



FORMULAIRE DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL FORMATION PLENIERE

RAPPEL

Toutes les pièces médicales doivent être envoyées sous pli confidentiel. La collectivité ne peut pas prendre connaissance des plis confidentiels communiqués par l'agent ou fournis par les professionnels de santé (secret médical).

Les envois dématérialisés de données médicales et personnelles par les collectivités, et les pièces médicales que l'agent pourrait souhaiter transmettre au conseil médical, devront être effectués via un système permettant de les sécuriser. Afin d'assurer ces obligations résultant du secret médical et du RGPD, le CDG 49 met à votre disposition la page de dépôt sécurisée suivante :

<https://bluefiles.com/app/drop-page/11925d66126ff47a3584db84f0416056cd22057a30a6c6ca05766dc93de941d5/>

En cas d'envoi postal, les documents sont à envoyer à l'adresse suivante :
Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de Maine-et-Loire
Secrétariat du Conseil Médical
9 rue du Clon - 49000 ANGERS

 *Le secrétariat du conseil médical (sous la responsabilité du Président du Conseil Médical), 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 *

COLLECTIVITÉ

Identification : _____

Nom et prénom du Maire/Président : _____

Adresse (*service Ressources Humaines*) : _____

Dossier suivi par : _____

Courriel : _____

N° tél : / / / /

AGENT

Nom d'usage et prénom : _____

Nom patronymique : _____

Date de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

N° tél personnel de l'agent : / / / / Courriel personnel de l'agent : _____

Date d'affiliation à la CNRACL : _____

Grade : _____ Catégorie : ☐ A ☐ B ☐ C

Service : _____

Fonction : _____

☐ Agent CNRACL
Nombre d'heures/semaine :

☐ Titulaire :/...../.....

☐ Stagiaire :/...../.....

☐ Agent intercommunal – si oui, à préciser :
Collectivité : Quotité horaire :

☐ Sapeur-Pompier Professionnel

☐ Sapeur-Pompier Volontaire

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Nom et adresse du médecin prescripteur (si différent du médecin traitant) : _____

Nom et adresse du médecin du travail : _____

OBJET DE LA SAISINE

Demande d'avis sur :

☐ L'attribution de l'Allocation Temporaire d'Invalidité

- ☐ 1^{ère} concession
- ☐ Révision nouvel évènement
- ☐ Révision quinquennale
- ☐ Révision sur demande
- ☐ Révision radiation des cadres

☐ L'imputabilité d'un accident du service lorsqu'une faute personnelle ou toute autre circonstance particulière est potentiellement de nature à détacher l'accident du service

☐ L'imputabilité d'un accident de trajet lorsqu'un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est potentiellement de nature à détacher l'accident du trajet du service

☐ L'imputabilité d'une maladie contractée en service dans le cas où les conditions suivantes ne sont pas remplies: maladie désignée par les tableaux de maladies professionnelles (L461-I et suivants du code de la sécurité sociale) et contractée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions dans les conditions mentionnées à ce tableau

En cas de rechute, merci de cocher également la case suivante : ☐

En cas de prolongation, merci de cocher également la case suivante : ☐

Précisions :

- 1- *En dehors des trois cas précités, en cas de présomption d'imputabilité non contestée (pour un accident du service / un accident de trajet / une maladie désignée par les tableaux des maladies professionnelles et contractée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions dans les conditions mentionnées à ce tableau), le conseil médical n'a pas à être sollicité pour avis, faute de compétence.*
- 2- *La rechute comme la prolongation sont analysées dans les mêmes conditions qu'un octroi initial.*

☐ L'impossibilité définitive et absolue d'un agent stagiaire de reprendre ses fonctions, en raison d'infirmités résultant de blessures ou maladies contractées en service (rente d'invalidité)

☐ L'octroi du congé sans traitement à la suite de l'expiration des droits à congé de longue maladie ou de longue durée à compter du : / /

☐ Conséquences de l'incapacité de l'agent CNRACL à reprendre ses fonctions, à l'expiration des droits à CLM ou CLD, en l'absence de reclassement ou de bénéfice du dispositif de période préparatoire au reclassement (*mise en disponibilité d'office pour raison de santé ou admission à la retraite*) – Aptitude aux fonctions – fonctions du grade ou à toutes fonctions (temporaire ou définitive)

☐ Conséquences de la présomption d'incapacité définitive de l'agent CNRACL à reprendre ses fonctions, à l'expiration des droits à congé de maladie ordinaire, en l'absence de reclassement ou de bénéfice du dispositif de période préparatoire au reclassement (*admission à la retraite*) – Aptitude aux fonctions – fonctions du grade ou à toutes fonctions (temporaire ou définitive)

Point d'attention : A défaut de reclassement dans un autre emploi en application du décret n°85-1054 du 30/09/1985 ou d'admission au bénéfice d'un dispositif de période de préparation au reclassement, l'agent est soit mis en disponibilité, soit admis à la retraite.

☐ La mise en retraite pour invalidité des agents relevant de la CNRACL

- ☐ La retraite pour invalidité d'office imputable au service
- ☐ La retraite pour invalidité sur demande de l'agent imputable au service
- ☐ La retraite pour invalidité d'office non imputable au service
- ☐ La retraite pour invalidité sur demande de l'agent non imputable au service

Le conseil médical appréciera la réalité des infirmités invoquées, la preuve de leur imputabilité au service, les conséquences et le taux d'invalidité qu'elles entraînent ainsi que l'incapacité permanente à l'exercice des fonctions.

☐ L'aptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions qui, après avoir été mis à la retraite pour invalidité, demande à être réintégré

☐ Le congé de maladie résultant de blessures ou de maladie contractées ou aggravées, soit en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public, soit en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes

Les dispositions qui suivent ne s'appliquent qu'aux sapeurs-pompiers volontaires :

Dans le cas où l'incapacité de travail dépasse 15 jours ou, ne dépasse pas 15 jours mais que l'imputabilité au service n'est pas reconnue par le Président du Conseil d'Administration du SDIS, le conseil médical est consulté pour l'attribution des prestations suivantes :

- ☐ La gratuité des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires ainsi que des frais de transport, d'hospitalisation et d'appareillage et, d'une façon générale, des frais de traitement, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle directement entraînés par l'accident ou la maladie ;
- ☐ L'indemnité journalière compensant la perte de revenus que le sapeur-pompier volontaire subit pendant la période d'incapacité temporaire de travail.

L'appréciation de la réalité des infirmités, de leur imputabilité au service, des conséquences et du taux d'invalidité qu'elles entraînent, en vue de l'attribution des prestations et indemnisations prévues par la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service :

- ☐ 1^{ère} demande
- ☐ Révision nouvel évènement
- ☐ Révision triennale
- ☐ Révision sur demande
- ☐ Décès

Questions précises sur lesquelles la collectivité souhaite avoir un avis du Conseil médical (*merci de bien vouloir préciser le fondement juridique donnant compétence au conseil médical pour rendre un avis*) :

Fait le _____ à _____

Signature de l'autorité territoriale
(en précisant les nom / prénom et qualité du signataire) et
cachet de la collectivité

*Les cas de saisine précisés dans ce formulaire peuvent faire l'objet d'évolutions
en fonctions des textes qui régissent le conseil médical.*