

# TABLEAU RÉCAPITULATIF DES DÉMARCHES À ENTREPRENDRE PAR L'AUTORITÉ TERRITORIALE

|                          | CAS  | Saisine du Conseil Médical Séance restreinte (ex comité médical) | Autorité territoriale | Expertise par Médecin Agréé | Certificat médical Médecin traitant ou spécialiste | Avis du Médecin de prévention | Observations : à faire par l'autorité territoriale   | Modèles de document (cliquer dessus pour y accéder)   |
|--------------------------|--|--|-----------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|--|---|
| <b>MALADIE ORDINAIRE</b> | <b>Prolongation au-delà de 6 mois de CMO</b> |  | x                     | x entre 6 mois et 12 mois   | x  |                               | <p>Informez l'agent de son droit à demander un CLM ou CGM dès le passage en demi traitement en RAR</p> <p>Prévenez l'agent de son rdv d'expertise par lettre RAR et faites un rapport au médecin agréé</p> | <p><b>Annexe 2-</b> Modèle lettre d'information à l'agent des droits à congé maladie</p> <p><b>Annexe 6-</b> Modèle de Courrier pour choix du médecin à l'issue de la fin de période de congé maladie</p> <p><b>Annexe 7-</b> Certificat médical de reprise d'un médecin</p> <p><b>Annexe 8-</b> Attestation médicale d'un médecin pour prolongation des droits à congé de Grave maladie-Longue Maladie-Longue durée.</p> <p><b>Annexe 9-</b> Modèle lettre médecin agréé pour contrôle médical</p> <p><b>Annexe 10-</b> Modèle de Convocation pour RDV auprès d'un Médecin agréé</p> <p><b>Annexe 11-</b> Modèle rapport de la collectivité pour médecin agréé</p> |

**CMO**= Congé de Maladie Ordinaire (1 an maximum ; 3 mois plein traitement puis 9 mois demi-traitement)

**CLM**= Congé de Longue Maladie (3 ans maximum ; 1 an plein traitement puis 2 ans demi-traitement)

**CLD**= Congé de Longue Durée (5 ans maximum ; 3 ans plein traitement puis 2 ans demi-traitement)

**CGM**= Congé de Grave maladie (3 ans maximum ; 1 an plein traitement puis 2 ans demi-traitement) pour les titulaires Ircantec ou les contractuels de plus de 3 ans uniquement

**TPT**= Temps Partiel Thérapeutique (1 an maximum ; reprise effective d'un an pour réouvrir de nouveaux droits)

|             | CAS   | Saisine du Conseil Médical Séance restreinte (ex comité médical) | Autorité territoriale | Expertise par Médecin Agréé | Certificat médical Médecin traitant ou spécialiste | Avis du Médecin de prévention | Observations : à faire par l'autorité territoriale   | Modèles de document   |
|-------------|---|--|-----------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|--|---|
| CLM CGM CLD | 1er octroi CLM,CGM et CLD sur demande de l'agent                | x  |                       | si besoin                   |  |                               | Informez l'agent de son droit d'option à rester en CLM en cas de possibilité de CLD en RAR | <b>Annexe 3-</b> Modèle de lettre de demande de l'agent d'un CLM-CGM-CLD<br><b>Annexe 4-</b> Modèle lettre information droit d'option CLM-CLD<br><b>Annexe 5-</b> Modèle lettre de demande de l'agent pour le choix d'option CLM-CLD<br><b>Annexe 8-</b> Attestation médicale d'un médecin pour prolongation des droits à congé de Grave maladie-Longue Maladie-Longue durée.<br><b>Annexe 9-</b> Modèle lettre médecin agréé pour contrôle médical<br><b>Annexe 10-</b> Modèle de Convocation pour RDV auprès d'un Médecin agréé |
|             | Renouvellement CLM CGM et CLD lors du passage à demi traitement | x  |                       | si besoin                   |  |                               |  | <b>Annexe 1-</b> Certificat du médecin  |

|             | CAS                                   | Saisine du Conseil Médical Séance restreinte (ex comité médical) | Autorité territoriale | Expertise par Médecin Agréé | Certificat médical Médecin traitant ou spécialiste | Avis du Médecin de prévention | Observations : à faire par l'autorité territoriale  | Modèles de document  |
|-------------|---------------------------------------|--|-----------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|---|--|
| CLM CGM CLD | Renouvellement CLM CGM et CLD         |  | x                     | Minimum une fois par an     | x  |                               | Prévenir l'agent de son rdv d'expertise par lettre RAR et faire un rapport au médecin agréé | <p><b>Annexe 6-</b> Modèle de Courrier pour choix du médecin à l'issue de la fin de période de congé maladie</p> <p><b>Annexe 7-</b> Certificat médical de reprise d'un médecin</p> <p><b>Annexe 8-</b> Attestation médicale d'un médecin pour prolongation des droits à congé de Grave maladie-Longue Maladie-Longue durée.</p> <p><b>Annexe 9-</b> Modèle lettre médecin agréé pour contrôle médical</p> <p><b>Annexe 10-</b> Modèle de Convocation pour RDV auprès d'un Médecin agréé</p> <p><b>Annexe 11-</b> Modèle rapport de la collectivité pour médecin agréé</p> |
|             | Dernier renouvellement CLM CGM et CLD | x  |                       | Si besoin                   |  |                               |   | <b>Annexe 1-</b> Certificat médical du médecin   |

|                      | CAS  | Saisine du Conseil Médical Séance restreinte (ex comité médical) | Autorité territoriale | Expertise par Médecin Agréé | Certificat médical Médecin traitant ou spécialiste | Avis du Médecin de prévention | Observations : à faire par l'autorité territoriale  | Modèles de document   |
|----------------------|--|--|-----------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|---|---|
| CLM CGM CLD          | Réintégration avant la fin des droits à CLM CGM et CLD                   |  | x                     |                             | x  | si besoin                     |   | Annexe 6- Modèle de Courrier pour choix du médecin à l'issue de la fin de période de congé maladie<br>Annexe 7- Certificat médical de reprise d'un médecin  |
|                      | Réintégration à la fin des droits de CLM, CGM et CLD                     | x  |                       | si besoin                   |  | si besoin                     |   | Annexe 1- Certificat médical du médecin   |
| CLM CGM CLD D'OFFICE | 1er octroi CLM CGM et CLD d'office                                       | x  | Rapport               | si besoin                   | x  | x                             | Élaborer un rapport hiérarchique et prendre rdv Médecin prévention                          | Annexe 1- Certificat médical du médecin<br>Annexe 11- Modèle rapport de la collectivité pour médecin agréé  |
|                      | Renouvellement CLM CGM et CLD d'office lors du passage à demi traitement | x  |                       | si besoin                   |  |                               |   | Annexe 1- Certificat médical du médecin   |
|                      | Renouvellement CLM CGM et CLD d'office                                   |  | x                     | X à chaque renouvellement   |  |                               | Prévenir l'agent de son rdv d'expertise par lettre RAR et faire un rapport au médecin agréé | Annexe 9- Modèle lettre médecin agréé pour contrôle médical<br>Annexe 10- Modèle de Convocation pour RDV auprès d'un Médecin agréé<br>Annexe 11- Modèle rapport de la collectivité pour médecin agréé |

|   | CAS  | Saisine du Conseil Médical Séance restreinte (ex comité médical) | Autorité territoriale | Expertise par Médecin Agréé | Certificat médical Médecin traitant ou spécialiste | Avis du Médecin de prévention | Observations : à faire par l'autorité territoriale | Modèles de document  |
|---|--|--|-----------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|--|--|
| <b>CLM CGM CLD D'OFFICE</b>                         | Dernier renouvellement CLM/ CGM et CLD d'office                  | x  |                       | Si besoin                   |  |                               |  | <b>Annexe 1-</b> Certificat médical du médecin   |
|   | Réintégration à tout moment des CLM, CGM et CLD d'office         | x  |                       | Si besoin                   |  |                               |  | <b>Annexe 1-</b> Certificat médical du médecin   |
| <b>Temps Partiel Thérapeutique entre 50% et 90%</b> | <b>1er octroi temps Partiel thérapeutique (1 jour à 3 mois)</b>  |  | x                     | si besoin                   | x  |                               | Information au médecin de prévention               | <b>Annexe 7-</b> Certificat médical de reprise d'un médecin  |
|   | <b>Renouvellement TPT au delà de 3 mois jusqu'à 12 mois maxi</b> |  | x                     | x                           | x  |                               | Information au médecin de prévention               | <b>Annexe 12-</b> Modèle de Convocation pour RDV auprès d'un Médecin agréé pour prolongation Temps Partiel Thérapeutique (TPT)<br><b>Annexe 13-</b> Modèle lettre médecin agréé pour prolongation Temps Partiel Thérapeutique supérieur à 3 mois |
| <b>DISPONIBILITÉ POUR RAISON DE SANTÉ</b>           | 1er octroi disponibilité pour raison de santé                    | x  |                       | Si besoin                   |  |                               |  |  |
|   | Tous les renouvellements disponibilité pour raison de santé      | x  |                       | Si besoin                   |  |                               |  |  |

|  | CAS  | Saisine du Conseil Médical Séance restreinte (ex comité médical) | Autorité territoriale | Expertise par Médecin Agréé | Certificat médical Médecin traitant ou spécialiste | Avis du Médecin de prévention | Observations : à faire par l'autorité territoriale                            | Modèles de document                                    |
|--|--|--|-----------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|---|--|
| <b>DISPONIBILITÉ POUR RAISON DE SANTÉ</b>  | Réintégration après disponibilité pour raison de santé   | X  |                       | Si besoin                   |  |                               |   |  |
| <b>RECLASSEMENT</b>                        | Reclassement dont Période de préparation au reclassement   | x  |                       | Si besoin                   |  |                               | Information et demande d'accord à l'agent                                     | <b>Annexe 14-</b> attestation de choix de reclassement |
| <b>AVIS DES MÉDECINS DANS TOUS LES CAS</b> | Contestation des avis et ou avis contraires entre le médecin traitant, spécialistes et médecins agréés | X  |                       | x                           | x  | Si besoin                     | La saisine se fait soit par l'autorité territoriale soit par l'agent lui-même |  |