

CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL

FORMATION RESTREINTE

Affaire Suivie par :
Madame Julie VITTOZ-OUVRIER
☎ 04.74.32.90.96

LISTE DES PIECES A FOURNIR

DEMANDE D'OCTROI :

Congé de longue maladie
Congé de longue maladie fractionné
Congé de longue durée
Congé de grave maladie

- ▶ Le courrier de la Collectivité précisant les raisons de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du conseil médical en formation restreinte complété par la Collectivité](#)
- ▶ La demande écrite de l'agent
- ▶ La fiche de poste (avec une description détaillée des tâches effectuées par l'agent)
- ▶ Le certificat médical établi par le médecin traitant (ou le spécialiste) (attestant que l'état de santé de l'agent nécessite l'octroi d'un CLM – CLM fractionné – ou CGM)
- ▶ Le certificat médical détaillé SOUS PLI CONFIDENTIEL, établi par le médecin traitant (ou le spécialiste), à l'attention des médecins du conseil médical (indiquant l'affection dont souffre l'agent)
- ▶ La copie de tous les certificats médicaux d'arrêts de travail
- ▶ La copie de toute notification de la CPAM (dans le cadre d'un CGM)

DEMANDE D'OCTROI OU DE RENOUELEMENT (APRES 1 AN OU 3 ANS DE PLEIN DE TRAITEMENT) :

Congé de longue maladie d'office
Congé de longue durée d'office

- ▶ Le courrier de la Collectivité précisant les raisons de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du conseil médical en formation restreinte complété par la Collectivité](#)
- ▶ La fiche de poste de l'agent (avec une description détaillée des tâches effectuées par l'agent)
- ▶ Rapport du médecin de prévention

DEMANDE DE RENOUELEMENT (APRES 1 AN OU 3 ANS DE PLEIN TRAITEMENT) :

Congé de longue maladie
Congé de longue maladie fractionné
Congé de longue durée
Congé de grave maladie

- ▶ Le courrier de la Collectivité précisant les raisons de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du conseil médical en formation restreinte complété par la Collectivité](#)
- ▶ La demande écrite de l'agent
- ▶ Le certificat médical établi par le médecin traitant (ou le spécialiste) (attestant que l'état de santé de l'agent nécessite le renouvellement du CLM – CLM fractionné – CLD ou CGM)
- ▶ La copie des derniers certificats médicaux d'arrêts de travail
- ▶ La copie de toute notification de la CPAM (dans le cadre d'un CGM)

CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL

FORMATION RESTREINTE

REINTEGRATION

(TEMPS COMPLET OU TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE) :

Après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire

Pendant une période de CLM/CLD **pour un agent qui exerce des fonctions nécessitant des conditions de santé particulières**

A l'expiration des droits au congé de longue maladie

A l'expiration des droits au congé de longue durée

A l'expiration des droits au congé de grave maladie

- ▶ Le courrier de la Collectivité précisant les raisons de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du conseil médical en formation restreinte complété par la Collectivité](#)
- ▶ Le courrier de l'agent
- ▶ Le certificat médical établi par le médecin traitant (sous pli confidentiel si il contient des éléments médicaux)
- ▶ Le certificat médical du médecin agréé précisant l'aptitude de l'agent à ses fonctions et les aménagements nécessaires (sous pli confidentiel si il contient des éléments médicaux)
- ▶ Tous éléments utiles émis par la CPAM : avis du médecin-conseil, notification d'invalidité ... (dans le cadre d'un CGM)

TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE :

Avis sur les conclusions du médecin agréé (au-delà de 3 mois)

Avis divergents entre le médecin traitant et le médecin agréé

- ▶ Le courrier de la Collectivité précisant les raisons de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du conseil médical en formation restreinte complété par la Collectivité](#)
- ▶ Le courrier de l'agent (si contestation de l'agent)
- ▶ Le certificat médical du médecin agréé (sous pli confidentiel si il contient des éléments médicaux)

OCTROI OU RENOUELEMENT D'UNE DISPONIBILITE D'OFFICE POUR RAISON DE SANTE

(à l'expiration des droits statutaires à congé pour raison de santé)

Régime CNARCL et IRCANTEC

- ▶ Le courrier de la collectivité précisant les motifs de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du conseil médical en formation restreinte complété par la Collectivité](#)
- ▶ Certificat médical du médecin traitant (sauf si l'agent est en attente d'un reclassement ou de retraite pour invalidité)
- ▶ La copie des derniers certificats médicaux d'arrêts de travail

REINTEGRATION A TEMPS COMPLET OU A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE APRES UNE PERIODE DE DISPONIBILITE D'OFFICE POUR RAISON DE SANTE

- ▶ Le courrier de la Collectivité précisant les raisons de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du conseil médical en formation restreinte complété par la Collectivité](#)
- ▶ Le courrier de l'agent
- ▶ Le certificat médical établi par le médecin traitant (sous pli confidentiel si il contient des éléments médicaux)
- ▶ Le certificat médical du médecin agréé précisant l'aptitude de l'agent à ses fonctions et les aménagements nécessaires (sous pli confidentiel si il contient des éléments médicaux)
- ▶ Tous éléments utiles émis par la CPAM : avis du médecin-conseil, notification d'invalidité ... (dans le cadre d'un CGM)

CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL

FORMATION RESTREINTE

RECONNAISSANCE DE L'INAPTITUDE A L'EXERCICE

De ses fonctions

Des emplois du grade en vue d'un reclassement professionnel
De ses fonctions et à toutes fonctions de façon totale et définitive
(en vue d'une retraite pour invalidité non imputable au service)

- ▶ Le courrier de la Collectivité précisant les raisons de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du conseil médical en formation restreinte complété par la Collectivité](#)
- ▶ La demande écrite de l'agent (dans le cadre d'un changement d'affectation ou reclassement)
- ▶ La fiche de poste (avec une description détaillée des tâches effectuées par l'agent)
- ▶ La fiche de poste de l'emploi proposé (dans le cadre d'un changement d'affectation ou reclassement)
- ▶ Le certificat médical établi par le médecin traitant (ou le spécialiste)
- ▶ Le certificat médical détaillé SOUS PLI CONFIDENTIEL, établi par le médecin traitant (ou le spécialiste), à l'attention des médecins du conseil médical (indiquant l'affection dont souffre l'agent)
- ▶ Le certificat médical du médecin de prévention ou du travail
- ▶ La copie de tous les certificats médicaux d'arrêts de travail
- ▶ La copie de toute notification de la CPAM (pour les agents relevant du régime IRCANTEC)

INTEGRATION APRES UN DETACHEMENT DE 12 MOIS SUITE A UN RECLASSEMENT PROFESSIONNEL POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

- ▶ Le courrier de la Collectivité précisant les raisons de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du conseil médical en formation restreinte complété par la Collectivité](#)
- ▶ Le certificat médical du médecin de prévention ou du travail

CONTESTATION DES CONCLUSIONS

d'un médecin agréé pour la visite de contrôle obligatoire réalisée par l'administration dans le cadre d'un CMO au-delà de 6 mois consécutifs
d'un médecin agréé pour l'examen médical réalisé au moins 1 fois par an par l'administration dans le cadre d'une demande d'un renouvellement de CLM ou CLD (période à plein traitement)
d'un médecin agréé pour l'examen médical réalisé dans le cadre de l'article 37-10 du décret n°87-602 du 30/07/1987 : « *Lorsqu'un fonctionnaire est placé en congé pour invalidité temporaire imputable au service, l'autorité territoriale peut faire procéder à tout moment à une visite de contrôle par un médecin agréé. Elle procède à cette visite de contrôle au moins une fois par an au-delà de six mois de prolongation du congé initialement accordé. Le conseil médical peut être saisi pour avis, soit par l'autorité territoriale, soit par l'intéressé, des conclusions du médecin agréé.* »

- ▶ Le courrier de la collectivité précisant les motifs de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du conseil médical en formation restreinte complété par la Collectivité](#)
- ▶ La fiche de poste (avec une description détaillée des tâches effectuées par l'agent)
- ▶ Conclusions du médecin agréé
- ▶ La copie de tous les certificats médicaux d'arrêts de travail
- ▶ Tous les éléments médicaux SOUS PLI CONFIDENTIEL nécessaires à l'instruction du dossier

ADMISSION DES CANDIDATS AUX EMPLOIS PUBLICS DONT LES FONCTIONS EXIGENT DES CONDITIONS DE SANTE PARTICULIERES

- ▶ Le courrier de la Collectivité précisant les raisons de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du conseil médical en formation restreinte complété par la Collectivité](#)
- ▶ La fiche de poste
- ▶ Conclusions du médecin agréé



CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL

FORMATION RESTREINTE

Pour adresser un dossier de saisine au secrétariat du Conseil Médical placé auprès du
CDG01 :

**Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de
l'Ain
Secrétariat du Conseil Médical
145 Chemin de Bellevue
01960 PÉRONNAS**

Pour joindre le secrétariat du Conseil Médical et
l'interroger sur le suivi des dossiers :

**Courriel : conseilmedical@cdg01.fr
Téléphone : 04.74.32.90.96 du lundi au vendredi
de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00**