

Modèle lettre d'information sur les droits à congé maladie (CLM/CGM/CLD)

Envoi en lettre RAR ou lettre suivie

Nom de la collectivité

A....., le

Adresse de la collectivité

Code Postal ... Ville... .

Madame/Monsieur

N° rue.....

Code Postal Ville

Objet : Information sur les droits à congé maladie (CLM/CGM/CLD)

PJ : Modèle lettre de demande de l'agent CLM/CGM/CLD (Annexe 3)

Certificat médical du médecin (Annexe 1)

Madame, Monsieur,

Vous êtes actuellement en arrêt de maladie ordinaire depuis le ...

Le statut de la fonction publique Territoriale permet aux fonctionnaires en activité à des droits à congés de longue maladie (CLM), de grave maladie (CGM) pour les titulaires de – de 28/35^{ème} ou les contractuels depuis plus de 3 ans) ou de longue durée (CLD) dans les cas où il est constaté que la maladie :

- met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, de façon temporaire.
- rend nécessaire un traitement et des soins prolongés,
- présente un caractère invalidant et de gravité confirmée.

La liste indicative des affections susceptibles d'ouvrir droit au congé de longue maladie, grave maladie ou de longue durée est fixée par l'arrêté du 14/03/1986.

La réglementation applicable prévoit :

Types de congés de maladie	Durée de congés maximale	Rémunération à plein traitement	Rémunération à 1/2 traitement	Formalités à accomplir
Fonctionnaires Temps complet (TC) et Temps non complet (TNC)				
Maladie ordinaire	12 mois consécutifs	3 mois	9 mois	Transmission du certificat médical d'arrêt de travail dans les 48 heures.
Fonctionnaires >28/35^{ème}				
Congé Longue Maladie CLM	3 ans	1 an	2 ans	Certificat médical du médecin (Annexe 1) + lettre de demande de l'agent d'un CLM-CLD (Annexe 3), adressés à l'autorité territoriale qui saisira pour avis le Conseil médical départemental.
Congé Longue Durée CLD	5 ans	3 ans	2 ans	

Fonctionnaires < 28/35 ^{ème} ou contractuel de plus de 3 ans				
Congé Grave Maladie CGM	3 ans	1 an	2 ans	Certificat médical du médecin (Annexe 1) + lettre de demande de l'agent d'un CGM (Annexe 3) adressés à l'autorité territoriale qui saisira pour avis le Conseil médical départemental.

Vous trouverez un modèle de lettre de demande de l'agent d'un CLM-CGM-CLD (Annexe 3) à compléter par vos soins et à nous transmettre, si vous souhaitez qu'une demande de CLM/CGM/CLD soit examinée.

Pour information sans demande de votre part ou sans réponse de votre part dans **un délai de 15 jours à réception du présent courrier**, la collectivité devra saisir l'avis d'un médecin agréé à compter de 6 mois d'arrêts consécutifs.

A cet effet, dans tous les cas, vous devrez nous retourner le **certificat médical du médecin (Annexe 1)** joint, **sous pli confidentiel**, complété par votre médecin.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de mes salutations.

Signature de
l'autorité territoriale

CERTIFICAT MEDICAL **du médecin**

**(à compléter par le médecin ou spécialiste EN
INTEGRALITE* et remettre SOUS PLI CONFIDENTIEL)**

Cher Confrère,

Ce certificat est nécessaire à votre patient pour le suivi de ses droits à un congé de grave maladie (CGM), longue maladie (CLM) ou un congé de longue durée (CLD) selon l'arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies ouvrant droit à l'octroi de congé de longue maladie, art. 57-3° de la loi 84-53 du 26 janvier 1984.

Celui-ci peut ainsi bénéficier, s'il remplit les conditions, d'un maintien de sa rémunération. Pour rappel,

- en cas de CGM/CLM pendant 1 an à taux plein puis 2 ans à demi-traitement.
- en cas de CLD pendant 3 ans à taux plein et 2 ans à demi-traitement.

Pour votre information :

- Le conseil médical, au vu de votre certificat et de la demande de l'agent, pourra statuer sur les droits à maladie CGM/CLM/CLD.

Chaque demande de prolongation de votre patient, devra être transmise à l'employeur et nécessitera une attestation médicale¹ indiquant que les arrêts sont toujours en lien avec la pathologie ayant ouvert droit à ce congé maladie et devra être prolongé par période de 3 à 6 mois maximum.

- Une expertise auprès d'un médecin agréé est obligatoire **au minimum une fois par an** et pourra être diligentée par le Conseil médical à l'ouverture du droit ou par l'employeur à tout moment. Dans chaque cas, ce certificat médical vous sera demandé, afin que le médecin expert agréé ait le maximum d'information.

J'attire votre attention sur la nécessité que vos éléments médicaux soient le plus précis possible et ce, afin que les droits de votre patient puissent être au mieux évalués.

En vous remerciant par avance de la précision du complément de ce certificat. Bien
Confraternellement.

Le Président du Conseil Médical
Docteur Alain MARX



¹ Modèle disponible sur le site internet du Centre de Gestion de l'Eure **Accueil** » **Santé et Prévention** » **Base documentaire** » **Conseil médical formation restreinte ex comité médical**

NOM de naissance :	Prénom :
Nom marital :	
Date de naissance :	
Emploi occupé :	
Collectivité :	

Date de début d'arrêt et Durée estimée :

A compter du :
Durée d'arrêt estimée:

ETAT CLINIQUE

Taille : Poids :
TA :
Histoire de la maladie :

Date des premiers symptômes en lien avec la demande actuelle :

Descriptif des troubles :

Etat général :

Examen clinique :

Autre(s) maladie(s) surajoutée (s) :

<u>Suivi spécialisé :</u>	☐ OUI	☐ NON
---------------------------	------------------------------	------------------------------

Fréquence du suivi spécialisé :

Hebdomadaire :	☐ OUI	☐ NON
Mensuelle	☐ OUI	☐ NON
<u>AUTRE (préciser) :</u>		

Coordonnée(s) du ou des Médecins spécialistes :

TRAITEMENT ACTUEL

Médical

Chirurgical

Autres (kinésithérapie, psychothérapie...)

CONCLUSIONS

Fait à

le

Signature,

CACHET

A REMETTRE **SOUS PLI CONFIDENTIEL ET CACHETE**
POUR L'EMPLOYEUR

*Tout certificat incomplet nécessitera un retour pour complément.

Modèle lettre de demande de l'agent CLM/CGM/CLD

Nom, prénom
Adresse
Téléphone
Grade, emploi

Monsieur le
Maire (ou Monsieur le
Président)
Collectivité
Adresse
CP VILLE

A, le.....

Objet: Saisine du Conseil Médical Départemental formation Restreinte (FR)

Monsieur le Maire (ou Président),

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au Conseil Médical Départemental, afin que cette instance émette un avis sur:

- ☐ l'octroi d'un congé de longue maladie sur demande (CLM)
- ☐ l'octroi d'un congé de longue durée (CLD)
- ☐ l'octroi d'un congé de grave maladie (CGM)
- ☐ autres situations

(ex. : aménagement des conditions de travail, reprise, etc. ...)

.....
à compter du.....

ou pour la période du.....au.....

Vous trouverez ci-joint le certificat médical de mon médecin (accompagné d'un rapport sous pli confidentiel, le cas échéant), ainsi que toutes pièces utiles à l'examen de mon dossier.

Vous en souhaitant bonne réception,

Je vous prie de croire, Monsieur le Maire (ou Monsieur le Président), à l'assurance de ma considération la meilleure.

Signature de l'agent.