



FORMULAIRE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

Documents à renvoyer, **sous pli confidentiel**, à l'adresse suivante
Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale - **Secrétariat de la Commission de Réforme**
9 rue du Clon - 49000 ANGERS

Le secrétariat de la commission de réforme n'instruira le dossier que si toutes les pièces demandées sont jointes. Il n'est donc pas nécessaire de saisir cette instance en l'absence des justificatifs.

COLLECTIVITE

Identification : _____

Nom et prénom du Maire/Président : _____

Adresse : _____

Dossier suivi par : _____

Courriel : _____

N° tél : / / / /

AGENT

Nom d'usage et prénom : _____

Nom patronymique : _____

Date de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

N° tél : / / / /

Grade : _____ Catégorie : _____

Service : _____

Fonction : _____

☐ Agent CNRACL Nombre d'heures/semaine : _____	☐ Titulaire
☐ Agent IRCANTEC Nombre d'heures/semaine : _____	☐ Stagiaire
☐ Agent intercommunal	☐ Non titulaire

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____

Nom du médecin de prévention : _____

Adresse : _____

OBJET DE LA SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

Demande d'avis sur :

- ☐ L'imputabilité d'un accident de service, en cas de non reconnaissance par la collectivité
- ☐ La rechute d'un accident de service, en cas de non reconnaissance par la collectivité
- ☐ L'imputabilité d'une maladie professionnelle, en cas de non reconnaissance par la collectivité
- ☐ La rechute d'une maladie professionnelle, en cas de non reconnaissance par la collectivité
- ☐ La prise en charge d'une cure thermique
- ☐ La prise en charge des frais médicaux consécutifs à un accident de service
- ☐ La prise en charge des frais médicaux consécutifs à une maladie reconnue imputable au service
- ☐ L'aptitude de l'agent au terme d'une année consécutive d'arrêt de travail suite à une maladie contractée dans l'exercice des fonctions
- ☐ L'aptitude de l'agent au terme d'une année consécutive d'arrêt de travail suite à un accident de service
- ☐ La mise à la retraite pour invalidité des agents CNRACL :
 - ☐ Imputable au service
 - ☐ Non imputable au service
- ☐ Un dernier renouvellement de la disponibilité d'office pour inaptitude physique
- ☐ L'octroi d'une allocation temporaire d'invalidité,
- ☐ La révision quinquennale de l'allocation temporaire d'invalidité
- ☐ L'attribution d'une allocation d'invalidité temporaire
- ☐ Un congé de longue durée en cas d'affection contractée en service
- ☐ Autres

Questions précises sur lesquelles la collectivité souhaite avoir un avis de la commission de réforme

Fait le _____ à _____
Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la collectivité

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA DEMANDE

RETRAITE POUR INVALIDITE des agents CNRACL

- ☐ Demande de l'intéressé (sauf dans le cas d'une mise à la retraite d'office)
- ☐ Historique de la carrière de l'agent (préciser la durée de services)
- ☐ La fiche de poste de l'agent
- ☐ Le rapport médical ([formulaire AF3](#) imprimable depuis le site internet : www.cnrACL.retraites.fr) complété par un médecin agréé accompagné de toutes les pièces médicales (certificats médicaux, rapport de la médecine de prévention, pièces relatives à l'accident de service ou à la maladie professionnelle)
- ☐ Suite à un congé de maladie ordinaire, de longue maladie, de longue durée, copie de l'avis du comité médical statuant sur l'inaptitude définitive de l'agent à la reprise de ses fonctions
- ☐ Si l'agent bénéficie d'une allocation temporaire d'invalidité, joindre la copie de la décision d'octroi
- ☐ [L'attestation de reclassement](#) (à télécharger sur le site internet : www.cnrACL.retraites.fr) sauf en cas d'inaptitude à toutes fonctions

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE

- ☐ Courrier de l'agent demandant une allocation temporaire d'invalidité (sauf en cas de révision quinquennale obligatoire)
- ☐ Copie des arrêts de travail pour accident de service/maladie professionnelle s'il y a lieu
- ☐ [Rapport médical](#) du médecin agréé (imprimé à télécharger sur le site internet www.atiacl.com)
- ☐ [Le dossier administratif](#) (imprimé à télécharger sur le site internet www.atiacl.com)
- ☐ La fiche de poste de l'agent
- ☐ Copie du rapport hiérarchique

APTITUDE / INAPTITUDE

PROLONGATION D'ARRET DE TRAVAIL POUR TOUT ARRET SUPERIEUR A 1 AN

- ☐ Dossier initial
- ☐ Procès-verbal de la commission de réforme/arrêté reconnaissant l'imputabilité au service pour les agents CNRACL ou courrier de la CPAM pour les agents IRCANTEC
- ☐ Certificats médicaux (initial et de prolongation)
- ☐ Rapport du médecin de prévention
- ☐ Expertise médicale réalisée par un médecin agréé
- ☐ La fiche de poste de l'agent

MALADIE SURVENUE DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS EN CAS DE NON RECONNAISSANCE DE L'IMPUTABILITE PAR LA COLLECTIVITE

- ☐ La déclaration administrative de maladie professionnelle (rapport hiérarchique)
- ☐ Les certificats médicaux décrivant les lésions
- ☐ La description du poste de travail de l'agent concerné ne se limitant pas à l'appellation fonctionnelle
- ☐ Un état récapitulatif des différents arrêts de travail liés à la maladie
- ☐ L'expertise médicale réalisée par un médecin agréé qui devra préciser si tous les arrêts sont en relation directe et certaine avec la maladie, si un état de santé antérieur peut en être à l'origine, si une date de reprise peut être envisagée avec guérison ou consolidation, le taux d'invalidité partielle permanente (IPP)
- ☐ Le rapport détaillé du médecin de prévention (document obligatoire)
- ☐ Si possible, la demande écrite de l'agent précisant la pathologie à reconnaître
- ☐ Eventuellement, tout autre document complémentaire en rapport (examens de laboratoires, radiographies, composition des produits dans le cas d'une allergie, etc...)

ACCIDENT DE SERVICE ET ACCIDENT DE TRAJET EN CAS DE NON RECONNAISSANCE DE L'IMPUTABILITE PAR LA COLLECTIVITE

- ☐ La déclaration administrative de l'accident visée par l'agent, le chef de service ou l'autorité territoriale
 - ☐ La description du poste de travail de l'agent concerné ne se limitant pas à l'appellation fonctionnelle
 - ☐ Le rapport hiérarchique en faveur ou non du bien-fondé de la demande, illustrant tant que possible le lien ou l'absence de lien avec le service
 - ☐ Rapport des témoins s'il y en a
 - ☐ Les certificats médicaux décrivant les lésions
 - ☐ L'expertise médicale réalisée par un médecin agréé précisant si tous les arrêts sont en relation directe et certaine avec l'accident, si un état de santé antérieur peut en être à l'origine, si une date de reprise peut être envisagée avec guérison ou consolidation, le taux d'invalidité partielle permanente (IPP)
 - ☐ Le rapport détaillé du médecin de prévention (document conseillé en cas de litige)
 - ☐ Clichés radiographiques pour toutes fractures et problèmes de dos
- Pour un accident de trajet :*
- ☐ Plan de l'accident, Procès-verbal de gendarmerie éventuellement
 - ☐ Avis de l'administration sur le trajet

PRISE EN CHARGE DES FRAIS MEDICAUX CONSECUTIFS A UN ACCIDENT DE SERVICE OU UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

- ☐ La demande de prise en charge formulée par l'agent
- ☐ Le certificat médical prescrivant les soins
- ☐ Toute pièce justificative nécessaire (devis pour appareillage par exemple)
- ☐ Les pièces relatives à l'accident de service ou à la maladie professionnelle

PRISE EN CHARGE D'UNE CURE THERMALE SUITE A UN ACCIDENT DE SERVICE OU UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

- ☐ La demande de prise en charge formulée par l'agent
- ☐ Le certificat médical du médecin prescrivant la cure
- ☐ Le rapport d'un médecin agréé faisant apparaître le lien entre la cure thermique et l'accident ou la maladie professionnelle et précisant si l'état de santé justifie cette cure
- ☐ L'avis du médecin de prévention
- ☐ L'entente préalable de la CPAM précisant le lieu, la durée et les soins pratiqués
- ☐ Les pièces relatives à l'accident de service ou à la maladie professionnelle

DERNIERE PERIODE DE DISPONIBILITE D'OFFICE POUR MALADIE

- ☐ La demande formulée par l'agent
- ☐ Le certificat du médecin traitant
- ☐ L'expertise d'un médecin agréé
- ☐ Les procès-verbaux du comité médical accordant la mise en disponibilité d'office pour maladie

ALLOCATION D'INVALIDITE TEMPORAIRE

- ☐ La demande de l'intéressé
- ☐ L'expertise médicale réalisée par un médecin agréé déterminant l'état et le taux d'invalidité temporaire et classant l'agent dans l'un des trois groupes suivants :
 - o groupe 1 : invalide capable de travailler
 - o groupe 2 : invalide incapable de travailler
 - o groupe 3 : invalide incapable de travailler et ayant besoin d'une tierce personne
- ☐ L'avis de la CPAM dont relève l'agent
- ☐ Toute pièce permettant de vérifier que l'agent a épuisé ses droits à rémunération et qu'il ne peut prétendre au bénéfice des prestations en espèce de l'assurance maladie (procès-verbal du comité médical plaçant l'agent en disponibilité d'office)