**ANNEXE 1 :**

**Domaines de compétences et composition du dossier de saisine**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de demande** | **Questions à poser au comité médical départemental** | **Documents à fournir pour la saisine**  **du comité médical départemental** |
| **La prolongation du congé de**  **maladie ordinaire au-delà de 6 mois consécutifs**   * L’agent est placé en congé de maladie ordinaire de façon continue depuis 6 mois | L’état de santé de l’agent justifie–t-il une prolongation du congé de maladie ordinaire?  Si oui, préciser la durée du renouvellement dans la limite des douze mois du congé de maladie ordinaire.  Si non, l’état de santé de l’agent lui permet-il de reprendre ses fonctions ? Dans quelles conditions ?  Si l’inaptitude à l’exercice de ses fonctions est définitive et absolue, l’agent peut-il faire l’objet d’un reclassement pour inaptitude physique ?  Si oui, préciser la nature du poste, les tâches et postures possibles et interdites.  Si non, l’agent présente-t-il une inaptitude définitive et absolue à toutes fonctions faisant obstacle à son  reclassement et entraînant le licenciement**\*** pour inaptitude physique ou la mise à la retraite pour invalidité ?  \* **uniquement pour les agents IRCANTEC** | * La lettre de saisine du comité médical   départemental par la collectivité.   * Le formulaire type de saisine signé par l’autorité territoriale. * Les arrêts de travail mentionnant les lésions (Volet N°1 conservé par l’agent) **sous pli** **confidentiel**. * Le cas échéant, l’avis d’inaptitude du médecin de prévention **sous pli confidentiel**. |
| **L’octroi ou le renouvellement :**  **- d’un congé de longue**  **maladie ou d’un congé de**  **longue durée (sur demande) y compris pour**  **les maladies non listées dans**  **l’arrêté du 13 mars 1986,**  **- d’un congé de grave maladie (pour les agents IRCANTEC)**   * L’agent est dans l’impossibilité **temporaire** d’exercer ses fonctions * Il présente une maladie invalidante et de gravité confirmée qui nécessite un traitement et des soins prolongés.   *Pour le* ***congé de longue durée****: l’agent est atteint de l’un des cinq types d’affection suivants : tuberculose, maladie mentale, cancer, poliomyélite, déficit immunitaire grave et acquis.* | L’agent présente-t-il une maladie invalidante et de gravité confirmée qui le place dans l’impossibilité  d’exercer ses fonctions ?  En cas d’octroi ou de renouvellement du congé, préciser la durée de la période d’attribution.  En cas de refus du renouvellement du congé, l’agent est-il apte à reprendre ses fonctions ? Si oui, dans quelles conditions ?  En cas de fin de droit de congé maladie, l’agent présente-t-il une inaptitude temporaire à l’exercice de ses fonctions? (préciser la durée de la mise en disponibilité pour raison de santé).  Si l’inaptitude à ses fonctions est définitive et absolue, l’agent peut-il faire l’objet d’un reclassement pour inaptitude physique ?  Si oui, préciser la nature du poste, les tâches et  postures possibles et interdites.  Dans tous les cas, l’agent présente-t-il une inaptitude définitive et absolue à toutes fonctions faisant obstacle à son reclassement et entraînant le licenciement**\*** pour inaptitude physique ou la mise à la retraite pour invalidité ?  \* **uniquement pour les agents IRCANTEC** | * La lettre de saisine du comité médical   départemental par la collectivité.   * Le formulaire type de saisine signé par l’autorité territoriale. * La demande de l’agent. * La lettre du médecin traitant justifiant du congé. * Les conclusions circonstanciées du médecin traitant accompagnées des pièces médicales **sous pli confidentiel**. * Un état récapitulatif des différents arrêts de travail liés à la maladie. * La fiche de poste détaillée et actualisée de l’agent. |
| **Octroi et renouvellement d’un congé**  **de longue maladie fractionné**   * L’agent est dans l’impossibilité **temporaire** d’exercerses fonctions de manière continue. * Il présente une maladie invalidante et de gravité confirmée qui nécessite un traitement et des soins prolongés. | L’agent présente-t-il une maladie invalidante et de gravité confirmée justifiant le bénéfice d’une activité discontinue pour recevoir des soins périodiques ?  En cas de refus du renouvellement du congé :   * l’agent est-il apte à reprendre ses fonctions de façon continue ? Si oui, dans quelles conditions ? * l’agent doit-il être placé en congé de longue maladie ?   Si l’inaptitude à l’exercice de ses fonctions est définitive et absolue, l’agent peut-il faire l’objet d’un reclassement pour inaptitude physique ?  Si oui, préciser la nature du poste, les tâches et  postures possibles et interdites.  Dans tous les cas, l’agent présente-t-il une inaptitude définitive et absolue à toutes fonctions faisant obstacle à son reclassement et entraînant la mise à la retraite pour invalidité ? | * La lettre de saisine du comité médical   départemental par la collectivité.   * Le formulaire type de saisine signé par l’autorité territoriale. * Un état récapitulatif **précis et actualisé** du nombre de jours déjà obtenus pour la pathologie au titre du congé de longue maladie fractionné. * La demande de l’agent. * La lettre du médecin traitant justifiant du congé. * Les conclusions circonstanciées du médecin traitant accompagnées des pièces médicales **sous pli confidentiel**. * La fiche de poste détaillée et actualisée de l’agent. |
| **Octroi et renouvellement des congés**  **de maladie d’office**   * L’agent est dans l’impossibilité **temporaire** d’exercer ses fonctions. * L’autorité territoriale estime que l’état de santé de l’agent ne lui permet pas de poursuivre son activité ET qu’il existe un risque pour son entourage professionnel ou lui-même. * Il présente une maladie invalidante et de gravité confirmée qui nécessite un traitement et des soins prolongés. | L’agent présente-t-il une maladie invalidante et de gravité confirmée qui le place dans l’impossibilité d’exercer normalement ses fonctions et qui nécessite un placement d’office en congé maladie ?  En cas d’octroi ou de renouvellement du congé, préciser la durée de la période d’attribution.  En cas de refus du renouvellement du congé, l’agent est-il apte à reprendre ses fonctions ? Si oui, dans quelles conditions ?  En cas de fin de droit de congé maladie, l’agent présente-t-il une inaptitude temporaire à l’exercice de ses fonctions? (préciser la durée de la mise en disponibilité pour raison de santé).  Si l’inaptitude à l’exercice de ses fonctions est définitive et absolue, l’agent peut-il faire l’objet d’un reclassement pour inaptitude ? Si oui, préciser la nature du poste, les tâches possibles et interdites.  Dans tous les cas, l’agent présente-t-il une inaptitude définitive et absolue à toutes fonctions faisant obstacle à son reclassement et entraînant le licenciement**\*** pour inaptitude physique ou la mise à la retraite pour invalidité ?  \* **uniquement pour les agents IRCANTEC** | * La lettre de saisine du comité médical   départemental par la collectivité.   * Le formulaire type de saisine signé par l’autorité territoriale. * Le rapport écrit du médecin de prévention émettant un avis sur la nécessité du congé d’office et sur la nature du congé la plus appropriée, **sous pli confidentiel**. * Le rapport hiérarchique justifiant que l’état de santé parait nécessiter l’octroi d’un congé d’office. * Copie de la décision de mise en arrêt d’office. |
| **L’octroi ou le renouvellement de la**  **disponibilité d’office pour raison de santé**   * L’agent est dans l’impossibilité **temporaire** d’exercer ses fonctions * Il a épuisé ses droits statutaires (maladie, ordinaire, longue maladie, longue durée, grave maladie). | L’agent présente-il une inaptitude temporaire à ses fonctions? Si oui, précisez la durée de la disponibilité d’office.  Si non, l’agent est-il apte à la reprise de ses fonctions ? Dans quelles conditions ?  Si l’inaptitude à l’exercice de ses fonctions est définitive et absolue, l’agent peut-il faire l’objet d’un reclassement pour inaptitude physique ? Si oui, préciser la nature du poste, les tâches et postures possibles et interdites ?  L’agent présente-t-il une inaptitude définitive et absolue à toutes fonctions faisant obstacle à son reclassement et entraînant le licenciement**\*** pour inaptitude physique ou la mise à la retraite pour invalidité ?  \* **uniquement pour les agents IRCANTEC** | * La lettre de saisine du comité médical   départemental par la collectivité.   * Le formulaire type de saisine signé par l’autorité territoriale. * Le récapitulatif des arrêts de travail ainsi que le dernier arrêt mentionnant les lésions (Volet N°1 conservé par l’agent) **sous pli confidentiel.** * La fiche de poste détaillée et actualisée de l’agent ainsi que l’historique des fonctions occupées dans la structure. |
| **L’octroi ou le renouvellement d’un**  **temps partiel thérapeutique après :**  **- un congé de maladie**  **ordinaire d’au moins 6 mois**  **consécutifs pour une**  **même affection,**  **- un congé de longue maladie,**  **un congé de longue**  **durée ou un congé de grave maladie**   * La reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l’état de santé de l’agent   OU   * L’agent doit suivre une rééducation ou une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé | L’état de santé de l’agent justifie-t-il une reprise à temps partiel thérapeutique ou son renouvellement ?  Préciser la quotité (50, 60, 70, 80 ou 90% du temps de travail de l’agent) si connue.  Au regard des missions et de l’emploi du temps de l’agent, quelle organisation est à préconiser pour la mise en place ou la prolongation de ce temps partiel ? | * La lettre de saisine du comité médical   départemental par la collectivité.   * Le formulaire type de saisine signé par l’autorité territoriale. * La demande de l’agent. * La lettre du médecin traitant justifiant le temps partiel thérapeutique. * Le rapport écrit du médecin de prévention précisant si l’état de santé de l’agent permet la reprise et préconisant la quotité du temps partiel thérapeutique, sa durée et l’organisation du poste, **sous pli confidentiel**. * L’accord de la CPAM relatif à la reprise en temps partiel ou son renouvellement pour motif thérapeutique (a**gents IRCANTEC**). |
| **L’aptitude à la reprise à plein temps**  **avec ou sans aménagement de**  **poste après :**  **- 12 mois consécutifs de congé de**  **maladie ordinaire,**  **- à l’issue d’un congé de**  **longue maladie, de longue**  **durée ou d’un congé de**  **grave maladie,**  **- à l’issue d’une période de**  **disponibilité d’office*.***   * L’agent est physiquement apte à reprendre les fonctions mentionnées dans la fiche de poste avec ou sans aménagements. | L’agent est-il apte à reprendre les fonctions mentionnées dans la fiche de poste?  Au regard de l’état de santé de l’agent, son poste doit-il être aménagé?  Si oui, préciser les aménagements ou restrictions  nécessaires, compatibles avec l’état de santé de l’agent.  L’agent présente-il une inaptitude temporaire à ses fonctions?  Si l’inaptitude à l’exercice de ses fonctions est définitive et absolue, l’agent peut-il faire l’objet d’un reclassement pour inaptitude physique? Si oui, préciser la nature du poste, les tâches et postures  possibles et interdites.  L’agent présente-t-il une inaptitude définitive et absolue à toutes fonctions faisant obstacle à son reclassement et entraînant le licenciement**\*** pour inaptitude physique ou la mise à la retraite pour invalidité ?  **\* uniquement pour les agents IRCANTEC** | * La lettre de saisine du comité médical   départemental par la collectivité.   * Le formulaire type de saisine signé par l’autorité territoriale. * La lettre du médecin traitant justifiant la reprise à temps plein. * La demande de l’agent. * L’avis écrit du médecin de prévention précisant si la reprise à temps plein est possible. Si des aménagements du poste sont nécessaires, il doit émettre des recommandations sur les tâches et postures possibles et à proscrire, **sous pli confidentiel**. * Tous les éléments utiles émis par la **CPAM** pour les **agents IRCANTEC** (avis du médecin – conseil, notification d’invalidité par ex…). |
| **L’aptitude ou l’inaptitude physique**  **absolue et définitive aux fonctions**  **de l’agent ou à toutes fonctions.**   * L’état physique de l’agent ne lui permet plus d’exercer les fonctions décrites dans sa fiche de poste. * L’état physique de l’agent le rend inapte total et définitif à toutes fonctions. | L’agent est-il apte aux fonctions mentionnées dans la fiche de poste?  Si l’inaptitude à l’exercice de ses fonctions est définitive et absolue, l’agent peut-il faire l’objet d’un reclassement pour inaptitude physique ?  Si oui, préciser la nature du poste, les tâches et  postures possibles et interdites.  L’agent présente-t-il une inaptitude définitive et absolue à toutes fonctions faisant obstacle à son reclassement et entraînant le licenciement**\*** pour inaptitude physique ou la mise à la retraite pour invalidité ?  \* **uniquement pour les agents IRCANTEC** | * La lettre de saisine du comité médical   départemental par la collectivité.   * Le formulaire type de saisine signé par l’autorité. * La lettre du médecin traitant attestant l’inaptitude totale et définitive à ses fonctions ou à toutes fonctions. * Les conclusions circonstanciées du médecin traitant accompagnées des pièces médicales **sous pli confidentiel**. * La fiche de poste détaillée et actualisée de l’agent ainsi que l’historique des fonctions occupées dans la structure. * Le rapport écrit du médecin de prévention se prononçant sur l’inaptitude absolue et définitive aux fonctions de l’agent ou à toutes fonctions, **sous pli confidentiel**. |
| **Le reclassement dans un autre**  **emploi ou cadre d’emploi suite à la**  **modification de l’état physique de l’agent.**   * L’agent est reconnu totalement et définitivement inapte à l’exercice de ses fonctions, mais peut exercer d’autres fonctions. | Préciser si le poste proposé par la collectivité est en adéquation avec l’état santé de l’agent.  Préciser la nature du poste, les tâches et postures possibles et interdites. | * La lettre de saisine du comité médical   départemental par la collectivité.   * Le formulaire type de saisine signé par l’autorité territoriale. * La lettre du médecin traitant attestant l’inaptitude de l’agent à ses fonctions. * Les conclusions circonstanciées du médecin traitant accompagnées des pièces médicales **sous pli confidentiel**. * La demande de l’agent. * La fiche de poste avec le descriptif des tâches actuelles de l’agent. * La fiche de poste du nouvel emploi avec le descriptif des tâches envisagées. * Le rapport du médecin du service de médecine professionnelle et préventive émettant un avis sur l’adéquation entre le poste proposé et l’état de santé de l’agent, **sous pli confidentiel**. |
| **Admission à la retraite pour invalidité**   * L’agent est reconnu totalement et définitivement inapte à l’exercice de ses fonctions et n’a pas voulu présenter de demande de reclassement ou il n’y a pas de possibilité de reclassement * L’agent est reconnu totalement et définitivement inapte à toutes fonctions. | Préciser si l’état de santé de l’agent justifie sa mise à la retraite pour invalidité. | * La lettre de saisine du comité médical départemental par la collectivité. * Le formulaire type de saisine signé par l’autorité territoriale. * La demande de l’agent. * La fiche de poste détaillée et actualisée de l’agent ainsi que l’historique des fonctions occupées dans la structure. * L’attestation de reclassement (CNRACL) * Le rapport médical (Formulaire AF3 **signé par l’agent**) accompagné de toutes les pièces médicales **sous pli confidentiel**. * Le nombre de trimestres acquis par l’agent à la date de saisine. |
| **L’accès aux emplois publics quand**  **il existe une contestation d’ordre**  **médical à l’initiative de la**  **collectivité ou de l’agent.**   * Il existe une contestation d’ordre **médical** à l’initiative de la collectivité ou de l’agent. | L’état de santé de l’agent est-il compatible avec l’emploi postulé ? | * La lettre de saisine du comité médical   départemental **motivée** par la collectivité et, le cas échéant par l’agent.   * Le formulaire type de saisine signé par l’autorité territoriale * Le certificat établi par le médecin agréé **sous pli confidentiel**. * Le certificat médical du médecin traitant expliquant les motifs de contestation **sous pli confidentiel.** |
| **Les contestations suite à une**  **contre visite de l’agent par un**  **médecin agréé.**   * La collectivité a demandé une contre-visite par un médecin agréé afin de vérifier la justification d’un arrêt maladie * Il existe une contestation de cette contre-visite. | Les arrêts de travail sont-ils médicalement justifiés ? | * La lettre de saisine du comité médical   départemental **motivée** par la collectivité et, le cas échéant par l’agent.   * Le formulaire type de saisine signé par l’autorité territoriale * Les arrêts de travail mentionnant les lésions (volet n°1 conservé par l’agent) **sous pli confidentiel.** * Le rapport du médecin agréé qui a réalisé la contre visite **sous pli confidentiel**. |