



## FORMULAIRE DE SAISINE

**Objet : COMITE MEDICAL**

**Date :**  
08/2016

**PAGES 1, 2 et 3 à transmettre SOUS PLI CONFIDENTIEL au**

**Centre de Gestion du Cantal  
COMITE MEDICAL  
Parc d'Activités de Tronquières  
14 avenue du Garric  
15000 AURILLAC**

Vos interlocuteurs :

Collectivités affiliées : Françoise NANGERONI  
☎ : 04.71.63.35.25  
[cmcdr.ca@cdg15.fr](mailto:cmcdr.ca@cdg15.fr)

Collectivités non affiliées et EPCI : Cécile ROQUESALANE  
☎ : 04.71.63.89.37  
[cmcdr.cna@cdg15.fr](mailto:cmcdr.cna@cdg15.fr)

### I - IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

COLLECTIVITE :

ADRESSE :

AGENT EN CHARGE DU SUIVI DU DOSSIER :

☎ (ligne directe) :

email :

### II - IDENTIFICATION DE L'AGENT BENEFICIAIRE

NOM :

NOM PATRONYMIQUE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

☎ (Domicile):

☎ (Portable):

Renseigner **IMPERATIVEMENT** un numéro de téléphone

MEDECIN TRAITANT DE L'AGENT :

ADRESSE :

☎:

email :

### III - SITUATION ADMINISTRATIVE ACTUELLE

---

Grade :

Affectation / service :

Fonctions actuelles détaillées exercées par l'agent - joindre obligatoirement la fiche de poste:

Stagiaire  Titulaire  Non titulaire  Depuis le :

Durée hebdomadaire de travail :  Temps complet

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 secteur privé)*

Fonctions exercées dans cet emploi :

### IV – MOTIFS DE SAISINE DU COMITE MEDICAL

---

CIRCONSTANCES ET QUESTIONS PRECISES POUR LESQUELLES LA COLLECTIVITE SOUHAITE OBTENIR UN AVIS (*ces interrogations peuvent être différentes du souhait de l'agent*).

Fait le                      A

Signature de l'autorité territoriale  
et cachet de la collectivité

## V - TYPE DE CONGE MALADIE DEMANDÉ

---

✧ **Octroi ou renouvellement de congés maladie :**

**A COMPTER DU :**

- Prolongation du congé maladie ordinaire après 6 mois d'arrêts de travail consécutifs
- Congé de longue maladie  octroi ou  renouvellement
- Congé de longue maladie d'OFFICE  octroi ou  renouvellement
- Congé de longue durée  octroi ou  renouvellement
- Congé de longue durée d'OFFICE  octroi ou  renouvellement
- Congé de grave maladie  octroi ou  renouvellement

✧ **Aptitude aux fonctions et réintégration :**

**A COMPTER DU :**

- Réintégration après 12 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire
- Réintégration à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée
- Aptitude physique en cours d'un congé longue maladie ou longue durée
- Réintégration après congé de grave maladie
- Temps partiel thérapeutique (après 6 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire, ou après un congé de longue maladie ou de longue durée)  octroi ou  renouvellement

✧ **Inaptitude temporaire et épuisement des droits statutaires à congés :**

**A COMPTER DU :**

- Disponibilité d'office pour inaptitude physique  octroi ou  renouvellement
- Congé sans traitement (pour le fonctionnaire stagiaire)  octroi ou  renouvellement

✧ **Inaptitude totale et définitive :**

**A COMPTER DU :**

- Inaptitude totale et définitive à l'exercice des fonctions
- Inaptitude totale et définitive à l'exercice de toutes fonctions
- Licenciement pour inaptitude physique (fonctionnaires titulaires relevant du régime général et agents non titulaires)

✧ **Reclassement pour inaptitude physique :**

**A COMPTER DU :**

- Reclassement pour inaptitude physique

✧ **Contestation de l'avis d'un médecin agréé :**

- Pour l'admission à un emploi public
- Dans le cadre d'une contre-visite durant un congé maladie
- Dans le cadre d'une demande de prolongation d'activité pour les agents de la catégorie active
- Dans le cadre de l'octroi d'un congé de maladie ordinaire pour suivre une cure thermale

✧ **Autres** (exemple: aménagement des conditions de travail, changement d'affectation, etc.....) :

Précisez la demande :

## PIECES A JOINDRE

---

- Le présent formulaire de saisine (pages 1, 2 et 3)** dûment complété – daté et signé par l'autorité territoriale
- Copie des contrats de travail** pour les agents non titulaires
- Lettre manuscrite de l'agent** précisant la nature du congé demandé, adressée à l'autorité territoriale (voir modèle ci-joint en dernière page – document à adapter)
- Un certificat médical simple (sans éléments d'ordre médical)** du médecin traitant spécifiant que l'agent est susceptible de bénéficier du congé demandé
- Copie des avis d'arrêts de travail**
- Autres.....** voir cas particuliers

## CAS PARTICULIERS

---

### ➤ CONGÉ DE LONGUE 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 ci-dessus, les éléments suivants :

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

### ➤ RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

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

- Lettre manuscrite 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**

### ➤ APTITUDE OU INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DEFINITIVE

L'admission à la retraite est jalonnée du recueil de différents avis (Comité Médical, médecin agréé, Commission de Réforme, CNRACL) ; il convient donc de mettre en œuvre cette procédure suffisamment tôt pour éviter de placer l'agent dans une position statutaire irrégulière : la saisine du Comité Médical doit intervenir suffisamment tôt pour pouvoir recueillir un avis avant la fin des droits à congés maladie ou de disponibilité.

On peut estimer qu'à ce jour, la procédure d'admission à la retraite pour invalidité doit être initiée au moins 8 mois avant la date de radiation des cadres. Il conviendra d'interroger le Comité Médical sur l'aptitude ou l'inaptitude physique totale et définitive à l'exercice des fonctions ou de toutes fonctions lors du dernier renouvellement du congé CLM ou CLD (6 ou 9 mois selon les cas). La collectivité doit donc fournir :

- Le rapport d'expertise médicale AF3** – imprimé CDC – dûment complété et signé  
[https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id\\_article=860&cible=\\_partenaire](https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=860&cible=_partenaire)
- Lettre manuscrite de l'agent** en cas de procédure d'invalidité sur demande de l'agent

# LES DELAIS DE SAISINE

---

Pour éviter tout retard préjudiciable à la situation des agents et à la gestion de leur dossier les demandes de renouvellement de congés et de réintégration (à temps plein ou temps partiel thérapeutique) doivent se faire dans un délai de deux mois avant la fin des périodes de congés accordés précédemment. Il est donc indispensable d'effectuer une gestion prévisionnelle des congés de maladie en cours.

## LES MODALITÉS DE RECOURS

---

En cas de contestation de l'agent de la décision administrative prise à la suite de l'avis du Comité Médical Départemental, toute demande formulée par l'intéressé(e) doit être largement motivée et circonstanciée.

Deux situations sont à distinguer :

### ➤ RECOURS GRACIEUX AUPRES DU COMITE MEDICAL DEPARTEMENTAL

Pièces à fournir :

- Le présent formulaire de saisine**
- Lettre manuscrite et motivée de l'agent** précisant l'un ou plusieurs points suivants : le déroulement et les circonstances de l'expertise, les conclusions de l'expert, l'avis du Comité Départemental, la décision prise par la collectivité
- Un certificat médical actualisé**

### ➤ APPEL AUPRES DU COMITE MEDICAL SUPERIEUR

Afin de réduire les délais d'instruction du dossier auprès du Comité Médical Supérieur, il est préférable de transmettre l'appel au Comité Départemental accompagné des pièces suivantes :

- Le présent formulaire de saisine**
- Lettre manuscrite et motivée de l'agent** précisant l'objet de la contestation auprès du Comité Médical Supérieur
- Un certificat médical actualisé**



**Le Comité Médical Départemental n'instruit qu'un seul recours gracieux.  
En cas de deuxième contestation, l'instance d'appel est le Comité Médical Supérieur.**

# MODELE DE COURRIER A ADRESSER A L'AGENT EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL DE PLUS DE 3 MOIS

---

## DOCUMENT A ADAPTER

LOGO COLLECTIVITE

Nom / Prénom de l'agent  
Adresse  
CP – VILLE

A..... le,.....

Objet : Votre arrêt de travail du ..... / Saisine du Comité Médical Départemental

Madame (ou Monsieur),

Vous êtes en arrêt de travail pour maladie ordinaire depuis le ....., soit plus de trois mois en continu.

Votre état de santé justifie peut-être l'attribution d'un congé longue maladie (ou grave maladie pour les agents relevant de l'IRCANTEC). Je vous rappelle que cette procédure doit être à l'initiative de l'agent auprès de la collectivité employeur, sur avis de son médecin traitant. L'autorité territoriale devant en suivant saisir le Comité Médical afin qu'il statue sur votre dossier au vu de votre dossier médical.

Aussi, je vous conseille de contacter votre médecin référent qui pourra établir un certificat médical de type administratif spécifiant que : « l'état de santé de M..... le met dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et le rend susceptible de bénéficier d'un congé longue maladie / ou grave maladie »

Attention : ce certificat ne doit pas comporter de diagnostic et devra nous être adressé SOUS PLI CONFIDENTIEL.

Il vous sera alors possible d'adresser à la collectivité votre demande écrite de placement en congé de longue maladie à l'aide du modèle de courrier à adapter (ci-joint), demande à laquelle vous joindrez le certificat établi par votre médecin traitant.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire,

Je vous prie de croire, M....., à l'assurance de ma considération la meilleure.

Signature de l'autorité territoriale  
et cachet de la collectivité

# MODELE DE COURRIER DE SAISINE DE L'AGENT

---

## DOCUMENT A ADAPTER

NOM / Prénom Agent  
Adresse  
Téléphone  
Grade, Emploi

Monsieur le Maire (ou Président)  
Collectivité  
Adresse  
CP – VILLE

A..... le,.....

Objet : Saisine du Comité Médical Départemental

Monsieur le Maire (ou Président),

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au Comité Médical Départemental afin que cette instance émette un avis concernant ma demande de **(à préciser)**

- attribution d'un congé longue maladie (ou prolongation)
- attribution d'un congé de longue durée (ou prolongation)
- réintégration à temps partiel pour raison thérapeutique à compter du ..... après un CMO ou un CLM, ou un CLD (ou prolongation)
- de disponibilité d'office pour maladie à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie
- attribution d'un congé de grave maladie (ou prolongation)
- d'aptitude ou d'inaptitude physique totale et définitive aux fonctions ou à toutes fonctions
- d'aptitude à la reprise à plein temps avec ou sans aménagement de poste à compter du .....
- le reclassement dans un autre emploi (joindre la demande de reclassement)
- la réintégration après 12 mois consécutifs de congé maladie ordinaire, à l'issue d'un congé longue maladie, ou longue durée, d'un congé grave maladie, d'un temps partiel pour raison thérapeutique
- autres situations : .....

Vous trouverez ci-joint le certificat médical de mon médecin sous pli confidentiel, ainsi que toute pièce utile à l'examen de mon dossier.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Monsieur le Maire (ou Président), à l'assurance de ma considération la meilleure.

Signature de l'agent