



## COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL

CDG 30 - 183 Chemin du Mas Coquillard 30900 NIMES

Tel : 04 66 38 86 86 – Fax : 04 66 38 86 87 – mail : [comite.medical@cdg30.fr](mailto:comite.medical@cdg30.fr)  
[www.cdg30.fr](http://www.cdg30.fr)

### ***Lettre de saisine de la collectivité***

Lieu, le.....

Monsieur le Président  
du Centre de Gestion du Gard  
**Secrétariat du Comité Médical**  
183 chemin du Mas Coquillard  
30900 NIMES

Affaire suivie par : (nom, téléphone, mail)

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

Dossier de M. /Mme (Nom et prénom de l'agent)

P.J : .....

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

Madame la Présidente,

J'ai l'honneur de vous transmettre le dossier de :

Mme/M.....

Né(e) le.....

Emploi/Grade .....

Vous trouverez, ci-joint, le formulaire type de saisine sous pli confidentiel ainsi que les pièces médicales constitutives du dossier afin que le comité médical se prononce sur la situation de l'agent.

Je vous prie d'agrèer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Maire /Le Président,

## OBJET DE LA SAISINE :

**LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DOIT INTERVENIR AU MOINS 2 MOIS AVANT L'EXPIRATION DU CONGE DEJA ATTRIBUE**

**Les chiffres entre parenthèses renvoient au numéro de la liste des pièces à fournir obligatoirement**

### Demande d'avis sur :

- Prolongation d'un congé de **maladie ordinaire** au-delà de 6 mois à compter du .....(1)
  
  - Octroi d'un **Congé de Longue Maladie (CLM)** à compter du.....(2)
  - Prolongation d'un **Congé de Longue Maladie (CLM)** à compter du.....(3)
  - Renouvellement d'un **Congé de Longue Maladie (CLM)** à compter du.....(3)
  
  - Octroi d'un **Congé de Longue Durée (CLD)** à compter du.....(2)
  - Prolongation d'un **Congé de Longue Durée (CLD)** à compter du.....(3)
  - Renouvellement d'un **Congé de Longue Durée (CLD)** à compter du.....(3)
  
  - Octroi d'un **Congé de Grave Maladie** (agent IRCANTEC) à compter du.....(2)
  - Prolongation d'un **Congé de Grave Maladie** à compter du.....(3)
  - Renouvellement d'un **Congé de Grave Maladie** à compter du.....(3)
  
  - Octroi d'un **congé d'office** à compter du.....(4)
    - CLM     CLD
  - Renouvellement d'un **congé d'office** à compter du.....(4)
    - CLM     CLD
  
  - Octroi d'un **Congé de Longue Maladie (CLM) fractionné** à compter du.....(5)
  - Prolongation d'un **Congé de Longue Maladie (CLM) fractionné** à compter du.....(5)
  - Renouvellement d'un **Congé de Longue Maladie (CLM) fractionné** à compter du.....(5)
  
  - Octroi d'un **Temps Partiel Thérapeutique (TPT)** (uniquement agent CNRACL) à compter du.....(6)
  - Renouvellement d'un **Temps Partiel Thérapeutique (TPT)** à compter du.....(6)
- RAPPEL : la durée maximum du TPT est d'un an par affection durant toute la carrière de l'agent.**
- Mise en **disponibilité d'office**, après épuisement des droits à congés maladie et en l'absence de reclassement à compter du.....(7)
  - Prolongation d'une **disponibilité d'office** à compter du.....(7)

Réintégration après :  avec aménagement                       sans aménagement

- Congé de maladie ordinaire à compter du.....(8)
- Congé de Longue Maladie à compter du.....(8)
- Congé de Longue Durée à compter du.....(8)
- Temps Partiel Thérapeutique à compter du.....(8)
- Disponibilité d'office à compter du.....(8)

- Reclassement** à compter du.....(9)
- aptitude aux fonctions** à compter du.....(10)
- Inaptitude physique totale et définitive à toutes fonctions** à compter du.....(10)

- Retraite pour invalidité** d'un agent titulaire CNRACL depuis au moins 27 ans (procédure simplifiée)  
à compter du.....(11)

**QUESTIONS PRÉCISES SUR LESQUELLES L'AUTORITÉ SOUHAITE AVOIR UN AVIS (à compléter obligatoirement ou joindre un courrier) :**.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ....., le..... Signature et cachet de l'autorité

**EMPLOYEUR**

COLLECTIVITE / ETABLISSEMENT : .....

Adresse : .....

Personne à contacter : .....

Tel : ..... Fax : ..... Mail : .....@.....

**FACTURATION CHORUS : (renseignement obligatoire, à défaut rejet de la saisine)**

**SIRET : .....**                      **CODE SERVICE : .....(le cas échéant)**

**N° COMMANDE : .....**

**AGENT**

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... NIR : .....

Adresse : .....

Tel : .....

Filière : ..... Grade : .....

Fonctions : ..... Catégorie : A  B  C

Date d'entrée dans la collectivité : .....

Stagiaire  depuis le ..... Titulaire  depuis le .....

Temps de travail : Temps complet  Temps non complet  (...../35) Temps partiel  (.....%)

agent intercommunal, indiquer autre(s) employeur(s).....

**MÉDECIN DE PRÉVENTION :**

Organisme : ..... Nom du Médecin : .....

Adresse : ..... Tel : .....

**MÉDECIN TRAITANT :**

Nom du Médecin : .....

Adresse : ..... Tel : .....

**HISTORIQUE DES CONGÉS DE L'AGENT : (MO, CLM, CLD, GRAVE MALADIE, TPT, DISPO D'OFFICE)**

Nature du congé	Survenu le	Arrêt du....	...au...

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

**1**

CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE > 6 MOIS

-

PROLONGATION

- Formulaire de saisine dûment complété
- Récapitulatif des arrêts de travail des douze derniers mois
- Certificats médicaux relatifs au dernier arrêt (initial et prolongation)
- Fiche de poste signée par l'agent et l'autorité territoriale
- Certificat médical circonstancié du Médecin traitant **indiquant la pathologie** prédominante (sous pli confidentiel)


## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

2

### CONGÉ DE LONGUE MALADIE, CONGÉ DE LONGUE DURÉE, CONGÉ DE GRAVE MALADIE - Octroi



Ce congé ne peut être octroyé si l'agent est en position de disponibilité pour raison de santé

- Formulaire de saisine dûment complété
- La lettre de l'agent sollicitant l'octroi du congé  Doit intervenir avant la fin des droits à maladie ordinaire
- Certificat Médical du médecin traitant mentionnant que l'état de santé de l'agent est susceptible de justifier le congé demandé
- Les conclusions circonstanciées du médecin traitant adressées **sous pli confidentiel** au Comité Médical décrivant précisément l'état de santé de l'agent, la pathologie dont il est atteint et la durée de l'arrêt de travail prévisible
- Tous les documents médicaux en possession de l'agent, relatifs à la pathologie, et adressés **sous pli confidentiel** au Comité médical (bulletins hospitalisation, résultats de laboratoire, radiologies...)
- Etat récapitulatif des différents arrêts de travail liés à la maladie
- Fiche de poste détaillée signée par l'agent et la collectivité ainsi que l'historique des fonctions occupées par l'agent dans la collectivité

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

3

CONGÉ DE LONGUE MALADIE, CONGÉ DE LONGUE DURÉE, CONGÉ DE GRAVE MALADIE

-  
Renouvellement

- Formulaire de saisine dûment complété
- La lettre de l'agent sollicitant le renouvellement du congé
- Tous les documents médicaux nouveaux, non encore transmis au Comité Médical, sous pli confidentiel
- Certificat médical du médecin traitant mentionnant que l'état de santé de l'agent justifie la prolongation
- Conclusions circonstanciées du médecin traitant adressées **sous pli confidentiel** au Comité Médical décrivant précisément **l'évolution** de l'état de santé de l'agent, la durée de la prolongation de l'arrêt de travail prévisible

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

**4**

### **CONGÉ D'OFFICE DE MALADIE ORDINAIRE, LONGUE MALADIE, LONGUE DURÉE**

#### **Octroi :**

- Formulaire de saisine dûment complété
- Rapport hiérarchique justifiant que l'état de santé de l'agent nécessite le placement en congé d'office
- Rapport écrit du médecin de prévention, sous pli confidentiel, exprimant son avis sur la nécessité d'un congé d'office et sur la nature du congé le plus approprié.
- Fiche de poste détaillée signée par l'agent et la collectivité ainsi que l'historique des fonctions occupées par l'agent dans la collectivité

#### **Renouvellement :**

- Rapport écrit du médecin de prévention, sous pli confidentiel, exprimant son avis sur la nécessité du renouvellement d'un congé d'office.



## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

5

### CONGÉ DE LONGUE MALADIE FRACTIONNÉ

-

**Octroi**

-

**Renouvellement**

#### Octroi :

- Formulaire de saisine dûment complété
- La lettre de l'agent sollicitant l'octroi du congé
- Certificat Médical du médecin traitant mentionnant que l'état de santé de l'agent est susceptible de justifier le congé demandé
- Les conclusions circonstanciées du médecin traitant adressées **sous pli confidentiel** au Comité Médical décrivant précisément l'état de santé de l'agent, la pathologie dont il est atteint et la durée de l'arrêt de travail prévisible
- Tous les documents médicaux en possession de l'agent, relatifs à la pathologie, et adressés **sous pli confidentiel** au Comité médical (bulletins hospitalisation, résultats de laboratoire, radiologies...)
- Etat récapitulatif précis du nombre de jours d'arrêt déjà obtenus pour la pathologie
- Fiche de poste détaillée signée par l'agent et la collectivité ainsi que l'historique des fonctions occupées par l'agent dans la collectivité

#### Renouvellement :

- La lettre de l'agent sollicitant le renouvellement du congé
- Tous les documents médicaux nouveaux, non encore transmis au Comité Médical, sous pli confidentiel
- Certificat médical du médecin traitant mentionnant que l'état de santé de l'agent justifie la prolongation
- Conclusions circonstanciées du médecin traitant adressées **sous pli confidentiel** au Comité Médical décrivant précisément **l'évolution** de l'état de santé de l'agent, la durée de la prolongation de l'arrêt de travail prévisible
- Etat récapitulatif précis du nombre de jours déjà obtenus pour la pathologie au titre du CLM fractionné

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

**6**

### TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE (sauf pour les agents IRCANTECS)

-

**Octroi**

-

**Renouvellement**

Conformément à l'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique,

**Les prolongations ou octroi du temps partiel thérapeutique ne seront plus soumis à l'avis du comité médical**

De plus :

- La condition de durée du congé de maladie > à 6 mois est supprimée pour l'octroi du TPT
- L'agent peut être placé à temps partiel thérapeutique après avis concordant du médecin traitant et du médecin agréé.

Le comité médical ne sera consulté qu'en cas de désaccord entre les deux médecins.

#### **Rappel sur le TPT :**

Le TPT est accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an **par affection**.

Comme le précise la circulaire du 1<sup>er</sup> juin 2007, la durée du TPT ne peut en aucun cas être allongée au-delà d'un an par affection.

**Ainsi, la durée maximum du TPT est d'un an par affection durant toute la carrière de l'agent.**

Exemple :

TPT de 6 mois après un congé de maladie ordinaire pour une affection.

Pour cette même affection un CLM est octroyé. Puis reprise à TPT, dans la limite de 6 mois (car a déjà bénéficié de 6 mois de TPT pour cette même affection)

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

**7**

### DISPONIBILITÉ D'OFFICE POUR RAISON DE SANTÉ

-

**Octroi**

-

**Renouvellement**

- Formulaire de saisine dûment complété
- Récapitulatif des arrêts de travail ainsi que le dernier arrêt (joindre copie des arrêts non encore transmis au Comité Médical)
- Fiche de poste détaillée signée par l'agent et la collectivité ainsi que l'historique des fonctions occupées par l'agent dans la collectivité

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

### 8

#### RÉINTEGRATION DANS L'EMPLOI

- Formulaire de saisine dument complété
- Certificat médical du médecin traitant autorisant la reprise de l'agent
- Lettre de l'agent sollicitant sa reprise à temps plein ou à TPT (**Rappel** : les agents en disponibilité ne peuvent en bénéficier)
- Avis écrit du médecin de prévention précisant si la reprise à temps plein est possible et si des aménagements de poste sont nécessaires
- Fiche de poste détaillée signée par l'agent et la collectivité ainsi que l'historique des fonctions occupées par l'agent dans la collectivité

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

9

### RECLASSEMENT DANS UN AUTRE EMPLOI

- Formulaire de saisine dûment complété
- Certificat médical du médecin traitant mentionnant l'inaptitude définitive de l'agent à ses fonctions
- Tous les documents médicaux, non encore transmis au Comité Médical, en possession de l'agent, adressés sous pli confidentiel
- Lettre de l'agent sollicitant son reclassement professionnel
- Avis écrit du médecin de prévention sur le reclassement envisagé
- Description détaillée du poste de travail actuel de l'agent
- Description détaillée du nouvel emploi envisagé

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

**10**

### INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DÉFINITIVE À TOUTES FONCTIONS

- Formulaire de saisine dument complété
- Certificat médical du médecin traitant déclarant l'agent inapte totalement et définitivement à toutes fonctions
- Tous les documents médicaux, non encore transmis au Comité Médical, en possession de l'agent, adressés sous pli confidentiel
- Le cas échéant, le rapport écrit du médecin de prévention se prononçant sur l'inaptitude définitive et absolue aux fonctions ou à toutes fonctions
- Fiche de poste détaillée signée par l'agent et la collectivité ainsi que l'historique des fonctions occupées par l'agent dans la collectivité

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

**11**

### RETRAITE POUR INVALIDITÉ

- Formulaire de saisine dument complété
- Demande écrite de l'agent
- L'attestation de reclassement (téléchargeable sur le site [www.cdc.retraites.fr](http://www.cdc.retraites.fr))
- Rapport circonstancié du médecin traitant