



## Fonction Publique Territoriale



**CONSEIL MEDICAL**

-

*Formation Plénière*



**GUIDE DE PROCEDURE**

**INSTRUCTION  
DES DOSSIERS**

# SOMMAIRE

<b>PRESENTATION DU CONSEIL MEDICAL EN FORMATION PLENIERE</b> .....	page 2
<b>I. TEXTES FONDAMENTAUX</b> .....	page 3
<b>II. COMPOSITION DU CONSEIL MEDICAL EN FORMATION PLENIERE</b> .....	page 3
<b>III. FONCTIONNEMENT DU SECRETARIAT DU CONSEIL MEDICAL EN FORMATION PLENIERE</b>	
A. La saisine .....	page 3
B. Les convocations .....	page 4
C. Les séances .....	pages 4 à 5
D. Les frais .....	pages 6
E. Les attributions .....	pages 6 à 7

<b>QUELQUES DEFINITIONS PRATIQUES</b> .....	page 8
---	--------

<b>PIECES A FOURNIR POUR L'EXAMEN DES DOSSIERS</b> .....	page 9
--	--------

▶ L'accident de service .....	pages 10 à 11
▶ Les maladies professionnelles .....	page 12
▶ La prise en charge des frais médicaux .....	page 13
▶ Les rechutes .....	page 14
▶ Attribution ATI, révision : quinquennale, sur demande ou nouvel accident .....	page 15
▶ Retraite pour invalidité .....	page 16
▶ Majoration pour tierce personne .....	page 17
▶ Congé pour infirmités de guerre .....	page 18
▶ Réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité .....	page 19
▶ Prolongation d'activité de deux ans .....	page 20
▶ Jouissance immédiate de pension .....	page 21
▶ Demande de pension d'orphelin infirme .....	page 22

## CAS DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL EN FORMATION PLENIERE

Récapitulatif .....	pages 23 à 25
<b>Annexe 1</b> : Saisine de transmission des dossiers au conseil médical en formation plénière..	page 26
<b>Annexe 2</b> : Formulaire déclaration accident de service/trajet .....	pages 27 à 30
<b>Annexe 3</b> : Formulaire déclaration maladie professionnelle.....	pages 31 à 34
<b>Annexe 4</b> : Déclaration du témoin.....	page 35

# **PRESENTATION DU CONSEIL MEDICAL EN FORMATION PLENIERE**

Le décret n°2022-350 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux qui modifie en profondeur le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des conseils médicaux aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux son entrée en vigueur : « le 14 mars 2022 ».

Le conseil médical en formation plénière est une instance consultative médicale et paritaire dans chaque département, dont les membres sont désignés par arrêté du préfet.

Ainsi, en application du II de l'article 23 de la loi du 26 janvier 1984 et en application des dispositions du IV de l'article 23 de la même loi précitée, le secrétariat du Conseil Médical est assuré par le Centre de Gestion de la Vienne.

Sa consultation est obligatoire, excepté dans le cas où l'administration aurait reconnu l'imputabilité au service pour les accidents et les maladies professionnelles.

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 Plénière**  
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 secrétariat 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 : [com-reforme@cdg86.fr](mailto:com-reforme@cdg86.fr)

Pour les collectivités et établissement publics non affiliés : [com-reforme-cna@cdg86.fr](mailto:com-reforme-cna@cdg86.fr)

## I – TEXTES FONDAMENTAUX

- **Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors.** – article 21bis
- **Loi du 26 janvier 1984** – article 57
- **Loi n° 2012-347 du 12 mars 2012** – article 113
- **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, notamment l'article 8
- **Décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003** – relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL – article 31
- **Décret n° 2019-301 du 10 avril 2019** – relatif au congé pour invalidité temporaire imputable au service dans la fonction publique territoriale
- **Décret n° 2022-350 du 11 mars 2022** relatif aux Conseils Médicaux [dans la fonction publique territoriale modifiant principalement les dispositions du décret 87-602 du 30 juillet 1987

## II – COMPOSITION DU CONSEIL MEDICAL EN FORMATION PLENIERE

Un président médecin agréé désigné par le préfet.

**Cette formation comprend :**

- Trois médecins généralistes au plus, dont deux obligatoires.
- Deux représentants de l'administration.
- Deux représentants du personnel.

Chaque membre titulaire dispose de deux suppléants.

**Les membres du conseil médical en formation plénière sont soumis aux obligations de secret et de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.**

## III – FONCTIONNEMENT DU SECRETARIAT ET DU CONSEIL MEDICAL EN FORMATION PLENIERE

### A) La saisine

**La demande d'inscription à l'ordre du jour est adressée :**

- par la collectivité de l'agent concerné, au secrétariat
- par l'agent concerné, à sa collectivité qui la transmet au secrétariat dans un délai de **trois semaines** :
  - Le secrétariat accuse réception à l'agent et à la collectivité
  - Passé le délai de **trois semaines**, l'agent peut adresser directement au secrétariat un double de sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception,

Le conseil médical en formation restreinte examine le dossier dans le délai **d'un mois**, ou **deux mois** en cas de demande de complément de dossier. Dans ce cas, le secrétariat notifie à l'agent et à sa collectivité, la date prévisible d'examen.

**Le traitement de l'agent est maintenu jusqu'à l'issue de la procédure justifiant la saisie.**

## B) Les convocations

- Le secrétariat convoque au moins 15 jours avant la réunion :
  - **les membres titulaires**
  - **l'agent concerné** qui est invité à se présenter s'il le souhaite, le jour de la réunion
- La convocation mentionne :
  - les dossiers à examiner
  - les références de la collectivité
  - l'objet de la demande d'avis
- Une note de présentation du dossier, dans le respect du secret médical, doit être jointe à la convocation.
- Le secrétariat informe, selon le cas, le médecin de la médecine professionnelle et préventive ou le médecin de sapeurs-pompiers désigné par le préfet sur proposition du directeur départemental des services d'incendie et de secours.
- Le médecin de médecine préventive peut demander communication du dossier de l'agent et présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion.

Le médecin remet obligatoirement un rapport écrit pour les cas :

- d'avis d'imputabilité au service ou à un acte de dévouement de l'infirmité,
- L'agent est invité 10 jours au moins avant la réunion à prendre connaissance de son dossier, personnellement ou par l'intermédiaire de son représentant : ce dernier devra présenter une attestation sur l'honneur écrite et signée de l'agent, ainsi que la copie de la carte d'identité, recto/verso, de l'agent concerné.
- La partie médicale peut, à sa demande, lui être communiquée personnellement ou par l'intermédiaire d'un médecin.
- Il peut présenter des observations écrites et fournir des certificats médicaux.
- L'instance entend le fonctionnaire qui peut se faire assister d'un médecin de son choix ou d'un conseiller.

## C) La séance

Un membre titulaire temporairement empêché doit se faire remplacer par l'un de ses suppléants. En cas d'indisponibilité desdits suppléants, ceux-ci doivent immédiatement prévenir la secrétaire du conseil médical afin **d'éviter l'absence de quorum**. Sauf cas de force majeure, si la présence des représentants n'est pas confirmée au secrétariat du conseil médical **8 jours** avant la séance, le dossier de l'agent concerné sera retiré de l'ordre du jour.

### • Le quorum

**4 membres avec voix délibérative.**

Deux médecins titulaires ou suppléants, et un représentant du personnel doivent obligatoirement être présents.

Le médecin président dirige les débats en séance.

Les médecins ne peuvent siéger avec voix délibérative lorsque le conseil médical en formation plénière examine le dossier d'un agent qu'ils ont examiné à titre d'expert ou de médecin traitant.

**Les membres du conseil médical en formation plénière sont soumis aux obligations de secret et de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.**

Vous trouverez sur le site internet du CDG86, le **calendrier prévisionnel des réunions** du conseil médical en formation plénière.

Il est important de nous transmettre les dossiers **avant les dates indiquées sur ce calendrier**, afin que l'instruction s'effectue dans les meilleures conditions.

**Tous dossiers transmis après ces dates seront traités aux séances suivantes.**

• **Les avis rendus**

Les avis rendus sont :

- pris à la majorité des membres présents mais non sont pas nominatifs
- motivés dans le respect du secret médical
- communiqués aux employeurs et aux intéressés

**En cas d'égalité des voix, le médecin président à voix prépondérante.**

Le secrétariat est informé des décisions de la collectivité et des avis de la CNRACL lorsque ceux-ci **sont différents de l'avis du conseil médical en formation plénière.**

Le conseil médical en formation plénière doit être saisi de tous témoignages, rapports et constatations propres à éclairer son avis.

Il peut faire procéder à toutes mesures d'instruction, enquêtes et expertises qu'il estime nécessaire, il peut procéder lui-même à des mesures d'expertise médicale mais ne peut pas demander une hospitalisation.

Il se prononce à partir des pièces médicales contenues dans le dossier, ou demandées aux intéressés, ou en faisant comparaître l'agent lui-même.

Il convient de noter que les compétences obligatoires du conseil médical en formation plénière en matière d'invalidité doivent être respectées notamment sur :

- L'octroi d'un congé pour maladie « d'une cause exceptionnelle »
- L'allocation temporaire d'invalidité
- L'attribution d'une rente au fonctionnaire stagiaire licencié pour inaptitude physique
- L'avis d'inaptitude définitif suite au dernier renouvellement du Congé Longue Maladie/Congé Longue Durée
- Mise en retraite pour invalidité

En revanche, l'employeur peut consulter le conseil médical en formation plénière suite à une demande de congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS).

- Maladie à caractère professionnelle (maladie hors tableau IPP 25%)
- AT/MP si divergence d'avis entre le médecin du travail et le médecin expert agréé
- Accident de trajet

Il dispose, d'un délai supplémentaire de 3 mois (soit au total 4 mois en cas d'accident et 5 mois en cas de maladie professionnelle).

Au terme de l'instruction l'employeur se prononce sur l'imputabilité au service, et le cas échéant place le fonctionnaire en CITIS pour la durée du congé.

## D) Les frais

### • Les frais de déplacements

- du président
- des membres siégeant avec voix délibérative,
- des agents convoqués

Sont pris en charge ou remboursés dans les conditions de la réglementation relative aux frais de déplacement des fonctionnaires.

- **Les honoraires, frais d'examen médicaux** sont calculés d'après les dispositions de l'article 53 du décret du 14 mars 1986.
- **Frais d'enquête, rapports, expertises....**

Ces frais sont à la charge de :

- La Caisse des Dépôts et Consignations pour ce qui concerne l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI)
- La CNRACL pour ce qui concerne l'invalidité, la prolongation d'activité de deux ans,
- La collectivité pour ce qui concerne l'imputabilité au service

## E) Les attributions

### • Les attributions en application du règlement de la CNRACL

**Le conseil médical en formation plénière donne un avis sur :**

- La mise à la retraite pour invalidité des fonctionnaires affiliés à la CNRACL dans l'impossibilité définitive et absolue d'exercer leurs fonctions (sans condition d'âge et de durée de services – imputable ou non imputable au service)
- La réalité des infirmités, leur imputabilité au service, les conséquences et le taux d'invalidité qu'elles entraînent, l'incapacité permanente à l'exercice des fonctions.
- La demande d'octroi et de renouvellement d'une majoration pour tierce personne.
- La mise à la retraite des fonctionnaires parents d'un enfant âgé de plus d'un an atteint d'une invalidité égale ou supérieure à 80 % (sans condition d'âge – justifier d'au moins 15 ans de services CNRACL)
- La mise à la retraite des fonctionnaires dont le conjoint est atteint d'une infirmité ou d'une maladie incurable le mettant dans l'impossibilité d'exercer une profession quelconque (sans condition d'âge – justifier d'au moins 15 ans de services CNRACL)
- La mise à la retraite des fonctionnaires, radiés des cadres avant l'âge d'ouverture du droit à retraite ou placé dans une position non valable pour la retraite, atteint d'une infirmité ou maladie incurable les plaçant dans l'impossibilité d'exercer une profession quelconque (sans condition d'âge – justifier d'au moins 15 ans de services CNRACL)
- Le droit à pension des orphelins âgés de plus de 21 ans atteints d'une infirmité permanente les mettant dans l'impossibilité de gagner leur vie.
- La liquidation d'une rente d'invalidité pour un fonctionnaire stagiaire affilié à la CNRACL qui n'a pu être titularisé en raison d'une invalidité ou d'un décès imputable au service.
- La réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité.

- La prolongation d'activité de deux ans maximums au-delà de la limite d'âge pour les fonctionnaires occupant un emploi classé en catégorie active ou insalubre, lorsque survient un désaccord sur les aptitudes intellectuelles et physiques de l'agent demandeur de la prolongation.

- **Les attributions en application des règles statutaires**

**Le conseil médical en formation plénière est consulté quand :**

- une faute personnelle ou toute autre circonstance particulière peut-être de nature à détacher l'accident du service.
- un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante peut-être de nature à détacher l'accident de trajet du service.
- l'affection résulte d'une maladie contractée service dans le cas où cette maladie n'est pas désignée par les tableaux des maladies professionnelles mentionnées aux articles L461-1 et suivants du code de la sécurité sociale.
- L'employeur souhaite l'avis du conseil médical en formation plénière afin de prendre une décision sur la demande du CITIS de l'imputabilité des blessures ou maladies au service. Dans l'hypothèse où l'administration territoriale ne les aurait pas reconnus préalablement et ce, quel que soit la durée du congé et que l'on soit sur une période d'arrêt/de soins initiale ou de prolongation. Le décret du 17 novembre 2008 propose à l'autorité territoriale de consulter un médecin expert, afin qu'elle puisse se prononcer de manière éclairée sur l'imputabilité d'une maladie ou d'un accident de service.
- L'imputabilité des blessures ou maladies au service suite à un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes.
- L'imputabilité des rechutes d'accident ou de maladie survenue dans l'exercice des fonctions si la collectivité le souhaite.
- Le caractère provisoire ou définitif d'une inaptitude constatée
- L'imputabilité aux infirmités contractées ou aggravées au cours d'une guerre ayant ouvert droit à pension, le caractère provisoire ou définitif de l'inaptitude constatée ainsi que la durée du congé en cas d'inaptitude provisoire.
- L'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) : attribution, révision quinquennale, révision en cas de nouvel accident
- Les demandes de cure thermale et la prise en charge des frais médicaux dans le cadre d'un accident ou maladie survenu dans l'exercice des fonctions en cas de nature, coût et durée de soins conséquents.



## **QUELQUES DEFINITIONS PRATIQUES**

### **ACCIDENT DE SERVICE - CITIS**

Depuis l'arrêté du Conseil d'Etat du 30/06/95 Bedez et Tronchon, l'accident de service se caractérise par la conjonction de trois éléments :

- le lieu de l'accident (lieu de travail)
- l'heure de l'accident (pendant ses heures de travail)
- l'activité exercée au moment de l'accident (en lien avec les fonctions exercées)

Le Conseil d'Etat a abandonné sa précédente jurisprudence basée sur l'intervention d'une « action soudaine et violente d'une cause extérieure » ou d'un « fait traumatique ».

### **ACCIDENT DE TRAJET - CITIS**

Accident survenu sur le trajet le plus direct entre le domicile et le lieu de travail (et inversement). Certains détours répondant aux nécessités de la vie courante sont autorisés (crèche, alimentation).

### **MALADIE PROFESSIONNELLE - CITIS**

C'est la conséquence directe de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque physique, chimique, biologique ou résulte des conditions dans lesquelles un agent exerce son activité professionnelle.

### **RECHUTE**

Apparition d'un élément médical **NOUVEAU**, en relation directe, certaine et exclusive à l'accident de service ou la maladie professionnelle, et nécessitant un traitement actif. Deux critères sont nécessaires :

- L'imputabilité
- L'aggravation avec nécessité de soins

### **GUERISON**

Disparition des lésions traumatiques occasionnées par l'accident.

### **CONSOLIDATION**

Permanence de la lésion initiale, et, un traitement n'est plus nécessaire – si ce n'est, pour éviter une aggravation.

### **ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE - ATI**

L'attribution d'une I.P.P (Invalidité Permanente Partielle) est liée à la présence de séquelles **FONCTIONNELLES OBJECTIVES** (et non **DOULOUREUSES**), seules indemnifiables au titre de la législation sur les accidents de service et maladies professionnelles.

## PIECES A FOURNIR POUR L'EXAMEN DES DOSSIERS

**Tous les dossiers soumis au conseil médical en formation plénière doivent être complets.**

**Les dossiers arrivés dans la limite de dépôt mais incomplets trois semaines avant la séance ne seront pas présentés à l'ordre du jour de l'instance.**

NOM et Prénom de l'agent :

**CITIS**

**L'ACCIDENT DE SERVICE**

\*\*\*

**PIÈCES À FOURNIR**

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un courrier de saisine de l'employeur indiquant la suspicion de faute personnelle ou toutes autres circonstances particulière.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le formulaire précisant les circonstances détaillées de l'accident de service ou de trajet, datée et signée par l'agent,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport hiérarchique qui relate les circonstances exactes et détaillées de l'accident. Il appartient à l'employeur de s'assurer de la réalité des faits.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les déclarations des témoins (le cas échéant),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le certificat médical initial de constat des lésions ( <b>volet 1 ou 2</b> ). La transmission de ce certificat est obligatoire. Le certificat doit mentionner le siège et la nature des blessures,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les certificats médicaux de prolongation, le cas échéant,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La fiche de poste de travail de l'agent,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le certificat final descriptif de guérison ou de consolidation (qui peut être le même que le certificat de reprise s'il n'y a pas de soins après celle-ci),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport écrit du médecin du travail de médecine préventive
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'expertise médicale réalisée par un médecin expert agréé.

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

NOM et Prénom de l'agent :

**Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

En cas d'accident de trajet, rajouter :

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le plan précisant le trajet habituel et le trajet concerné,

Les horaires de travail,

La durée normalement nécessaire pour effectuer le trajet,

Les procès-verbaux de gendarmerie ou le rapport de police, éventuellement,

Dans le cas d'une interruption ou d'un détour lors du trajet, apporter des précisions sur les motivations de cette interruption ou du détour.

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

NOM et Prénom de l'agent :

**Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

**CITIS**

**LES MALADIES PROFESSIONNELLES**

**LA MALADIE CONTRACTÉE DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS**

**PIÈCES À FOURNIR**

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un courrier de saisine indiquant de manière précise son objet et les questions pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un avis (prise en charge des périodes initiales et/ou de prolongation),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le formulaire de déclaration de l'agent,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les certificats médicaux décrivant les lésions (certificat initial, de prolongation, etc. : <b>volet 1 ou 2</b> ),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La description du poste de travail de l'agent concerné (et non de la fonction),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un état récapitulatif des différents arrêts de travail liés à la maladie,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport hiérarchique,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'expertise médicale réalisée par un médecin agréé,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport écrit du médecin du travail de médecine préventive ( <u>la transmission de ce document est obligatoire</u> ),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Et éventuellement :

Tous documents susceptibles d'apporter des éléments complémentaires dans la décision médicale

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

NOM et Prénom de l'agent :

**Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

**LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS MÉDICAUX CONSÉCUTIFS À L'ACCIDENT  
OU À LA MALADIE CONTRACTÉE DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS**

\*\*\*

**PIÈCES À FOURNIR**

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La demande de prise en charge formulée par l'intéressé,

Le certificat médical prescrivant les soins,

Et également suivant les cas :

L'entente préalable pour cure thermique (précisant le lieu de cure, la durée et les soins pratiqués)

Le devis pour l'appareillage.

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

**Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

**CITIS**

**LES RECHUTES**

**LES SUITES DE L'ACCIDENT DE SERVICE**

**OU DE LA MALADIE CONTRACTÉE DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS**

**PIÈCES À FOURNIR**

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulaire précisant les circonstances de la rechute.

Le dossier initial (dossier administratif et dossier médical) de l'accident ou de la maladie,

Le rapport hiérarchique,

La déclaration administrative de la rechute mentionnant les circonstances de la rechute,

Les certificats médicaux décrivant les lésions (le certificat initial de rechute doit décrire les circonstances de la rechute),

L'expertise médicale réalisée par un médecin agréé (elle devra préciser notamment si l'arrêt est en relation directe et certaine avec l'accident initial et la préexistence éventuelle d'un état antérieur).

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

NOM et Prénom de l'agent :

**Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

**L'ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ  
DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES  
LA RÉVISION QUINQUENNALE OBLIGATOIRE  
LA RÉVISION SUR DEMANDE  
LA RÉVISION EN CAS DE NOUVEL ACCIDENT**

\*\*\*

**PIÈCES À FOURNIR**

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un courrier indiquant de manière précise l'objet de la saisine,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La demande de l'intéressé (sauf en cas de révision quinquennale obligatoire),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le dossier administratif et médical (imprimable depuis le site Internet : <a href="http://www.cdc.retraites.fr">www.cdc.retraites.fr</a> ),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport médical dactylographié et complété par le médecin agréé accompagné de toutes les pièces médicales (notamment les certificats médicaux initial et final, les précédents procès-verbaux du conseil médical en formation restreinte),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Une copie du rapport hiérarchique,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les dossiers des accidents ou maladies contractées en service antérieurs en cas de révision pour un nouvel accident.

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

NOM et Prénom de l'agent :

**Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**  
avant le \_\_\_\_\_



NOM et Prénom de l'agent :

## LA RETRAITE POUR INVALIDITÉ

\*\*\*

### PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un courrier indiquant de manière précise l'objet de la saisine,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La demande de l'intéressé (sauf en cas d'une mise à la retraite d'office),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport médical (formulaire AF3 imprimable depuis le site Internet : <a href="http://www.cdc.retraites.fr">www.cdc.retraites.fr</a> ) complété par le médecin agréé accompagné de toutes les pièces médicales (notamment les certificats médicaux, les précédents procès-verbaux de la formation plénière ou de la formation restreinte, le rapport du médecin de médecine préventive et les pièces relatives à l'accident de service ou à la maladie professionnelle pour une retraite imputable au service),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historique de la carrière de l'agent (préciser la durée de services),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si l'agent bénéficie d'une allocation temporaire d'invalidité, joindre la copie de la décision d'octroi,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procès-Verbal de la formation restreinte depuis l'origine de l'affection ayant conduit à l'inaptitude à toutes fonctions (dans le cas où la pathologie initiale est un risque maladie/longue maladie ou longue durée)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'attestation employeur Caisse des Dépôts complétée (imprimable depuis le site <a href="http://www.cdc.retraites.fr">www.cdc.retraites.fr</a> )

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

NOM et Prénom de l'agent :

### **Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

## LA MAJORATION POUR TIERCE PERSONNE

\*\*\*

### PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un courrier indiquant de manière précise l'objet de la saisine,

L'expertise médicale de l'agent accompagnée du formulaire « [Questionnaire TP Majoration pour assistance d'une tierce personne](#) ».

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

NOM et Prénom de l'agent :

### **Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**  
avant le \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

## LE CONGÉ POUR INFIRMITÉS DE GUERRE

\*\*\*

### PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un courrier indiquant de manière précise l'objet de la saisine,

La demande du fonctionnaire,

Le certificat médical du médecin traitant,

Un 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.

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

### **Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**  
avant le \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

## LA RÉINTÉGRATION D'UN FONCTIONNAIRE RETRAITÉ POUR INVALIDITÉ

\*\*\*

### PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un courrier indiquant de manière précise l'objet de la saisine,

La demande du fonctionnaire,

Le certificat médical du médecin traitant.

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

---

NOM et Prénom de l'agent :

### **Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

## LA PROLONGATION D'ACTIVITÉ DE DEUX ANS

\*\*\*

### PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un courrier indiquant de manière précise l'objet de la saisine,

La demande du fonctionnaire,

L'expertise d'un médecin agréé.

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

### **Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

**L'ENTRÉE EN JOUISSANCE IMMÉDIATE DE LA PENSION CONCÉDÉE AU FONCTIONNAIRE POUR LUI-MEME OU CONCERNANT LE CONJOINT OU L'ENFANT**

\*\*\*

**PIÈCES À FOURNIR**

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un courrier indiquant de manière précise l'objet de la saisine,

Certificat du médecin traitant,

La demande du fonctionnaire et/ou du conjoint,

L'expertise d'un médecin agréé (AF3 + Rapport confidentiel).

Carte d'invalidité ou RQTH de l'enfant/du conjoint invalide.

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

NOM et Prénom de l'agent :

**Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de l'agent :

## LA DEMANDE DE PENSION D'ORPHELIN INFIRME

\*\*\*

### PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un courrier indiquant de manière précise l'objet de la saisine,

La demande de la CNRACL,

L'expertise d'un médecin agréé.

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

NOM et Prénom de l'agent :

### **Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**  
avant le \_\_\_\_\_

# RÉCAPITULATIF

## CAS DE SAISINE DE LA FORMATION PLENIERE

L'instance est consultée dans les cas indiqués dans le tableau ci-après :

**Agents concernés : les agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL**

Cas de consultation		Rôle de la formation plénière
L' accident de service ou de trajet CITIS	Pour toute demande de reconnaissance d'imputabilité au service d'un accident (quel que soit la durée de l'arrêt, période initiale ou prolongation)	L'instance doit être consultée en cas de faute personnelle ou toute autre circonstance particulière démontrée par l'employeur.
	Pour la prise en charge des frais médicaux consécutifs à l'accident (frais de cure thermale, appareillage et autres soins)	La Formation Plénière exerce un contrôle sur l'utilité et le montant des frais.
	En cas de rechute (nouvel arrêt après consolidation)	L'administration souhaite s'assurer ou refuser la rechute du CITIS
la maladie professionnelle / la maladie contractée en service CITIS	Pour les maladies d'origine professionnelle (hors tableau des conditions générales de la Sécurité Sociale)	Les conditions du tableau mentionnées aux articles L.461-1 et suivant du code de la Sécurité Sociale ne sont pas remplis. Le conseil médical en formation plénière vérifie que la maladie est directement causée par l'exercice des fonctions.
	Pour les maladies à caractère professionnelle (non désignées dans les tableaux mentionnés aux articles L.461-1 et les suivants de la Sécurité Sociale)	Les maladies ne sont pas reconnues imputables au service sauf si le fonctionnaire ou ses ayants droits établissent qu'elles sont essentiellement et directement causées par l'exercice des fonctions et qu'elles entraînent une incapacité permanente égale ou supérieure à 25% au début de la maladie.
	Pour la prise en charge des frais médicaux	La formation plénière exerce un contrôle sur l'utilité et le montant des frais.
	En cas de rechute	La formation plénière apprécie l'imputabilité du nouvel arrêt à la maladie en cas de doute de l'employeur.



Cas de consultation		Rôle de la commission
En cas d'affections ouvrant droit au congé pour infirmités de guerre		<p>La formation plénière se prononce sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la réalité des infirmités invoquées,</li> <li>- l'imputabilité du congé à ces infirmités,</li> <li>- le caractère provisoire ou définitif de l'incapacité constatée,</li> <li>- la durée du congé pouvant être accordée en cas d'incapacité provisoire.</li> </ul>
<b>L'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité. (A.T.I.)</b>	<p>1<sup>ère</sup> attribution : Taux d'invalidité à partir de 1% pour les MP</p>	<p>La formation plénière vérifie la réalité des infirmités évoquées, leur imputabilité au service et fixe un taux d'invalidité.</p>
	<p>1<sup>ère</sup> attribution : Taux égal ou supérieur à 10% pour les AT</p>	
	<p>Pour une maladie contractée en fonction, quel que soit le pourcentage du taux d'invalidité</p>	
	<p>La révision quinquennale obligatoire ou sur demande de l'A.T.I.A.C.L.</p>	<p>La formation plénière est saisie pour fixer un nouveau taux d'invalidité.</p>
	<p>La révision quinquennale sur demande de l'A.T.I.A.C.L.</p>	
	<p>La révision de l'A.T.I.A.C.L. en cas de nouvel accident</p>	<p>La formation plénière vérifie la réalité des infirmités évoquées, leur imputabilité au service et fixe un taux d'invalidité.</p>
<b>La retraite pour invalidité</b>	<p>Résultant du service</p>	<p>La formation plénière se prononce sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'existence effective des infirmités,</li> <li>- les conséquences de ces infirmités sur l'exercice des fonctions,</li> <li>- la préexistence d'infirmités à la titularisation,</li> <li>- le lien éventuel avec les infirmités apparues après la titularisation,</li> <li>- l'imputabilité des infirmités aux fonctions,</li> <li>- la situation de l'intéressé au regard de la C.N.R.A.C.L. à l'époque où a été contractée ou aggravée l'invalidité,</li> <li>- le taux d'invalidité.</li> </ul>
	<p>Ne résultant pas du service</p>	
<p><b>La majoration spéciale pour tierce personne</b></p> <p>Dans le cas d'une invalidité, l'agent qui est obligé de recourir à l'assistance constante d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante peut éventuellement bénéficier de cette majoration</p>		<p>La formation plénière émet un avis sur la nécessité du recours à l'assistance d'une tierce personne.</p>

<p><b>La réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité</b></p>	<p>La formation plénière apprécie l'aptitude de l'agent à reprendre ses fonctions.</p>
<p><b>La prolongation d'activité de deux ans (décret n°48-1907 du 18 décembre 1948 relatif aux limites d'âge des personnels civils de l'Etat et autres organismes)</b></p>	<p>L'avis de la formation plénière doit être sollicité dans le cas où il y a contestation sur le point de savoir si l'intéressé réunit les conditions intellectuelles et physiques suffisantes pour l'exercice des fonctions.</p>
<p><b>L'entrée en jouissance immédiate de la pension concédée au fonctionnaire</b></p>	<p>La formation plénière doit se prononcer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur l'invalidité de l'enfant ou du conjoint du fonctionnaire,</li> <li>- sur l'invalidité du fonctionnaire qui l'empêcherait d'exercer une profession quelconque.</li> </ul>
<p><b>La demande de pension d'orphelin infirme</b></p>	<p>La formation plénière doit se prononcer sur l'invalidité de l'orphelin âgé de plus de 21 ans et qui serait dans l'impossibilité de gagner sa vie.</p>

Sur papier à entête de l'administration employeur

## SAISINE DE TRANSMISSION DES DOSSIERS A LA FORMATION PLENIERE

### Monsieur le Président Du Conseil Médical en Formation Plénière

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 .....

Nom – Prénom de l'agent.....  
 Numéro de sécurité sociale .....  
 Adresse .....  
 Nom du médecin du travail.....  
 Service de médecine préventive.....

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné (finalité) par le (service gestionnaire) du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Vienne/CDG86. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès aux informations qui vous concernent, pour connaître et exercer vos droits, vous pouvez également consulter notre « Politique de Protection des Données » dans la rubrique « Données Personnelles » des « Mentions légales » du site internet du CDG86 « <https://www.cdg86.fr> »*

### Objet de la saisine

- Imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie contractée ou aggravée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions / maladie professionnelle
- Imputabilité d'une rechute à un accident de service ou une maladie contractée ou aggravée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions reconnu(e) imputable au service,
- Les suites d'un accident de service ou maladie professionnelle / maladie contractée ou aggravée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions – consolidation et taux d'IPP
- Prise en charge de frais médicaux consécutif à un accident ou une maladie reconnue imputable au service,
- Attribution d'une allocation temporaire d'invalidité / révision quinquennale, révision sur demande, en cas de nouvel accident ou de révision radiation des cadres,
- Mise à la retraite pour invalidité,
- Obtention de la majoration spéciale pour tierce personne,
- Attribution d'un congé pour infirmité de guerre,
- Réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité
- Prolongation d'activité de 2 ans maximum au-delà de la limite d'âge en cas de désaccord sur les aptitudes intellectuelles et physique de l'agent.

Cachet et signature

## DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

### Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service (CITIS)

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et vous venez d'être victime d'un accident de service ou de trajet. Conformément aux dispositions du décret n°2019-301 du 10 avril 2019\*, vous devez transmettre à votre employeur, dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant : le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident (formulaire joint), un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.



**Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement**



#### INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l'accident s'est produit nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation.

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est à-dire ce que vous faisiez.

Description et nature de l'accident : décrivez l'événement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.), ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, contusion, entorse, écrasement, piqûre, noyade, intoxication, contact avec une substance dangereuse, etc.).

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse...), de machine, d'un véhicule, d'un chariot de manutention, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur...), du sol, etc.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de police, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels de transports en commun.

***N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles***

#### CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aiguë, d'un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

Siège des lésions : Indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche. En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.

\* Le décret n°2019-301 du 10 avril 2019 insère au sein du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 relatif aux congés de maladie des fonctionnaires territoriaux affiliés à la CNRACL au titre VI bis consacré au nouveau congé afin de fixer les modalités du CITIS.

## DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

A compléter et à transmettre à votre employeur. **N'oubliez pas de joindre le certificat médical initial.**

### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME**

Nom de naissance ..... Nom d'usage .....

Prénom .....

Date de naissance ..... .....

N° Sécurité sociale : .....

Adresse personnelle .....

.....

.....

Tel personnel .... .. Mail personnel .....

### **Coordonnées administratives**

Nom du service d'affectation .....

Adresse du service d'affectation .....

.....

.....

Tel professionnel .... .. Mail professionnel .....

### **Statut et catégorie de l'agent**

Stagiaire  Titulaire

Catégorie  A  B  C

Fonction exercée: ..... Grade : .....

Quotité de travail : ..... %

Précisez les jours travaillés : .....

### **FILIERE :**

Administrative  Animation  Culturelle  Médico-Sociale  Sportive

Technique  Sécurité  Autre (à préciser) : .....

**Métier / Fonction :** .....

Date d'entrée sur le poste : .....

A compléter et à transmettre à votre employeur. **N'oubliez pas de joindre le certificat médical initial.**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT**

Date de l'accident : ..... Heure de l'accident : .....

Horaires de travail le jour de l'accident : .....

Horaires habituels (*si différents, à expliquer*) : .....

**Lieu précis de l'accident :** .....

.....

.....

**Préciser s'il s'agit :** (*plusieurs réponses possibles*)

- Lieu de travail habituel       Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
- Lieu de travail occasionnel       Au cours d'une mission pour l'employeur
- Lieu de restauration       Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail
- Lieu de télétravail
- Accident de circulation routière (*à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette ...*)

**Activité de la victime lors de l'accident** (*Environnement -bureau, escalier, route ....- et tâche exécutée*) :

.....

.....

.....

.....

**Description et nature de l'accident** (*ex : chute, agression, collision...*) :

.....

.....

.....

.....

.....

Objet dont le contact a blessé la victime : .....

.....

**Témoins**       Oui       Non (*en l'absence de témoin indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident*)

Nom, prénom, qualité (*et adresse si externe à l'administration*) :

.....  
.....

**Accident causé par un tiers**     Oui       Non

Nom, prénom, adresse du tiers (*si connu*) :

.....  
.....

Société d'assurance du tiers (*si connu*) : .....

**Pièces jointes**     **Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)**

Témoignages écrits       Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers

Dépôt de plainte       Constat amiable

Ordre de mission       Bulletin d'hospitalisation

Plans (*pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident*)

Autres (à préciser) : .....

## **CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT**

***Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration***

Nature des lésions médicalement constatées

Plaie et blessure       Fracture       Luxation, entorse, foulure

Amputation       Commotion, traumatisme       Brûlure, gelure

Empoisonnement, infection       Asphyxie, noyade       Choc

Effets de température, de lumière, de radiations       Effets du bruit, des vibrations, de la pression       Blessures multiples

Autres (à préciser) :

.....

Siège des lésions (*préciser le ou les membres atteints*) : .....

.....

Je soussigné (prénom et nom) .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à : .....

Le (*date de déclaration*) : ..... .....

Signature de l'agent

*(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)*

## DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

### Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service (CITIS)

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous-même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle.

Conformément aux dispositions des articles 47-1 à 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986<sup>1</sup>, vous devez transmettre à votre employeur, une déclaration comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège de la maladie ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant. Cette déclaration doit être transmise dans un délai de deux ans à compter de :
- la date de la première constatation médicale de la maladie,
- ou de la date à laquelle vous avez été informé par un certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle,
- ou, en cas de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale alors que vous êtes déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.



**Si la maladie entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement**



#### MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE

Article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Il s'agit tout d'abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.

1. Peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle, les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par l'exercice des fonctions et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délai de prise en charge, durée d'exposition ou liste limitative des travaux).
2. Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles peut également être reconnue imputable au service s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente au moins égale à 25 %.

#### COMMENT COMPLETER LE FORMULAIRE

Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se reporter au certificat médical.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi

Lieu d'exposition au risque : indiquer le ou les lieux d'exposition en précisant pour chaque lieu la période d'exposition (du ... au ...)

Fiche d'exposition au risque (Article L. 4163-1 du Code du travail) : fiche de suivi établie par un employeur lorsqu'une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels).

***N'hésitez pas à fournir toutes précisions qui pourraient vous apparaître utiles***

<sup>1</sup> Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires



## DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

A compléter et à transmettre à votre employeur. **N'oubliez pas de joindre le certificat médical initial.**

### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME**

Nom de naissance ..... Nom d'usage .....

Prénom .....

Date de naissance ..... .....

N° Sécurité sociale : .....

Adresse personnelle .....

.....

.....

Tel personnel .... .. Mail personnel .....

### **Coordonnées administratives**

Nom du service d'affectation .....

Adresse du service d'affectation .....

.....

.....

Tel professionnel .... .. Mail professionnel .....

### **Statut et catégorie de l'agent**

Stagiaire  Titulaire

Catégorie  A  B  C

Fonction exercée: ..... Grade : .....

Quotité de travail : ..... %

Précisez les jours travaillés : .....

### **FILIERE :**

Administrative  Animation  Culturelle  Médico-Sociale  Sportive

Technique  Sécurité  Autre (à préciser) : .....

**Métier / Fonction :** .....

Date d'entrée sur le poste : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE**

Désignation de la maladie : .....

Le cas échéant, numéro et titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R. 461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en Annexe II de ce code : .....

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (*s'il est connu*)

.....  
.....  
.....  
.....

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition (*environnement, tâche exécutée, geste effectué, etc.*)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle (*machine, appareil, produit...*)

.....  
.....  
.....  
.....

**Description du siège et de la nature de la ou des pathologies**

*Indiquer les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration*

.....  
.....  
.....

Date de la première constatation médicale de la maladie : .....

Le cas échéant, date des arrêts de travail : du ..... au .....

du ..... au ..... du ..... au .....

**Pièces jointes**  Certificat médical (*obligatoire*)

- Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels
- Pli confidentiel – secret médical (**à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel – secret médical »**), qui sera transmis au secrétariat du conseil médical en formation plénière si saisine
- Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale
- Autres documents médicaux (*copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister*)

.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné (prénom et nom) .....  
certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à : ..... Le (*date de déclaration*) : .....

Signature de l'agent  
(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

## ACCIDENT DE SERVICE

*à remplir par le témoin*

**Nom – Prénom du témoin** (Nom en lettres capitales) :

**Nom de jeune fille :** **Né(e) le :**

**Grade :** **Service :**

**Demeurant** (adresse complète) :

Activité du témoin et lieu de cette activité au moment de l'accident :

**Déclare avoir été témoin de l'accident dont a été victime :**

- Monsieur  Madame  Mademoiselle

**Nom – Prénom de l'agent accidenté** (Nom en lettres capitales) :

**Nom de jeune fille :** **Né(e) le :**

**Grade :** **Service :** .....

Le (date du jour de l'accident) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ à (heure exacte de l'accident) : \_\_\_ h \_\_\_

Lieu exact de l'accident :

**Précisez les circonstances de l'accident :**

Lésion corporelle constatée :

**Cause matérielle précise de la lésion :**

**Portez la mention manuscrite « je certifie sur l'honneur l'exactitude des mentions portées ci-dessus » :**

*Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration est passible de sanctions disciplinaires, sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale, en application de l'article 29 du titre I du statut des fonctionnaires.*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du témoin :