

CONSEIL MEDICAL DE L'ISERE – FPT

Formation restreinte

INFORMATIONS :

Ce formulaire comprend 7 pages :

Les pages 1, 2 et 6 → concernent tous les agents

La page 3 → **les fonctionnaires** affiliés au régime spécial (**CNRACL**)

La page 4 → **les fonctionnaires** affiliés au régime général (**IRCANTEC**)

La page 5 → les **agents contractuels**

La page 7 → concerne les CLM d'office et les reclassements

CONSEIL MEDICAL DE L'ISERE - FPT

Formation restreinte

Formulaire de saisine

Nom et prénom de l'agent :

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ

Collectivité :

Adresse :

Personne chargée du suivi du dossier :

Nom :

Téléphone :

Adresse mail :

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

Nom du médecin traitant :

Fait le,

A

Signature de l'autorité territoriale et cachet de la collectivité ou de l'établissement

PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE

- Lettre de l'agent, précisant la nature du congé demandé, adressée à l'autorité territoriale.
- Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'agent est susceptible de bénéficier du congé demandé.
- Résumé des observations du médecin traitant et les pièces justificatives adressés sous pli confidentiel fermé à la collectivité (le cas échéant).
- Copie de l'attribution d'une pension d'invalidité par la CPAM (agent affilié au régime général de sécurité sociale), le cas échéant.
- Fiche de poste de l'agent (pour la première demande)

I - IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

Madame

Monsieur

Nom : Prénom

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance : le à

Adresse :

Téléphone Mail

II - SITUATION ADMINISTRATIVE

Collectivité :

Grade :

Affectation :

Fonctions actuelles exercées par l'agent :

Stagiaire

Titulaire CNRACL

Titulaire IRCANTEC

Contractuel

(cocher la case correspondante)

Date d'embauche (agents IRCANTEC uniquement) :/...../.....

Date de mise au stage (agents CNRACL uniquement) :/...../.....

Temps complet

Temps non complet

heures minutes

(emploi créé pour une durée inférieure au temps complet)

Autres employeurs : Nombre d'heures :

(y compris dans le privé). Fonctions :

III - EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT À LA SAISINE

- QUESTIONS PRÉCISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITÉ SOUHAITE OBTENIR UN AVIS :

IV - TYPE DE CONGÉ MALADIE DEMANDÉ

POUR INFORMATION, L'AVIS DU CONSEIL MÉDICAL EST A TRANSMETTRE PAR LA COLLECTIVITE OU L'ETABLISSEMENT PUBLIC, AU SECRETARIAT DU SERVICE DE MEDECINE PREVENTIVE.

1 – FONCTIONNAIRES affiliés au régime spécial (CNRACL)

A COMPTER DU

Demande d'octroi d'un CONGE DE LONGUE MALADIE (CLM) /...../.....
sur demande de l'agent ou d'office (date du début d'arrêt continu)

Demande de renouvellement d'un CONGE DE LONGUE MALADIE /...../.....
après épuisement des droits à plein traitement (fin de la 1^{ère} année)

Demande de renouvellement d'un CONGE DE LONGUE DUREE (CLD) /...../.....
après épuisement des droits à plein traitement (fin de la 3^{ème} année)

DISPONIBILITE D'OFFICE POUR MALADIE (DO) /...../.....
à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie
o Octroi
o Renouvellement

TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE (TPT) /...../.....
o Octroi pendant une période de CLM/CLD → agent qui exerce des fonctions qui nécessitent des conditions de santé particulières
o Octroi à l'expiration des droits à CLM/CLD ou pendant DO
o Avis divergent médecin traitant/ médecin agréé

REINTEGRATION A TEMPS PLEIN /...../.....
o Après 12 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire,
o Pendant une période de CLM/CLD → agent qui exerce des fonctions qui nécessitent des conditions de santé particulières
o A l'expiration des droits à congé de longue maladie, longue durée
o Pendant une période de disponibilité d'office

APTITUDE OU INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DEFINITIVE /...../.....
o aux fonctions
o à toutes fonctions

RECLASSEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE /...../.....
o inaptitude aux fonctions
o aptitude à d'autres fonctions

CONTESTATION AVIS MEDECIN AGREE : par l'agent par l'employeur
 Octroi d'un congé pour raison de santé
 Renouvellement d'un congé pour raison de santé
 Réintégration à l'issue d'un congé pour raison de santé
 Bénéfice d'un temps partiel pour raison thérapeutique
 Admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières
 Visite de contrôle au cours d'un congé pour raison de santé (CMO, CLM/CLD, CITIS)

OBSERVATIONS :
.....
.....

2 – FONCTIONNAIRES affiliés au régime général (IRCANTEC)

A COMPTER DU

Demande d'octroi d'un CONGE DE GRAVE MALADIE (CGM) /...../.....
(date du début d'arrêt continu)

Demande de renouvellement d'un CONGE DE GRAVE MALADIE
après épuisement des droits à plein traitement (fin de la 1^{ère} année) /...../.....

DISPONIBILITE D'OFFICE POUR MALADIE

à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie

- octroi /...../.....
- renouvellement

REINTEGRATION

- Après 12 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire, /...../.....
- Pendant une période de CGM → agent qui exerce
- des fonctions qui nécessitent des conditions de santé particulières
- A l'expiration des droits à CGM,
- Pendant une période de disponibilité d'office

APTITUDE OU INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DEFINITIVE

- aux fonctions de /...../.....
- à toutes fonctions

RECLASSEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

- inaptitude aux fonctions /...../.....
- aptitude à d'autres fonctions

CONTESTATION AVIS MEDECIN AGREE : par l'agent par l'employeur

- Octroi d'un congé pour raison de santé
- Renouvellement d'un congé pour raison de santé
- Réintégration à l'issue d'un congé pour raison de santé
- Bénéfice d'un temps partiel pour raison thérapeutique
- Admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières
- Visite de contrôle au cours d'un congé pour raison de santé (CMO, CGM)

OBSERVATIONS :

.....

.....

3 – AGENTS CONTRACTUELS

A COMPTER DU

Demande d'octroi d'un CONGE DE GRAVE MALADIE (CGM) /...../.....
(date du début d'arrêt continu)

Demande de renouvellement d'un CONGE DE GRAVE MALADIE
après épuisement des droits à plein traitement (fin de la 1^{ère} année) /...../.....

REINTEGRATION

- Pendant une période de CGM → agent qui exerce
des fonctions qui nécessitent des conditions de santé particulières /...../.....
- A l'expiration des droits à CGM,

APTITUDE OU INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DEFINITIVE /...../.....
Le décret relatif aux contractuels n'impose pas la saisine du comité
Médical. Dans ce cas, la collectivité peut alors demander soit l'avis
du comité médical, soit du médecin agréé

V – RELEVÉ DES CONGES POUR RAISON DE SANTE DEJA OBTENUS

TYPE DE CONGES	DATES
Congés de MALADIE ORDINAIRE obtenus Période de référence des congés de maladie ordinaire déjà obtenus : congé sur les douze derniers mois pour leur durée effective	
Congés de LONGUE MALADIE obtenus	
Congés de LONGUE DUREE obtenus	
TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE obtenu	
DISPONIBILITE D'OFFICE POUR MALADIE obtenue	
Congés de GRAVE MALADIE obtenus	
Dernier avis du comité médical	

CAS PARTICULIERS

➤ CONGE DE LONGUE MALADIE D'OFFICE ou CONGE DE LONGUE DUREE D'OFFICE

Le congé de longue maladie ou le congé de longue durée d'office est attribué à l'initiative de la collectivité qui déclenche elle-même la procédure.

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 de saisine, les documents suivants :

- Un rapport du supérieur hiérarchique justifiant que l'état de santé de l'agent présente un danger pour le service.
- Un rapport du médecin de prévention.

➤ RECLASSEMENT PROFESSIONNEL (aptitude à d'autres fonctions)

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

- Un courrier de l'agent sollicitant son 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.