



FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
**SECRETARIAT DU CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL**  
PLACÉ AUPRÈS du CDG 66

Dossier à transmettre avec la mention « **CONFIDENTIEL / NE PAS OUVRIR** » au :  
**Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Pyrénées Orientales**  
Secrétariat du Conseil médical départemental

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ**

Collectivité : .....  
Adresse : .....  
Personne en charge du dossier : .....  
Téléphone : ..... Courriel : .....  
Nom et coordonnées du médecin de prévention : .....

**IDENTIFICATION DE L'AGENT**

Madame       Monsieur

Nom patronymique : ..... Nom marital :

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° de Sécurité Sociale : ..... N° CNRACL (le cas échéant) : .....

Adresse : .....  
.....

Téléphone : ..... Courriel :

Grade : ..... Catégorie :    A       B       C

Fonctions exercées : .....

Stagiaire CNRACL     Stagiaire IRCANTEC     Titulaire CNRACL     Titulaire IRCANTEC

CONTRACTUEL de droit public

Date d'entrée dans la Fonction Publique Territoriale :                      Dans la collectivité :

Temps de travail dans la collectivité : ..... heures/semaine

Agent intercommunal, si oui, précisez la collectivité :

Temps de travail autre collectivité : ..... heures/semaine

En cas d'hospitalisation, préciser le lieu : .....

L'agent a-t-il eu, au cours de sa carrière, un dossier ouvert dans un Comité médical départemental (avant le 13/03/2022) ou dans un Conseil médical départemental (à compter du 14/03/2022) : OUI     NON

Dans l'affirmative, dans quel département : .....

### CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE (CMO) :

- Réintégration suite à 12 mois consécutifs

### CONGÉ DE LONGUE MALADIE (CLM – CLM d’office – CLM fractionné) :

- Attribution
- Prolongation après épuisement des droits à plein traitement (1 an)
- Dernière prolongation et présomption d’inaptitude physique
- Réintégration à l’expiration des droits (articles 5, 32, 37 du décret n° 87-602)
- Réintégration lorsque le bénéficiaire exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulière ou suite à congé de longue maladie d’office (article 5 du décret n° 87-602)

### CONGÉ DE LONGUE DURÉE (CLD –CLD d’office – CLD fractionné) :

- Attribution
- Prolongation après épuisement des droits à plein traitement (3 ans)
- Dernière prolongation et présomption d’inaptitude physique
- Réintégration à l’expiration des droits (articles 5, 32, 37 du décret n° 87-602)
- Réintégration lorsque le bénéficiaire exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulière ou suite à congé de longue durée d’office (article 5 du décret n° 87-602)

### CONGÉ DE GRAVE MALADIE (AGENT IRCANTEC, AGENT CONTRACTUEL DE DROIT PUBLIC – CGM d’office - fractionné) :

- Attribution
- Prolongation après épuisement des droits à plein traitement (1 an)
- Dernière prolongation et présomption d’inaptitude physique
- Réintégration à l’expiration des droits

### DISPONIBILITÉ D’OFFICE (DO) :

- Attribution
- Renouvellement
- Fin de la disponibilité d’office

### REAFFECTATION

RECLASSEMENT -PPR DANS UN AUTRE EMPLOI À LA SUITE D’UNE ALTÉRATION DE L’ÉTAT DE SANTÉ DU FONCTIONNAIRE (article 5, 6° décret n° 87-602)  renouvellement détachement  fin de période de détachement

### APTITUDE PHYSIQUE /INAPTITUDE PHYSIQUE

CONTESTATION DE L’AVIS DU CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL (réuni en formation restreinte) AUPRÈS DU CONSEIL MÉDICAL SUPÉRIEUR

CONTESTATION D’UN AVIS MÉDICAL RENDU PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ (DÉLAI DE 2 MOIS, article 11 décret n° 87-602) :

Par un candidat pour l’admission aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières

Octroi d’un CMO (visite de contrôle prévue à l’article 15 du décret n° 87-602)

Renouvellement ou  la réintégration (cochez la case) d’un congé pour raison de santé

Précisez le type de congé : ..... (CMO, CLM, CLD, CGM, CITIS) (visites de contrôles prévues aux articles 34 et 37-10 du décret n° 87-602)

Temps partiel pour raison thérapeutique (article 13-5 du décret n° 87-602)

 *En cas de contestation, le dossier doit être motivé et apporter des éléments qui viennent infirmer l’avis contesté du médecin agréé (exemple : courrier, certificats médicaux motivés, comptes rendus d’examens, compte rendu d’hospitalisation, etc.).*

AUTRE DEMANDE Préciser :



---

## OBJET DE LA DEMANDE conseil médical en formation plénière

---

### IMPUTABILITÉ NON RECONNUE PAR LA COLLECTIVITÉ (en cas de faute personnelle ou circonstance particulière détachant l'accident du service) :

- d'un accident de service (article L822-18 du CGFP) survenu le : .....
- d'un accident de trajet (article L822-19 du CGFP) survenu le : .....

### IMPUTABILITÉ NON RECONNUE PAR LA COLLECTIVITÉ :

- d'une maladie contractée en service inscrite aux tableaux des maladies professionnelles du Code de la sécurité sociale dont toutes les conditions ne sont pas remplies (article L822-20, al.2 du CGFPT) constatée le :  
.....
- d'une maladie contractée en service non inscrite aux tableaux des maladies professionnelles du Code de la sécurité sociale (article L822-20, al.3 du CGFPT) constatée le : .....

### ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ

- Date de constatation de la consolidation et détermination du taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) en vue d'une demande d'Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI) auprès de l'ATIACL
- Révision quinquennale de l'ATI                       Révision nouvel accident

**RECLASSEMENT - PPR DANS UN AUTRE EMPLOI À LA SUITE D'UNE ALTÉRATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU FONCTIONNAIRE** (article 5, 6° décret n° 87-602)

### DISPONIBILITÉ D'OFFICE (DO) :

- Attribution

### RETRAITE

- Mise à la retraite pour invalidité ne résultant pas du service
- Mise à la retraite pour invalidité résultant du service
- Mise à la retraite spéciale (pension pour orphelin infirme, invalidité du conjoint ou de l'enfant)
- Majoration de pension pour l'assistance d'une tierce personne

**CONGÉ POUR ACTE DE DÉVOUEMENT** (article 57 loi 84-53, 2°, al. 2 et 3 article L27 du CPCM)

**ATTRIBUTIONS DES PRESTATIONS ET INDEMNISATIONS RELATIFS À LA PROTECTION SOCIALE DES SAPEURS-POMPIERS VOLONTAIRES** (article 5-1 décret n° 87-602)

**AUTRE DEMANDE**

Autre, préciser : .....

---

## RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ DÉJÀ OBTENUS DEPUIS 1 AN

---

Renseigner le tableau page 3.

Fait à .....le ..... Cachet et signature de l'autorité territoriale

### **Accident de service ou de trajet**

- Courrier de l'autorité territoriale** indiquant l'objet de la saisine et les questions précises auxquelles doivent répondre les membres du CMP, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent.
- Déclaration de l'accident** faite par l'agent mentionnant les circonstances exactes des faits (date, heure, lieu, activité au moment des faits, siège des lésions ...) signée et datée
- Certificat médical initial** de constat de lésion. La transmission de ce certificat est obligatoire. Il doit mentionner le siège et la nature des blessures.
- Autres certificats médicaux** (de prolongation, de soin, de reprise d'activité, certificat final de consolidation ou de guérison...)
- Rapport hiérarchique** réalisé par l'employeur sur les circonstances de l'accident et établissant le lien avec le travail habituel de l'agent (joindre les témoignages écrits). Doivent être précisés les horaires de l'agent, la date, l'heure et le lieu de l'accident, les circonstances et l'activité exercée par l'agent au moment de l'accident.
- Fiche de poste** ou détail des fonctions exercées
- Rapport de la médecine professionnelle (transmission obligatoire de ce document).**
- Rapport d'un médecin agréé saisi par l'employeur**, qui après examen de l'agent précise si tous les arrêts et soins sont justifiés et en relation directe et certaine avec l'accident de service ou de trajet, s'il y a état antérieur, si une date de reprise peut être envisagée avec guérison ou consolidation, un taux d'invalidité partielle permanente.

### Pour un accident de trajet :

Plan de trajet, horaires de travail, durée normalement nécessaire pour effectuer le trajet, dans le cas d'une interruption ou d'un détour lors du trajet, apporter des précisions sur les motivations de cette interruption ou détour.

### Pour une rechute :

**Courrier de l'autorité territoriale** indiquant l'objet de la saisine et les questions précises auxquelles doivent répondre les membres du CMP, les raisons pour lesquelles l'employeur ne reconnaît pas l'imputabilité des prolongations ou de la rechute de l'accident, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent.

**Dossier initial** (déclaration, rapport hiérarchique, certificat médical initial...)

**Certificats médicaux de prolongation**, de rechute, de reprise, final...

Les premiers **procès-verbaux** du CMP en cas de rechute.

**Rapport d'un médecin agréé saisi par l'employeur**, qui après examen de l'agent précise si toutes prolongations ou la rechute sont justifiées et en relation directe et certaine avec l'accident ou la maladie initiale, s'il y a état antérieur, si une date de reprise peut être envisagée avec guérison ou consolidation, un taux d'invalidité partielle permanente.

L'accident de service doit faire l'objet d'un certificat médical final.

En cas de consolidation, l'administration demande une expertise à un médecin agréé afin de fixer un éventuel taux d'incapacité permanente partielle. Le rapport sera joint lors de la saisine du CMP.

## **Maladies professionnelles**

### **Maladie professionnelle désignée par les tableaux de la sécurité sociale**

**Courrier de l'autorité territoriale** précisant les questions auxquelles doit répondre le CMP.

**Déclaration de la maladie professionnelle** faite par l'agent.

**Certificat médical initial** faisant apparaître la désignation de la maladie, le numéro de tableau, la date de la première constatation de la maladie.

**Rapport hiérarchique** décrivant le poste de travail occupé par l'agent et permettant d'apprécier les conditions d'exposition au risque professionnel concerné.

**Fiche de poste** ou détail des fonctions exercées

**Etat de congés de maladie antérieurs.**

**Rapport de la médecine professionnelle (transmission obligatoire de ce document).** Ce rapport désigne la maladie et le numéro du tableau, il est communiqué au médecin agréé avec l'ensemble des pièces médicales.

**Rapport d'un médecin agréé** confirmant le libellé et le numéro d'inscription de la maladie au tableau des maladies professionnelles et que l'agent souffre de cette maladie.

## **Maladie professionnelle non désignée par les tableaux de la sécurité sociale**

- Courrier de l'autorité territoriale** précisant les questions auxquelles doit répondre le CMP.
- Déclaration de la maladie professionnelle** faite par l'agent.
- Certificat médical initial** faisant apparaître la désignation de la maladie, le numéro de tableau, la date de la première constatation de la maladie.
- Certificats médicaux indiquant la maladie** (prolongation d'arrêt de travail, reprise d'activité, consolidation, guérison...)
- Fiche de poste** ou détail des fonctions exercées
- Rapport hiérarchique** décrivant le poste de travail occupé par l'agent et permettant d'apprécier les conditions d'exposition au risque professionnel concerné.
- Rapport de la médecine professionnelle** (transmission obligatoire de ce document). Ce rapport désigne la maladie, il est communiqué au médecin agréé avec l'ensemble des pièces médicales.
- Rapport d'un médecin agréé** confirmant que la maladie non désignée dans le tableau est directement causée par le travail habituel de l'agent.

## **Prise en charge des frais médicaux consécutifs à l'accident ou à la maladie professionnelle**

- Courrier de l'autorité territoriale** précisant les questions auxquelles doivent répondre les membres du CMP.
- Demande de l'intéressé**
- Dossier initial** de l'accident ou la maladie (décision d'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie prise par la collectivité, rapport hiérarchique, certificat médical initial, précédents rapports médicaux....)
- Précédents procès-verbaux** du CMP (le cas échéant)
- Certificat médical initial** faisant apparaître les premières constatations des lésions
- Certificats du médecin** prescrivant les soins (dans le cas de la cure thermale)
- Pièces justificatives nécessaires** (devis pour l'appareillage, lunettes, entente préalable)
- Expertise médicale** du médecin agréé (le cas échéant). Pour la cure thermale, cette expertise devra préciser qu'elle constitue un mode de traitement absolument nécessaire au rétablissement de l'agent et que, faute d'être suivie dans le délai médicalement prescrit, la maladie/accident rendra impossible l'exercice des fonctions.

## **Temps partiel pour raison thérapeutique**

**Avis sur les conclusions du médecin agréé (dans la limite de 3 mois)**

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

- Courrier de l'autorité territoriale** ou de l'agent sollicitant le Conseil Médical pour avis sur les conclusions du médecin agréé
- Demande** faite par l'agent.
- Certificat médical d'un médecin** sollicitant la reprise à temps partiel thérapeutique.
- Certificats médicaux indiquant la maladie** (prolongation d'arrêté de travail, reprise d'activité, consolidation, guérison...)
- Pièces relatives à l'accident ou à la maladie professionnelle.**
- Décision d'imputabilité** de l'accident ou de la maladie professionnelle par l'employeur.
- Rapport d'un médecin agréé** confirmant la modalité de reprise à temps partiel thérapeutique et précisant la quotité.
- Etat de congés de maladie antérieurs.**
- Les premiers **procès-verbaux** relatifs à l'accident ou la maladie.

## Reclassement

- Courrier de l'autorité territoriale** précisant les questions auxquelles doit répondre le CMP.
- Demande écrite de l'agent
- Pièces relatives à l'accident de service / trajet ou à la maladie (déclaration de l'agent, rapport hiérarchique, certificat médical initial (et final s'il existe), rapports médicaux, précédents procès-verbaux du CMP le cas échéant)
- Décision écrite d'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie prise par l'employeur
- Fiche de poste actuelle de l'agent (voir modèle n°7)
- Rapport du médecin du travail accompagné éventuellement de la fiche du nouveau poste que pourra occuper l'agent
- Rapport d'un médecin agréé qui devrait préciser (en fonction du motif de la saisine) :
  - l'inaptitude de l'agent à ses fonctions ou les restrictions ainsi que l'aptitude à exercer d'autres fonctions (éventuellement si une date de reprise peut être envisagée avec guérison ou consolidation),
  - si tous les arrêts de travail sont justifiés et en relation directe et certaine avec l'accident de service / trajet / maladie contractée en service
  - s'il y a un état antérieur
  - le taux d'invalidité permanente (IPP)

## Allocation temporaire d'invalidité (ATI) ou révision

- Courrier de l'autorité territoriale indiquant l'objet de la saisine et les questions précises auxquelles doivent répondre les membres de la CDR, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent.
- Rapport hiérarchique.
- Courrier de l'agent demandant une allocation temporaire d'invalidité (sauf en cas de révision quinquennale).
- Rapport médical du médecin agréé (dossier fournit par la Caisse des Dépôts et Consignation : CDC/AUTRES FONDS/ATTIACL/IMPRIMES).
- Copie du procès-verbal de la commission de réforme donnant un avis sur l'attribution de l'ATI, accompagné du rapport médical évaluant les séquelles lors de la consolidation (le cas échéant).
- Copie du courrier de l'ATTIACL attribuant l'ATI (le cas échéant).
- Copie du courrier de l'ATTIACL sollicitant la demande de révision quinquennale (le cas échéant).

## **Retraite pour invalidité suite à accident de service ou maladie professionnelle**

- Courrier de l'autorité territoriale indiquant l'objet de la saisine (retraite pour invalidité d'office ou sur demande) et demandant un avis sur l'inaptitude absolue et définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions et éventuellement sur l'octroi d'une rente d'invalidité et/ou sur une majoration pour tierce personne, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent.
- Imprimé AF3 sous pli confidentiel rapport d'expertise médicale disponible auprès de la CNRACL ou du CDG rempli par le médecin agréé. Joindre attestation de reclassement si seulement inaptitude à ses fonctions, dûment complétée (attestation à télécharger sur le site de la CNRACL).
- Demande de l'agent de sa mise en retraite pour invalidité
- Attestation de non reclassement sauf inaptitude à toute fonction.
- Certificat médical d'aptitude aux fonctions établi à la date de nomination en qualité de stagiaire et précisant, le cas échéant, le taux d'invalidité.
- Copie de la décision d'octroi de l'allocation temporaire d'invalidité
- Pièces relatives à l'accident de service ou à la maladie professionnelle imputable au service (déclaration de l'accident, certificats médicaux, rapport hiérarchique...)
- Fiche de poste
- Rapport de la médecine préventive

---

## Retraite pour invalidité non imputable au service

Courrier de l'autorité territoriale indiquant l'objet de la saisine (retraite pour invalidité d'office ou sur demande) et demandant un avis sur l'inaptitude absolue et définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions et éventuellement sur l'octroi d'une rente d'invalidité et/ou sur une majoration pour tierce personne, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent.

Imprimé AF3 sous pli confidentiel rapport d'expertise médicale disponible auprès de la CNRACL ou du CDG66 rempli par le médecin agréé. Joindre attestation de reclassement si seulement inaptitude à ses fonctions, dûment complétée (attestation à télécharger sur le site de la CNRACL).

Demande de l'agent de sa mise en retraite pour invalidité

Attestation de non reclassement sauf inaptitude à toute fonction.

Certificat médical d'aptitude aux fonctions établi à la date de nomination en qualité de stagiaire et précisant, le cas échéant, le taux d'invalidité.

Copie de la décision d'octroi de l'allocation temporaire d'invalidité

Etat des congés de maladie sur l'ensemble de la carrière

Fiche de poste

Dernier procès-verbal du comité médical statuant sur l'inaptitude définitive aux fonctions

↳ **Pour une retraite pour invalidité par radiation des cadres d'office, joindre aussi :**

La copie du procès-verbal du comité médical déclarant l'inaptitude définitive à ses fonctions et à toute fonction lorsque l'agent a épuisé ses droits à congés : maladie ordinaire, longue maladie et longue durée.

↳ **Pour une retraite pour invalidité sur demande du fonctionnaire, joindre aussi :**

Demande de l'agent de sa mise en retraite pour invalidité

Profil de poste détaillé

## Majoration pour tierce personne

Demande de l'agent

Expertise médicale de l'agent (formulaire AF3 OU AF5) ? complété par le médecin agréé, signé par l'agent.

Courrier de la CNRACL indiquant l'objet de la saisine et les questions à poser à la commission de réforme.

## **Congé pour infirmités de guerre**

- Courrier de l'autorité territoriale indiquant le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent et l'objet de la saisine ainsi que les questions auxquelles doit répondre le CMP.
- Demande du fonctionnaire
- Certificat médical d'un médecin
- Dossier comportant tous les éléments permettant d'apprécier le lien de causalité entre l'affection motivant la demande et les infirmités ayant donné lieu à pension d'invalidité.

## **Réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité**

- Courrier de l'autorité territoriale indiquant le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent et l'objet de la saisine ainsi que les questions auxquelles doit répondre le CMP.
- Demande du fonctionnaire
- Certificat médical d'un médecin

## **Entrée en jouissance immédiate de la pension concédée au fonctionnaire**

- Courrier de l'autorité territoriale indiquant le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent et l'objet de la saisine ainsi que les questions auxquelles doit répondre le CMP.
- Demande du fonctionnaire ou du conjoint
- Certificat médical d'un médecin
- Expertise d'un médecin agréé (modèle AF3)
- Carte d'invalidité de l'enfant ou du conjoint invalide

## **Pension d'orphelin infirme**

- Courrier de l'autorité territoriale indiquant le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent et l'objet de la saisine ainsi que les questions auxquelles doit répondre le CMP.
- Demande de la CNRACL
- Expertise d'un médecin agréé