



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 CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL

Le comité médical et la commission de réforme sont supprimés par le décret n°2022-350 du 11 mars 2022 pour créer une instance médicale unique, le conseil médical.

Il s'agit d'une instance consultative que la collectivité ou l'établissement public doit obligatoirement consulter avant de prendre certaines décisions relatives à la situation administrative de l'agent en cas de maladie. Le conseil médical se réunit en formation restreinte ou plénière.

En formation restreinte, le conseil médical est composé uniquement de médecins désignés par le préfet, il doit être saisi pour donner des avis sur les questions liées à la santé des agents de droit public (titulaire, stagiaire ou contractuel). Les contrats de droit privé sont exclus.

En formation plénière, le conseil médical est composé des médecins siégeant en formation restreinte ainsi que des représentants de l'administration et du personnel. Il doit être saisi pour donner des avis sur les questions liées à la santé des agents de droit public (titulaire et stagiaire relevant du régime CNRACL).

Pour faciliter et améliorer la gestion des dossiers soumis au conseil médical, le Centre de Gestion a élaboré un formulaire. Il rappelle l'ensemble des cas pour lesquels vous devez solliciter l'avis du conseil 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. Dans le cas d'une saisine devant être soumise au conseil médical réuni en formation restreinte, il est souhaitable de procéder à la saisine du conseil médical 2 mois avant l'expiration du congé déjà attribué.

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

L'avis rendu par le conseil médical est adressé par écrit à la collectivité, qui doit aviser l'agent de la décision administrative qu'elle prendra, ainsi qu'à l'agent. Cet avis peut faire l'objet d'un recours auprès du conseil médical supérieur placé auprès du ministre de la santé dans un délai de 2 mois à compter de la date de notification de l'avis.

Conformément au RGPD, le CDG 35 souhaite vous informer de la collecte de données à caractère personnel. L'objectif de ce traitement de données est la gestion de votre dossier pour le Conseil médical. Les informations recueillies à partir de ce formulaire seront enregistrées sur notre application métier (CMCR du GIP Informatique des CDG), la maintenance est réalisée par la société Hyscad et l'infrastructure technique d'hébergement agréé données de santé (HDS) est réalisé par la société Adista."

Notre obligation légale commune est définie par le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de l'article L 821-1 du Code Général de la Fonction Publique portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : les gestionnaires des instances médicales, les médecins du travail, les représentants membres du conseil médical. Les données seront conservées jusqu'aux 80 ans de l'agent pour le Conseil médical en formation restreinte et pendant 80 ans à compter de la date de l'évènement en formation plénière.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement des données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par voie électronique : dpo@cdg35.fr. Si vous estimez que vos droits "Informatique et Libertés" ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

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

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

Collectivité :

Adresse :

.....

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

.....

Nom et numéro de téléphone du médecin du travail 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

Dossier à transmettre au :
CDG 35
CONSEIL 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

I - IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNE

Nom : Nom patronymique :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Adresse mail :

Date et lieu de naissance : le / / à

Numéro de sécurité sociale :

II - SITUATION ADMINISTRATIVE

Grade :

Service :

Fonctions actuelles exercées par l'agent :

Stagiaire Titulaire Non titulaire

(cocher la case correspondante)

Date d'embauche :

Nombre d'heures hebdomadaires :

- Temps complet : heures -

- 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 - EXPOSE DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT A 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.

Si l'agent se trouve dans cette situation, merci de nous fournir le droit d'option complété par l'agent.

QUESTIONS PRECISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITE SOUHAITE OBTENIR UN AVIS :

.....

.....

.....

.....

IV - OBJET DE SAISINE

IMPORTANT : LA DEMANDE DE RENOUELEMENT DOIT ETRE FAITE AU MOINS 2 MOIS
AVANT L'EXPIRATION DU CONGE DEJA ATTRIBUE.

- A COMPTER DU
- ATTRIBUTION D'UN CONGE DE LONGUE MALADIE OU RENOUELEMENT A L'ISSUE DE LA/...../.....
PERIODE DE PLEIN TRAITEMENT (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28 h hebdomadaires ou un temps partiel)
 - ATTRIBUTION D'UN CONGE DE LONGUE DUREE OU RENOUELEMENT A L'ISSUE DE LA/...../.....
PERIODE DE PLEIN TRAITEMENT (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28 h hebdomadaires ou un temps partiel)
 - ATTRIBUTION OU RENOUELEMENT D'UN CONGE 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)
 - ATTRIBUTION D'UN CLM/CLD/CGM D'OFFICE OU RENOUELEMENT.....
 - ATTRIBUTION OU RENOUELEMENT D'UNE DISPONIBILITE D'OFFICE POUR RAISONS DE/...../.....
SANTÉ 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)
 - CONGE SANS TRAITEMENT/...../.....
(fonctionnaires territoriaux stagiaires de moins de 28 heures hebdomadaires)
 - REINTEGRATION A L'EXPIRATION DES DROITS CMO/CLM/CGM/CLD/DORS..... /...../.....
(après 12 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire, 3 années d'un congé de longue maladie ou de grave maladie, 5 années d'un congé de longue durée)
 - REINTEGRATION AU COURS D'UNE PERIODE DE CLM/CLD SI LE FONCTIONNAIRE EXERCE/...../.....
DES FONCTIONS EXIGEANT DES CONDITIONS DE SANTE PARTICULIERES
 - REINTEGRATION AU COURS D'UNE PERIODE DE CLM/CLD/CGM D'OFFICE ET A L'EXPIRATION /...../.....
DES DROITS DU CONGE D'OFFICE.....
 - DERNIER RENOUELEMENT DU CONGE POUR RAISON DE SANTE (EXPIRATION DES DROITS). /...../.....
ET PRESOMPTION D'INAPTITUDE de l'agent (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet ou non complet de moins de 28 h)
 - CHANGEMENT D'AFFECTATION dans un autre emploi du grade.....
 - RECLASSEMENT dans un emploi d'un autre grade (fonctionnaires territoriaux stagiaires.....
et titulaires et agents non titulaires à temps complet, temps non complet (+ ou - 28 h) ou temps partiel)
 - CONTESTATION DES CONCLUSIONS DU MEDECIN AGREE
- dans le cadre de l'admission aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières.....
- dans le cadre de l'octroi et renouvellement des congés pour raison de santé.....
- dans le cadre de la gestion du temps partiel thérapeutique.....
- dans le cadre du contrôle du CMO/CLM/CGM/CLD.....
- dans le cadre du CITIS.....
- dans le cadre d'une réintégration après une disponibilité sur demande supérieure à 3 mois des agents exerçant des fonctions requérant des conditions de santé particulières.....
 - RECOURS AUPRES DU CONSEIL MEDICAL SUPERIEUR (suite à un avis du Conseil médical.....
en formation restreinte)

- **DEMANDE D'IMPUTABILITE AU SERVICE D'UN CITIS**
 - Non reconnaissance de l'imputabilité pour une faute personnelle ou toute autre circonstance particulière de nature à détacher l'accident du service.....
 - Non reconnaissance de l'imputabilité pour un fait personnel ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment liée aux nécessités de la vie courante potentiellement de nature à détacher l'accident de trajet au service.....
 - Non reconnaissance d'imputabilité pour une affection résultant d'une maladie contractée en service dans les cas où les conditions des tableaux ne sont pas réunies.....
 - Lorsque l'affection résulte d'une maladie contractée en service non inscrite dans un tableau (fixation du taux d'IPP de 25%).....

- **DEMANDE D'IMPUTABILITE AU SERVICE DE LA RECHUTE D'UN CITIS**
(avec nouvelles circonstances précises en rapport avec le CITIS en cas de non reconnaissance de l'imputabilité par la collectivité)

- **DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES PROLONGATIONS DE PLUS D'UN AN DE CITIS**.....
(présomption d'inaptitude)

- **DEMANDE D'IMPUTABILITE AU SERVICE D'UN ACTE DE DEVOUEMENT**

- **DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE CURE THERMALE EN CITIS**.....
(en cas de refus d'imputabilité)

- **ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE** (octroi, révision quinquennale, révision nouvel.....
CITIS, contestation du taux proposé par un médecin agréé,...)

- **INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DEFINITIVE** de l'agent.....
(fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet ou non complet de moins de 28 h)
 - au poste de travail uniquement
 - aux fonctions de tous les emplois du grade
 - aux fonctions de tous les emplois de tous les grades de tous les cadres d'emplois

- **DEMANDE DE MISE EN RETRAITE POUR INVALIDITE**.....

- **DEMANDE DE MAJORATION SPECIALE POUR TIERCE PERSONNE**.....

- **DEMANDE DE PENSION D'ORPHELIN INFIRME A LA CHARGE DU FONCTIONNAIRE**.....

- **DEMANDE DE LIQUIDATION ANTICIPEE DE LA RETRAITE POUR MALADIE INCURABLE** du.....
fonctionnaire ou du conjoint invalide

- **DEMANDE D'APTITUDE A LA REPRISE D'UN RETRAITE POUR INVALIDITE**.....

V - RELEVÉ DES CONGES DÉJÀ OBTENUS

Première soumission du dossier : oui non

TYPE DE CONGES	DATES
Congés de maladie ordinaire obtenus Période de référence de maladie ordinaire déjà obtenus : congé sur les douze derniers mois pour leur durée effective
Congés de longue maladie obtenus
Congés de longue durée obtenus
Temps partiel pour raison thérapeutique obtenus
Disponibilité d'office pour maladie obtenue
Congés de grave maladie obtenus
Relevé des congés longue maladie, longue durée, grave maladie, temps partiel pour raison thérapeutique obtenus au cours de la carrière de l'agent
CITIS obtenu(s) au cours de la carrière de l'agent

Dernier avis du conseil médical (en formation restreinte et/ou en formation plénière)
---	----------------------------------

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE A LA DEMANDE

En formation restreinte :

- Courrier de l'agent, précisant la nature du congé demandé, adressé à l'autorité territoriale
- Certificat médical simple d'un médecin spécifiant la nature du congé demandé
- Certificat médical détaillé d'un médecin adressé sous pli confidentiel à l'autorité territoriale (cf modèle ci-joint)
- Compte rendu de consultation spécialisée de centre hospitalier de moins de 3 mois et compte rendu opératoire si l'agent en dispose
- Conclusions des expertises médicales réalisées par un médecin agréé à la demande de l'employeur :
 - Pour un congé de maladie ordinaire : à tout moment et au moins 1 fois au-delà de 6 mois consécutifs
 - Pour un congé de longue maladie et congé de longue durée : à tout moment et au moins 1 fois par an
 - Pour un congé de grave maladie : à tout moment et à chaque demande de renouvellement
 - Pour un CITIS : à tout moment et au moins 1 fois par an au-delà de 6 mois consécutifs
 - Pour un temps partiel thérapeutique : à tout moment et pour la prolongation au-delà de 3 mois continus ou discontinus
 - Pour une réintégration après la disponibilité sur demande supérieure à 3 mois des agents exerçant des fonctions requérant des conditions de santé particulières
 - Pour l'admission aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières
- Copies des arrêts de travail ou relevé détaillé des absences de l'agent
- Fiche de poste avec descriptif des tâches exercées par l'agent
- Certificat médical d'aptitude à la reprise en cas de demande de réintégration
- Rapport du supérieur hiérarchique justifiant que l'état de santé de l'agent paraît nécessiter l'octroi d'un congé pour raison de santé et rapport du médecin du travail pour une demande de congé de longue maladie ou de grave maladie d'office
- Arrêtés de temps partiel thérapeutique déjà accordé (en cas de contestation des conclusions du médecin agréé)
- Arrêtés des congés pour raison de santé déjà accordés (en cas de demande de renouvellement après épuisement des droits à rémunération à plein traitement des congés pour raison de santé)
- Pour le reclassement pour inaptitude physique : courrier de l'agent sollicitant le reclassement professionnel, fiche de poste proposée pour le nouvel emploi avec le descriptif des tâches envisagées, rapport du médecin du travail
- Copie de l'attribution d'une pension d'invalidité par la C.P.A.M. (Agent Ircantec)

En formation plénière :

- Déclaration administrative du CITIS
 - Certificats médicaux (initial, prolongation, reprise, final, rechute)
 - Fiche de poste avec descriptif des tâches exercées par l'agent
 - Expertise médicale complète d'un médecin agréé
 - Rapport du médecin du travail pour les maladies contractées en service
 - Historique des accidents de service, de trajet ou maladies survenues dans l'exercice des fonctions. (joindre le dossier administratif (P.V. + déclaration) et le dossier médical (expertise médicale))
- Toutes autres pièces à fournir en fonction de la demande (*cf guide des procédures CM formation plénière disponible sur le site du CDG35*)

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL DETAILLE

A faire remplir par un médecin et à transmettre à la collectivité sous pli confidentiel accompagné de tout autre justificatif médical détaillé récent et relatif à votre état de santé

Nom et prénom de l'agent :

Nom de l'employeur :

Antécédents familiaux et personnels :

Descriptifs des pathologies en cours :

Descriptifs des traitements et soins en cours, interventions chirurgicales, examens médicaux (Joindre d'éventuels comptes rendus de consultation spécialisée de centre hospitalier et/ou de comptes rendus opératoires relatifs à la pathologie concernée) :

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

Possibilité de reprise et conditions de la reprise (date estimée et conditions de reprise : temps partiel thérapeutique, reclassement,...) :

Date et signature :

Certificat établi par le Docteur :

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 :

FORMULAIRE DE CONTESTATION DES CONCLUSIONS DU MEDECIN AGRÉÉ

Je soussigné(e), (agent) : NOM.....Prénom.....

ou :

Je soussigné(e), (collectivité employeur).....

Je certifie avoir pris connaissance le des conclusions du médecin agréé, le Docteur
....., rendues le et conteste :

Cocher la ou les cases correspondante(s)

I - L'avis portant sur l'admission aux emplois publics

Admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières

II - L'avis portant sur la gestion des congés maladie et TPT

Octroi et renouvellement d'un congé pour raison de santé (congé maladie ordinaire, congé longue maladie, congé longue durée, congé grave maladie)

Préciser le type de congé :

Durée : du au

A compter du :

Réintégration à l'issue d'une période de congé pour raison de santé (congé maladie ordinaire, congé longue maladie, congé longue durée, congé grave maladie) à compter du
.....

Bénéfice d'un temps partiel thérapeutique (sauf agent IRCANTEC) à ... % à compter du
.....

III - L'avis portant sur les visites de contrôle

Au-delà de 6 mois de congé maladie ordinaire : pour mois à compter du
.....

Dans le cadre d'un congé longue maladie, congé longue durée, congé grave maladie pour
mois à compter du

Dans le cadre d'un congé d'invalidité temporaire imputable au service (CITIS) (sauf pour les motifs « consolidation » et « taux d'IPP » qui relèvent du conseil médical en formation plénière)

Précision à apporter concernant la contestation :

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

Le conseil médical en formation restreinte est saisi dans un délai de 2 mois à compter de la date où les conclusions du ou des médecins agréés ont été portées à ma connaissance.

A, le

Signature :

DEMANDE D'INAPTITUDE AVANT L'ISSUE DES DROITS A CONGE POUR RAISON DE SANTE

A remplir par l'agent et à retourner lors de la saisine du conseil médical

Madame/Monsieur _____

Collectivité employeur : _____

Fonctions : _____

Certifie avoir pris connaissance des éléments suivants :

- En cas d'inaptitude totale et définitive au poste de travail uniquement déclarée par le conseil médical : le bénéfice d'un nouveau congé pour raison de santé est possible uniquement en cas de changement d'affectation acté par arrêté.
- En cas d'inaptitude totale et définitive à tous les emplois du grade déclarée par le conseil médical : une période de préparation au reclassement (PPR) sera proposée. Le placement en congé pour raison de santé est possible pendant et après épuisement de la PPR.
- En cas d'inaptitude aux fonctions de tous les emplois de tous les grades de tous les cadres d'emplois déclarée par le conseil médical : une procédure de retraite pour invalidité (agent relevant de la CNRACL) ou de licenciement pour inaptitude physique (agent relevant du régime général de sécurité sociale) sera engagée. A compter de la date d'effet de l'inaptitude, le paiement du demi-traitement est maintenu jusqu'à l'admission à la retraite (agent CNRACL).

A _____, le _____

Signature :