter l'avis du comité médical et récapitule les pièces nécessaires au dossier.

Ce dossier est à compléter par vos soins et à transmettre au CDG à l'adresse indiquée. Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir adresser une copie du dossier au service de médecine préventive du CDG en cas d'adhésion à la prestation.

Il est souhaitable de procéder à la saisine du comité médical après 4 mois consécutifs d'arrêt maladie. Les demandes de renouvellement sont à effectuer 3 mois avant l'expiration du congé déjà attribué.

Se réunissant tous les mois, et pour statuer sur ce dossier, le comité médical a recours à un médecin expert. L'agent sera alors convoqué chez cet expert qui établira un rapport et le fera parvenir directement au comité médical.

L'agent est averti de la date d'examen de son dossier. Le service de médecine préventive est également informé de l'avis de passage.

L'avis rendu par le comité médical est adressé par écrit à la collectivité qui en avisera l'agent. Cet avis peut faire l'objet d'un recours auprès du comité médical supérieur placé auprès du ministre de la santé.

**SAISINE DU COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL
AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE**

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

Collectivité :

Adresse :

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne chargée du suivi de la demande :

.....

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

.....

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....

Fait le

à

Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la collectivité

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE A LA DEMANDE

- Lettre manuscrite de l'agent, précisant la nature du congé demandé, adressée à l'autorité territoriale, sur demande de l'agent.
- Formulaire de droit d'option pour le congé de longue durée.
- Certificat médical du médecin traitant spécifiant la nature du congé demandé.
- Certificat médical détaillé du médecin traitant ou spécialiste adressé sous pli confidentiel à l'autorité territoriale (cf modèle page suivante).
- Compte rendu de consultation spécialisée de centre hospitalier de moins de 3 mois et compte rendu opératoire.
- Copies des arrêts de travail.
- Copie de l'attribution d'une pension d'invalidité par la C.P.A.M. (Agent Ircantec).

Dossier à transmettre au :
CDG 35
COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL
Service Conditions de travail
1 avenue de Tizé - CS 13600
35236 THORIGNE-FOUILLARD CEDEX
Tél : 02.99.23.31.00 - 02.99.23.38.00

MODELE DE CERTIFICAT DETAILLE

A faire remplir par votre médecin

Nom et prénom de l'agent :

Nom de l'employeur :

Antécédents familiaux et personnels :

Descriptifs des pathologies en cours :

Descriptifs des soins en cours (Traitements et Kinésithérapie) :

Descriptifs de l'état clinique actuel détaillé et des limitations fonctionnelles :

Possibilité de reprise et conditions de la reprise :

Certificat établi par le Docteur :

Date et signature :

DROIT D'OPTION CONGE DE LONGUE MALADIE - CONGE DE LONGUE DUREE

A remplir par l'agent si celui-ci remplit les conditions

NOM :PRENOM :

GRADE :

COLLECTIVITE EMPLOYEUR :

Je présente une affection qui figure dans la liste des 5 affections ouvrant droit au congé de longue durée (droit ouvert une seule fois par affection dans la carrière) (article 2 de l'arrêté du 14 mars 1986).

Je reconnais avoir pris connaissance de mon droit d'option pour le congé de longue maladie ou le congé de longue durée. J'ai bien noté que ce choix est irrévocable.

Au terme de la 1^{ère} année à plein traitement de mon congé de longue maladie, mon choix est le suivant :

Je demande mon maintien en congé de longue maladie (CLM : 1 an plein traitement, 2 ans à demi traitement).

Je demande la transformation de mon congé de longue maladie en congé de longue durée (CLD : 3 ans à plein traitement et 2 ans à demi traitement).

Cocher la case correspondante à votre choix.

A, le

Signature :

PIECES A FOURNIR DANS LES CAS PARTICULIERS SUIVANTS

TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE (uniquement en cas de divergence entre le médecin traitant de l'agent et le médecin agréé)

En plus des pièces demandées sur la première page du formulaire, la collectivité doit fournir :

- un courrier de l'agent sollicitant le temps partiel thérapeutique.
- la fiche de poste avec le descriptif des tâches actuelles exercées par l'agent.
- l'avis du médecin agréé
- les arrêtés de temps partiel thérapeutique déjà accordés

CONGÉ DE LONGUE MALADIE D'OFFICE OU CONGE DE GRAVE MALADIE D'OFFICE

C'est la collectivité qui sollicite la mise en congé de longue maladie d'office de l'agent. La mise en congé d'office est une mesure prise pour assurer le bon fonctionnement du service que le comportement d'un fonctionnaire, en raison de son état de santé, peut compromettre. Elle doit donc être limitée aux situations d'urgence et appliquée dans le respect des libertés individuelles et en tenant compte du danger que représente pour un malade le fait de prendre brutalement conscience de la gravité de son état.

Dans ce cas, viennent s'ajouter aux pièces demandées sur la première page du formulaire, les rapports suivants :

- un rapport du supérieur hiérarchique justifiant que l'état de santé de l'agent paraît nécessiter l'octroi d'un congé de longue maladie.
- un rapport du médecin de prévention.

INAPTITUDE AUX FONCTIONS ET A TOUTES FONCTIONS

En plus des pièces demandées sur la première page du formulaire, la collectivité doit fournir :

- la fiche de poste avec le descriptif des tâches actuelles exercées par l'agent.

RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

En plus des pièces demandées sur la première page du formulaire, la collectivité doit fournir :

- un courrier de l'agent sollicitant le reclassement professionnel.
- la fiche de poste avec le descriptif des tâches actuelles exercées par l'agent.
- la fiche de poste proposée pour le nouvel emploi avec le descriptif des tâches envisagées.
- le rapport du médecin de prévention.

I - IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

Nom : Nom patronymique :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Date et lieu de naissance : le/...../..... à

II - SITUATION ADMINISTRATIVE

Grade :

Affectation :

Fonctions actuelles exercées par l'agent :

Stagiaire Titulaire Non titulaire

(cocher la case correspondante)

Date d'embauche :

Nombre d'heures hebdomadaires :

- Temps non complet : heures..... minutes

(emploi créé pour une durée inférieure au temps complet)

- Temps partiel : %

(emploi créé à temps complet, l'agent a été autorisé à travailler à temps partiel)

Autres employeurs : Nombre d'heures :

(y compris dans le privé)

Fonctions :

.....

.....

III - EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT À LA SAISINE

INFORMATIONS

Au terme de la première année de congé de longue maladie, et lorsque la pathologie ouvre droit au congé de longue durée, l'agent peut demander à être placé en CLD ou être maintenu en CLM.

L'agent a opté pour : CLD
 Prolongation CLM

QUESTIONS PRÉCISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITÉ SOUHAITE OBTENIR UN AVIS :

.....

.....

.....

.....

.....

IV - TYPE DE CONGÉ MALADIE DEMANDÉ

IMPORTANT : LA DEMANDE DE RENOUELEMENT DOIT ÊTRE FAITE AU MOINS 2 MOIS
AVANT L'EXPIRATION DU CONGÉ DÉJÀ ATTRIBUÉ.

Pour information, la décision du comité médical est à transmettre par la collectivité à l'agent et au secrétariat du service de médecine préventive.

À COMPTER DU

- Congé de **MALADIE ORDINAIRE** (au terme d'une période de 6 mois consécutifs)...../...../.....
- Congé de **LONGUE MALADIE** (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires...../...../.....
effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28 h hebdomadaires
ou un temps partiel - d'office/...../.....
- sur demande de l'agent/...../.....
- Congé de **LONGUE DURÉE** (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires/...../.....
effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28 h hebdomadaires
ou un temps partiel)
- **TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE** (après un congé de maladie ordinaire,...../...../.....
un congé de longue maladie ou de longue durée - fonctionnaires territoriaux stagiaires et
titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28 h hebdomadaires
ou un temps partiel)
- **DISPONIBILITÉ D'OFFICE** pour maladie (à l'expiration des droits statutaires...../...../.....
à congé de maladie - fonctionnaires territoriaux titulaires effectuant un temps complet,
un temps non complet (+ ou - 28 h hebdomadaires) ou temps partiel)
- **RÉINTÉGRATION** (après 12 mois consécutifs de congés de maladie ordinaire,...../...../.....
à l'issue d'un congé de longue maladie, longue durée, grave maladie)
- **RECLASSEMENT** dans un autre emploi (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires...../...../.....
et agents non titulaires à temps complet, temps non complet (+ ou - 28 h) ou temps partiel)
- **CONGÉ DE GRAVE MALADIE** (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires...../...../.....
effectuant un temps non complet de moins de 28 h et agents non titulaires comptant
au moins 3 années de service quel que soit le nombre d'heures effectuées hebdomadairement)
- **CONGÉ SANS TRAITEMENT** (fonctionnaires territoriaux stagiaires et agents...../...../.....
non titulaires quel que soit le nombre d'heures effectué hebdomadairement)
- **APTITUDE OU INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DEFINITIVE** aux fonctions de...../...../.....
l'agent ou à toutes fonctions (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires
effectuant un temps complet ou non complet de moins de 28 h)
- **AUTRE** (ex. : aménagement des conditions de travail, contestation des conclusions d'un/...../.....
médecin agréé dans le cadre de l'admission aux emplois publics ou à l'issue d'un contrôle
médical ou dans le cadre des prolongations d'activités au delà de la limite d'âge d'emploi...)

V - RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ DÉJÀ OBTENUS

| TYPE DE CONGES | DATES |
|--|---|
| <p>Congés de maladie ordinaire obtenus</p> <p>Période de référence de maladie ordinaire déjà obtenus : congé sur les douze derniers mois pour leur durée effective</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>Congés de longue maladie obtenus</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>Congés de longue durée obtenus</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>Temps partiel pour raison thérapeutique obtenus</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>Disponibilité d'office pour maladie obtenue</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>Congés de grave maladie obtenus</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>Relevé des congés longue maladie, longue durée, grave maladie, temps partiel pour raison thérapeutique obtenus au cours de la carrière de l'agent</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>Dernier avis du comité médical</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> |