



## GUIDE DE PROCEDURE

### INSTRUCTION DES DOSSIERS

### CONSEIL MEDICAL EN FORMATION RESTREINTE



# SOMMAIRE

PRESENTATION DU CONSEIL MEDICAL EN FORMATION RESTREINTE .....	2
I - CAS DE SAISINE .....	3
II - CONSTITUTION DU DOSSIER .....	3
A) Pièces à fournir .....	3
B) Pièces complémentaires .....	4
III – MODELES DE DOCUMENTS .....	4

## ANNEXES :

**Annexe 1** : Formulaire type de saisine du conseil médical en formation restreinte des fonctionnaires et agents de la FPT

**Annexe 2** : Lettre de saisine de l'agent

**Annexe 3** : fiche d'option, au choix de l'agent

## PRESENTATION DU CONSEIL MEDICAL EN FORMATION RESTREINTE

Le conseil médical en formation restreinte est saisi pour donner des avis sur les questions liées aux arrêts de longue maladie, de maladie grave et de congés de longue durée des agents de droit public (titulaires, stagiaires et contractuels). Les agents contractuels de droit privé sont exclus.

Ainsi, conformément au décret n° 2022-350 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux, le Centre de Gestion de la Vienne assure les procédures auprès du secrétariat du conseil médical des personnels relevant de la fonction publique territoriale.

Tous vos dossiers complets, accompagnés du courrier de saisine joint en **annexes 1 et 2** devront être impérativement adressés, **sous pli confidentiel** à :

**Monsieur le Président du Conseil Médical en Formation Restreinte**

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale  
de la Vienne

Téléport 1 – Avenue du Futuroscope  
Arobase 1 - CS 20205  
Chasseneuil du Poitou  
86962 FUTUROSCOPE Cedex

Le suivi des dossiers du conseil médical est assuré par :

Madame MAILLOU Christelle et Monsieur SEVIN Valentin :

Téléphone : 05.49.49.12.10

Fax : 05.49.49.10.53

Courriel : [conseil-medical@cdg86.fr](mailto:conseil-medical@cdg86.fr)

Pour les collectivités et établissements publics non affiliés : [conseil-medical-cna@cdg86.fr](mailto:conseil-medical-cna@cdg86.fr)

## I - CAS DE SAISINE

Le conseil médical en formation restreinte est saisi par la collectivité à son initiative ou à la demande de l'agent. Pour éviter tout retard préjudiciable à l'agent, **les demandes de renouvellement sont à effectuer de préférence 2 mois avant l'expiration du congé déjà attribué.**

Le conseil médical en formation restreinte est consulté **obligatoirement** dans les cas suivants :

- L'octroi des congés de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie sur demande ou d'office ;
- La prolongation du congé de longue maladie, grave maladie ou de longue durée à l'expiration de la période à plein traitement. En revanche, les prolongations à l'issue de la période définie par le conseil médical se font sur la base d'une prolongation d'un certificat médical présenté par le fonctionnaire (3 à 6 mois). Les contrôles sont possibles à tout moment par l'employeur et au moins une fois par an ;
- La mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement ;
- Le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire, imputable ou non au service ;
- L'admission des candidats aux emplois publics quand il existe une contestation d'ordre médical.

Ainsi que dans tous les autres cas prévus par des textes réglementaires, et notamment :

- La contestation de l'agent ou de la collectivité suite aux conclusions du médecin agréé lors d'une contre visite ;
- La procédure simplifiée de retraite pour invalidité ;
- Le temps partiel thérapeutique si avis divergents du médecin agréé et du médecin traitant de l'agent, suite à la procédure mise en place par 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, Article 8 ;
- La présomption d'incapacité totale et définitive aux fonctions de l'agent ;
- L'octroi et son renouvellement de temps partiel thérapeutique lié à une situation requérant la saisine obligatoire du conseil médical à l'issue d'un congé de longue maladie et d'un congé de longue durée d'office.

Le Centre de Gestion effectue l'avance des paiements pour les collectivités qui lui sont affiliées et facturera les frais restants à leur charge.

## II - CONSTITUTION DU DOSSIER

### A) Pièces à fournir

**Le dossier de saisine du conseil médical en formation restreinte doit obligatoirement comporter les pièces suivantes pour être étudié :**

- Le formulaire type de saisine du conseil médical en formation restreinte (**annexe 1**),
- La demande de l'agent sollicitant l'octroi d'un congé ou son renouvellement à compter de la fin de la rémunération à plein traitement (modèle en **annexe 2**),
- Le certificat médical du médecin traitant, spécifiant que l'agent est susceptible de bénéficier du congé demandé,
- Un résumé des observations et les pièces justificatives qui peuvent être prescrites dans certains cas (arrêté du 14 mars 1986 modifié relatif à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie) du médecin traitant qui l'adressera directement au secrétariat du conseil médical en formation restreinte,

- Un état récapitulatif des arrêts de travail précédant la demande (y joindre la copie des avis d'arrêts de travail, dans le cadre d'une première demande de saisine),
- Le document « fiche d'option, au choix de l'agent », à joindre au terme d'un an de congé de longue maladie (**article 2**) dans le cas d'une demande de prolongation (**annexe 3**).

## **B) Pièces complémentaires**

Selon le congé attribué :

- Une copie de l'attribution d'une pension d'invalidité par la C.P.A.M (agents IRCANTEC),
- L'imprimé CNRACL AF3 concernant la procédure simplifiée de retraite pour invalidité (page 1 et 3 complétées par l'employeur),
- Toutes observations complémentaires.

En cas de demande de reclassement professionnel **en lien avec une imputabilité au service ou non**, la collectivité doit également fournir :

- Fiche de poste avec le descriptif des tâches actuelles exercées par l'agent,
- Fiche de poste du nouvel emploi proposé avec le descriptif des tâches envisagées,
- Courrier de l'agent sollicitant le reclassement professionnel,
- Rapport du médecin du travail.

Le congé de maladie d'office est une mesure prise pour assurer le bon fonctionnement du service que le comportement d'un agent, en raison de son état de santé, peut compromettre. Elle doit donc être limitée aux situations d'urgence et appliquée dans le respect des libertés individuelles et en tenant compte du danger que représente pour un agent le fait de prendre conscience de la gravité de son état de santé.

Dans ce cas, les rapports suivants doivent également être fournis :

- Rapport du supérieur hiérarchique justifiant que l'état de santé de l'agent paraît nécessiter l'octroi d'un congé de maladie immédiat,
- Rapport du médecin du travail.

## **III – MODELES DE DOCUMENTS**

Nous mettons à votre disposition en **annexe 1, 2 et 3**, des modèles de documents afin de vous accompagner dans la constitution de vos dossiers.

**FORMULAIRE TYPE DE SAISINE  
DU CONSEIL MEDICAL  
FORMATION RESTREINTE  
DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS DE LA  
*FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE***

***IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE***

**COLLECTIVITE :** .....

**ADRESSE :**

.....  
.....

**☎ :** ..... **Mail :** .....

**NOM DU MEDECIN DU TRAVAIL CHARGE DU SUIVI MEDICAL DE L'AGENT CONCERNE :**

Docteur JULINET       Docteur CERTAIN       Autres

**NOM DU MEDECIN TRAITANT :**

.....

Fait le .....

À .....

Signature de l'autorité territoriale  
et cachet de la collectivité

***PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE***

- Lettre manuscrite de l'agent**, précisant la nature du congé demandé, adressée à l'autorité territoriale, sur votre demande
- Certificat médical** du médecin traitant spécifiant que l'agent est susceptible de bénéficier du congé demandé
- Le **médecin traitant** adresse un résumé de ses observations et les pièces justificatives **sous pli confidentiel fermé à la collectivité**.
- Copie de l'attribution d'une pension d'invalidité par la C.P.AM.** (agent IRCANTEC)
- Fiche d'option, au choix de l'agent** (dans le cas d'une prolongation de congé longue maladie suite **article 2**) (*annexe 3*)

**DOSSIER A TRANSMETTRE A :**

**Monsieur le Président du Conseil Médical en formation restreinte**  
Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale  
de la Vienne  
Téléport 1 – Avenue du Futuroscope  
Arobase 1 - CS 20205  
CHASSENEUIL DU POITOU  
86962 FUTUROSCOPE Cedex

## **I - IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ**

NOM DE FAMILLE : ..... NOM D'USAGE : .....

Prénom : ..... N° de téléphone (**impératif**) : .....

N° de sécurité sociale .....

ADRESSE : .....

.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .../.../..... à .....

## **II - SITUATION ADMINISTRATIVE**

Grade : .....

Affectation : .....

Fonctions actuelles exercées par l'agent : .....

Stagiaire  Titulaire  Contractuel   
(Cocher la case correspondante)

Date d'embauche : .....

Nombre d'heures hebdomadaires :

Temps non complet : ..... Heures ..... Minutes  
(Emploi créé pour une durée inférieure au temps complet)

Temps partiel : ..... %  
(Emploi créé à temps complet, l'agent a été autorisé à travailler à temps partiel)

Autres employeurs : ..... nombre d'heures : .....

Fonctions : .....

## **III – EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES DE LA SAISINE**

### **INFORMATIONS**

Au terme de la première année de congé de longue maladie, et lorsque la pathologie ouvre droit au congé de longue durée (article 2 de l'arrêté du 14 mars 1986 modifié), l'agent peut demander à être placé en CLD ou être maintenu en CLM.

**Pour cela, merci de nous joindre le document en annexe 3, dûment complété par l'agent concerné.**

### **QUESTIONS PRECISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITE SOUHAITE OBTENIR UN AVIS**

.....

.....

.....

## **IV - TYPE DE CONGE MALADIE DEMANDÉ**

**IMPORTANT :**  
**LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DOIT ETRE FAITE AU MOINS 2 MOIS  
AVANT L'EXPIRATION DU CONGÉ DÉJÀ ATTRIBUÉ.**

**À COMPTER DU** (indiquer la date à l'emplacement prévu)

- DEMANDE D'OUVERTURE D'UN CONGE DE LONGUE MALADIE** fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28 H hebdomadaires ou un temps partiel
- d'office ...../...../.....
  
  - sur demande de l'agent ..../..../.....
- DEMANDE D'OUVERTURE D'UN CONGE DE LONGUE DUREE** fonctionnaires territoriaux titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28H hebdomadaires ou un temps partiel ...../...../.....
- CONGE DE GRAVE MALADIE** fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps non complet de moins de 28 H et agents contractuels comptant au moins 3 années de service quel que soit le nombre d'heures effectuées hebdomadairement (agent IRCANTEC) ...../...../.....
- CONGE SANS TRAITEMENT** fonctionnaires territoriaux stagiaires et agents contractuels quel que soit le nombre d'heures effectué hebdomadairement ...../...../.....
- PROLONGATION DE CONGE A COMPTER DE LA FIN DU PLEIN TRAITEMENT** fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28H hebdomadaires ou un temps partiel
- Grave maladie       Longue maladie (1an)       Longue durée (3ans)
- ...../...../.....
- TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE** lié à une situation requérant la saisine obligatoire suite à un congé de longue maladie ou un congé de longue durée **d'office**
- TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE** : Si avis non concordants du médecin agréé et du médecin traitant de l'agent (suite à l'ordonnance N°2017-53 du 19 janvier 2017, article 8, 3°).
- DISPONIBILITE D'OFFICE** pour raison de santé, à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie, fonctionnaires territoriaux titulaires effectuant un temps complet, temps partiel (moins de 28 H hebdomadaires) ou un temps non complet ...../...../.....
- RECLASSEMENT** dans un autre emploi, fonctionnaires territoriaux titulaires temps complet, temps non complet (moins de 28 H) ou temps partiel ...../...../.....
- REINTEGRATION** à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée lorsque que le bénéficiaire de ce congé exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières (article 52 du décret 2022-350) ..... /...../.....
- APTITUDE OU INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DEFINITIVE** aux fonctions de l'agent ou à toutes fonctions, fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet ou non complet de moins de 28 H et agents contractuels quel que soit sa durée hebdomadaire ...../...../.....
- AUTRE**



**V - RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ DÉJÀ OBTENUS**

<b><i>TYPE DE CONGÉS</i></b>	<b><i>DATES</i></b>
Congés de longue maladie obtenus	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Congés de longue durée obtenus	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Congés de grave maladie obtenus	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Temps partiel thérapeutique obtenu	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Disponibilité d'office pour raison de santé	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Date du dernier avis du conseil médical en formation restreinte	<p>.....</p>
<p align="center">P.P.R.</p> <p align="center">Reclassement</p>	<p>Du.....au.....</p> <p>Du.....au.....</p>

## CAS PARTICULIERS

---

### ➤ CONGÉ DE LONGUE MALADIE D'OFFICE

La collectivité peut solliciter la mise en congé de longue maladie d'office de l'agent sous certaines conditions. Il s'agit d'une mesure prise pour assurer le bon fonctionnement du service que le comportement d'un fonctionnaire, en raison de son état de santé, peut compromettre. Elle doit donc être **limitée aux situations d'urgence et appliquée dans le respect des libertés individuelles et en tenant compte du danger que représente pour un malade le fait de prendre brutalement conscience de la gravité de son état.**

Dans ce cas, viennent s'ajouter aux pièces demandées sur la première page du formulaire de saisine, les rapports suivants :

- Un rapport du supérieur hiérarchique justifiant que l'état de santé de l'agent paraît nécessiter l'octroi d'un congé de longue maladie,
- Un rapport du médecin de travail.

### ➤ RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Pièces à fournir :

- Un courrier de l'agent sollicitant le reclassement professionnel,
- La fiche de poste avec le descriptif des tâches actuelles exercées par l'agent,
- La fiche de poste proposée pour le nouvel emploi avec le descriptif des tâches envisagées,
- Le rapport du médecin de travail.

## MODALITÉS DE RECOURS

---

En cas de contestation de l'agent de la décision administrative prise à la suite de l'avis du conseil médical en formation restreinte toute demande formulée par l'intéressé(e) doit être largement motivée et circonstanciée.

Deux situations sont à distinguer :

### ➤ RECOURS GRACIEUX AUPRES DU CONSEIL MEDICAL EN FORMATION RESTREINTE

Pièces à fournir :

- Saisine de la collectivité,
- Lettre motivée de l'agent précisant l'un ou plusieurs points suivants : le déroulement et les circonstances de l'expertise, les conclusions de l'expert, l'avis du Conseil Médical en formation restreinte, la décision prise par la collectivité,
- Certificat médical actualisé.

### ➤ APPEL AUPRES DU CONSEIL MEDICAL SUPERIEUR

Afin de réduire les délais d'instruction du dossier auprès du conseil médical supérieur, il est préférable de transmettre l'appel au conseil Médical en formation restreinte accompagné des pièces suivantes :

- Saisine de la collectivité,
- Lettre motivée de l'agent précisant l'objet de la contestation auprès du conseil médical supérieur,
- Pièces médicales.

**Il convient de préciser que le conseil médical en formation restreinte n'instruit qu'un seul recours gracieux.**

**Ensuite, en cas de nouvelle contestation, l'instance d'appel est le Conseil Médical Supérieur.**

La contestation doit avoir lieu dans le délai de deux mois à compter de la notification de l'avis rendu par la formation restreinte

- Le délai d'instruction par le conseil médical supérieur est de quatre mois. En l'absence d'avis émis par le conseil médical supérieur dans le délai de quatre mois après la date à laquelle il dispose du dossier, l'avis du conseil médical en formation restreinte est réputé confirmé,
- L'administration rend une nouvelle décision au vu de l'avis du conseil médical Supérieur ou à défaut, à l'expiration du délai de quatre mois.

## REGLES DE GESTION DE L'AUTORITE TERRITORIALE

---

- Dans le cadre d'une prolongation d'un congé de maladie ordinaire, un contrôle est possible à tout moment par l'employeur mais au **moins une fois au-delà de 6 mois consécutif d'arrêt**. L'agent sera informé par lettre recommandée avec accusé de réception de son rendez-vous auprès d'un médecin expert agréé.
- À l'expiration de la période octroyée de congé longue maladie, congé longue durée ou congé grave maladie par le conseil médical, les prolongations d'arrêts seront transmises sur la base d'un certificat médical présenté par l'agent à son employeur.

En revanche, à l'issue de la période de rémunération à plein traitement, une saisine est systématique auprès du conseil médical en formation restreinte. En dehors de cette période, l'autorité territoriale peut faire procéder à tout moment à une visite de contrôle du demandeur par un médecin agréé. Néanmoins, elle procède à cette visite au moins une fois par an consécutifs à ce congé de maladie. L'agent qui fait l'objet de cette visite de contrôle doit avoir été prévenu de façon certaine, par courrier recommandé avec avis de réception. Lorsque l'autorité territoriale fait procéder à une visite de contrôle, le fonctionnaire doit se soumettre à la visite du médecin agréé sous peine d'interruption du versement de sa rémunération jusqu'à ce que cette visite soit effectuée.

- La réintégration à expiration des droits à congés pour raison de santé (congé maladie ordinaire, congé longue maladie, congé longue durée, congé grave maladie) : à la reprise à l'expiration ou au cours de la période accordée (à temps complet ou temps partiel thérapeutique) intervient à la suite de la transmission par l'intéressé à l'autorité territoriale d'un certificat médical d'aptitude à la reprise, présenté par l'agent à son employeur, dûment complété par son médecin généraliste.
- Toute contestation d'avis par l'employeur ou l'employé : saisine du conseil médical en formation restreinte.

**Lettre de saisine de l'agent**

**(Nom et adresse de l'agent)**

Nom et prénom  
Adresse  
Téléphone  
Grade, emploi

À

Madame / Monsieur le Maire (Président)

De.....  
.....  
.....

Le .....

Objet : Saisine du CONSEIL MEDICAL EN FORMATION RESTREINTE

Madame/Monsieur le Maire/Président,

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au conseil médical en formation restreinte **afin que celui-ci se prononce sur** :

- L'octroi ou la prolongation de mon congé de longue maladie à compter de la fin de mon plein traitement
- L'octroi ou la prolongation de mon congé de longue durée à compter de la fin de mon plein traitement
- L'octroi ou la prolongation de mon congé de grave maladie à compter de la fin de mon plein traitement
- L'aptitude à la reprise de travail à temps complet (ou temps plein)

**Ne garder que l'option correspondante**

À compter du .....

Vous voudrez bien trouver ci-joint le certificat médical de mon médecin traitant.  
Vous en souhaitant bonne réception, veuillez agréer, Madame / Monsieur le Maire (Président), l'expression de mes sentiments distingués.

**(Signature de l'agent)**

**Fiche d'option, au choix de l'agent**  
à compléter et à joindre à la demande de prolongation du  
congé de longue maladie (**article 2**)

**Vous avez bénéficié d'un an de congé de longue maladie attribué au titre de l'article 2 de l'arrêté du 14 mars 1986. Dans le cas d'une demande de prolongation de ce congé, vous voudrez bien compléter les renseignements ci-dessous et joindre ce document à votre demande manuscrite accompagnée du certificat médical administratif.**

**Nous vous informons que cette décision qui est prise au terme d'un an de congé longue maladie est irrévocable.**

**NOM - PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**GRADE :** .....

**COLLECTIVITE :** .....

→ En congé de longue maladie attribué **au titre de l'article 2** (arrêté du 14 mars 1986) **du** ...../...../.....  
**au** ...../...../.....

**Désire opter pour : (1)**

- La prolongation de ce congé, en congé de longue maladie **(2)**
- La transformation du congé de longue maladie, en congé de longue durée **(3)**

À ....., le .....

**Signature de l'agent**

(1) Rayer la mention inutile

(2) En position de congé longue maladie (CLM) :

- La durée maximale du congé de longue maladie peut atteindre 3 ans (rémunéré un an à plein traitement et deux ans à demi-traitement).

*« Le fonctionnaire territorial qui a bénéficié de la totalité d'un CLM ne peut bénéficier d'un autre congé de même nature, pour la même maladie ou pour une autre maladie s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an au moins. »*

(3) En position de congé longue durée (CLD) :

- La durée maximale du congé de longue durée peut atteindre 5 ans (rémunéré trois ans à plein traitement (dont l'année de CLM déjà octroyée) et deux ans à demi traitement).

*Le fonctionnaire territorial peut obtenir, au cours de sa carrière, cinq ans de congé longue durée par affection ouvrant droit à ce congé : à l'issue des 5 ans octroyés, l'agent ne peut plus bénéficier d'un congé de même nature sauf si la pathologie appartient à une autre affection prévue par l'article 2 de l'arrêté du 14 mars 1986 modifié.*