



Fonction Publique Territoriale



COMMISSION DE REFORME



GUIDE DE PROCEDURE

INSTRUCTION DES DOSSIERS

SOMMAIRE

PRESENTATION DE LA COMMISSION DE REFORME	page 2
I. TEXTES FONDAMENTAUX	page 3
II. COMPOSITION DE LA COMMISSION DE REFORME (CDR)	page 3
III. FONCTIONNEMENT DU SECRETARIAT DE LA CDR	
A. La saisine	page 3
B. Les convocations	page 4
C. Les séances	pages 4 à 5
D. Les frais	pages 5 à 6
E. Les attributions	pages 6 à 7

QUELQUES DEFINITIONS PRATIQUES	pages 8 à 9
---	-------------

PIECES A FOURNIR POUR L'EXAMEN DES DOSSIERS

▶ L'accident de service	pages 11 à 12
▶ Les maladies professionnelles	page 13
▶ La prise en charge des frais médicaux	page 14
▶ Les rechutes	page 15
▶ Le congé de longue durée imputable au service	page 16
▶ Octroi et renouvellement d'un temps partiel pour raison thérapeutique	page 17
▶ Attribution ATI, révision : quinquennale, sur demande ou nouvel accident	page 18
▶ Retraite pour invalidité	page 19
▶ Majoration pour tierce personne	page 20
▶ Allocation invalidité temporaire	page 21
▶ Disponibilité d'office pour raisons de santé	page 22
▶ Congé pour infirmités de guerre	page 23
▶ Réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité	page 24
▶ Prolongation d'activité de deux ans	page 25
▶ Jouissance immédiate de pension	page 26
▶ Demande de pension d'orphelin infirme	page 27

CAS DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

Récapitulatif	pages 28 à 30
Annexe 1 : Saisine de transmission des dossiers à la commission de réforme	page 31
Annexe 2 : Déclaration AT/MP	pages 32 à 37

PRESENTATION DE LA COMMISSION DE REFORME

La commission de réforme est une instance consultative médicale et paritaire dans chaque département, dont les membres sont désignés par arrêté du préfet.

Les commissions de réforme constituées en application de l'arrêté interministériel du 5 juin 1998 demeurent en fonction dès lors que leur composition ne fait pas obstacle à l'application de l'arrêté du 4 août 2004.

Ainsi, conformément aux dispositions de l'article 12 de l'arrêté du 4 août 2004 précité, le Centre de Gestion de la Vienne assure désormais le secrétariat de la commission de réforme des personnels relevant de la Fonction Publique Territoriale. L'arrêté ministériel du 4 août 2004 fixe sa composition et son fonctionnement.

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 de la Commission de Réforme
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 de la Commission de Réforme est assuré par :

Mesdames MAILLOU Christelle, TOUZE Audrey et GUERINEAU Marie :

Téléphone : 05.49.49.12.10

Fax : 05.49.49.10.53

Courriel : com-reforme@cdg86.fr

Pour les collectivités et établissement publics non affiliés : com-reforme-cna@cdg86.fr

I – TEXTES FONDAMENTAUX

- **Loi du 26 janvier 1984** – article 57
- **Loi n°2012-347 du 12 mars 2012** – article 113
- **Décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003** – relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL – article 31
- **Décret 2008–1191 du 17 novembre 2008** - relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans les 3 fonctions publiques.
- **Arrêté interministériel du 4 août 2004** – relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière.
- **Circulaire IOC/B/09/09353/C du 20 avril 2009** – précisant les termes du décret du 17 novembre 2008.
- **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

II – COMPOSITION DE LA COMMISSION DE REFORME

Un président dirige les délibérations mais ne prend pas part au vote.

Cette commission comprend :

- Deux médecins généralistes, auxquels est adjoint, **s'il y a lieu**, un médecin spécialiste qui participe aux débats mais qui ne prend pas part aux votes (pour l'examen des cas relevant de sa compétence).
- Deux représentants de l'administration
- Deux représentants du personnel.

Chaque membre titulaire dispose de deux suppléants.

Les membres de la commission de réforme 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 DE LA COMMISSION DE REFORME

Le siège de la commission de réforme est fixé par son président.

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,

La commission de réforme 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,
- de demande de prolongation spéciale de congé de longue durée pour une affection contractée dans l'exercice des fonctions.
- 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.
- La commission 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 de la commission de réforme afin **d'éviter l'absence de quorum**. Sauf cas de force majeure, si la présence des représentants n'est pas confirmée au secrétariat de la commission **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 doivent obligatoirement être présents.

En cas d'absence d'un médecin généraliste, le médecin spécialiste à voix délibérative.

Les médecins ne peuvent siéger avec voix délibérative lorsque la commission de réforme examine le dossier d'un agent qu'ils ont examiné à titre d'expert ou de médecin traitant.

Les membres de la commission de réforme 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** de la commission de réforme.

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
- motivés dans le respect du secret médical
- communiqués aux intéressés sur demande écrite

En cas d'égalité des voix, l'avis est réputé rendu.

Le secrétariat est informé des décisions de la collectivité et des avis de la CNRACL lorsque ceux-ci **sont différents de l'avis de la commission de réforme.**

La commission de réforme doit être saisie de tous témoignages, rapports et constatations propres à éclairer son avis.

Elle peut faire procéder à toutes mesures d'instruction, enquêtes et expertises qu'elle estime nécessaire mais ne peut procéder elle-même à des mesures d'expertise médicale ni demander une hospitalisation.

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

L'avis de la commission de réforme est obligatoirement préalable à toute décision. Néanmoins, le pouvoir de décision appartient dans tous les cas à la collectivité, hormis l'octroi d'un temps partiel pour raison thérapeutique qui requiert un avis favorable de cette instance.

Seule la décision est susceptible de recours.

D) Les frais

- **Les frais de déplacements**

- du président
- des membres siégeant avec voix délibérative,
- des spécialistes
- 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'invalidité temporaire (AIT), le reclassement, l'imputabilité au service.

E) Les attributions

- **Les attributions en application du règlement de la CNRACL**

La commission de réforme 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 maximum 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.
- La demande de prolongation spéciale de congé longue durée pour affection contractée en service.

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

La commission de réforme est consultée sur :

- L'imputabilité des blessures ou maladies au service, dans l'hypothèse où l'administration territoriale ne les aurait pas reconnus préalablement et ce, quelque 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 en cas de non reconnaissance de l'imputabilité par la collectivité.
- Le caractère provisoire ou définitif d'une inaptitude constatée et, le cas échéant, l'aptitude de l'agent à occuper un poste attribué par voie de reclassement.
- 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'octroi et le renouvellement du temps partiel pour raison thérapeutique après un accident ou une maladie survenue dans l'exercice des fonctions.
- La mise en disponibilité d'office pour raison de santé après épuisement d'un congé de longue durée prolongé au titre de la maladie contractée en service, et lors du dernier renouvellement d'une disponibilité d'office pour maladie.
- L'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) : attribution, révision quinquennale, révision en cas de nouvel accident.
- L'attribution d'une allocation d'invalidité temporaire (AIT), appréciation de l'état d'invalidité, classement dans un des trois groupes, bénéfice de la majoration pour tierce personne.
- 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

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 ».

La charge de la preuve

La présomption d'imputabilité n'existe pas dans la fonction publique territoriale. C'est au fonctionnaire d'apporter la preuve qu'il a été victime d'un accident de service.

En effet l'agent doit prouver médicalement l'existence d'une relation certaine et directe entre l'exercice de ses fonctions et les séquelles résultant de l'accident. **Se référer à la circulaire FP3 du 13 mars 2006 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps complet et à temps non complet contre les risques maladies et accidents de service – article 5.1.1. Accidents de services.**

ACCIDENT DE TRAJET

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

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, ou si la maladie ouvre droit à un congé de longue durée qui a été contractée dans l'exercice des fonctions.

TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Il est accordé soit parce que la reprise des fonctions est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'agent soit parce qu'il doit faire une rééducation ou réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Après un congé pour accident de service, accident de trajet, maladie professionnelle ou contractée dans l'exercice des fonctions, le temps partiel thérapeutique peut être accordé pour une période d'une durée maximale de 6 mois, renouvelable une fois. Il ne peut être inférieur à un mi-temps.

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

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

RECHUTE

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

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

ALLOCATION INVALIDITE TEMPORAIRE (A.I.T)

Les agents atteints d'une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain et qui ne peuvent reprendre immédiatement leurs fonctions ni être mis ou admis à la retraite peuvent sur leur demande être reconnus en état d'invalidité temporaire. La demande doit être appréciée par la sécurité sociale, puis par la commission de réforme.

PIECES A FOURNIR POUR L'EXAMEN DES DOSSIERS

Tous les dossiers soumis à la commission de réforme doivent être complets.

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

L'ACCIDENT DE SERVICE

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la CDR	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"/>	La déclaration AT/MP de l'accident de service ou de trajet détaillant précisément les circonstances de celui-ci, 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 (volet 1 ou 2). 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 service de médecine préventive (la transmission de ce document est obligatoire),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'expertise médicale réalisée par un médecin expert agréé.

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

En cas d'accident de trajet, rajouter :

Réservé à la CDR	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.

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

LES MALADIES PROFESSIONNELLES

LA MALADIE CONTRACTÉE DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la CDR	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"/>	La déclaration administrative datée et signée par l'agent,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les certificats médicaux décrivant les lésions (certificats initial, de prolongation, etc. : volet 1 ou 2),
<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 service de médecine préventive (la transmission de ce document est obligatoire),
		Et éventuellement :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tous documents susceptibles d'apporter des éléments complémentaires dans la décision médicale

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

**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 CDR	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 thermale (précisant le lieu de cure, la durée et les soins pratiqués)

Le devis pour l'appareillage.

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

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 CDR	Pièces à joindre par la collectivité	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un courrier indiquant de manière précise l'objet de la saisine et les questions pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un avis,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le dossier initial (dossier administratif et dossier médical) de l'accident ou de la maladie,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport hiérarchique,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La déclaration administrative de la rechute mentionnant les circonstances de la rechute,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les certificats médicaux décrivant les lésions (le certificat initial de rechute doit décrire les circonstances de la rechute),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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).

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**
avant le _____

LE CONGÉ DE LONGUE DURÉE IMPUTABLE AU SERVICE

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la CDR	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 et les questions pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un avis,

Le dossier médical de l'agent (comprenant notamment les certificats médicaux, les avis du comité médical départemental),

Le rapport écrit du médecin du service de médecine professionnelle et préventive,

L'expertise médicale réalisée par un médecin agréé,

La description du poste de travail de l'agent concerné (et non de la fonction).

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

**L'OCTROI ET LE RENOUELEMENT D'UN TEMPS PARTIEL
POUR RAISON THERAPEUTIQUE**

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la CDR	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"/>	Le certificat médical du médecin traitant,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport écrit du médecin du service de médecine professionnelle et préventive,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le dossier initial de l'agent (avec les procès-verbaux de la commission de réforme)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Une expertise médicale auprès d'un médecin expert agréé.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concernant UNIQUEMENT le renouvellement pour la deuxième fois du temps partiel thérapeutique. Les médecins de la commission de réforme tolèrent à titre exceptionnel un rapport détaillé et explicite du médecin de prévention indiquant si la pathologie dont souffre l'agent est toujours en relation directe et certaine avec l'évènement concerné, et quel est l'état de santé de l'agent actuellement (ce rapport permettrait que vous ne saisissiez pas de médecin expert agréé dans ce cas précis).

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

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 CDR	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 (imprimable depuis le site Internet : www.cdc.retraites.fr),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport médical complété par le médecin agréé accompagné de toutes les pièces médicales (notamment les certificats médicaux initial et final, les précédents procès-verbaux de la commission départementale de réforme, le rapport du médecin de médecine préventive),
<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.

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

LA RETRAITE POUR INVALIDITÉ

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la CDR	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 : www.cdc.retraites.fr) complété par le médecin agréé accompagné de toutes les pièces médicales (notamment les certificats médicaux, les précédents procès-verbaux de la commission départementale de réforme ou du comité médical départemental, 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 du comité médical 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 www.cdc.retraites.fr)

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**
avant le _____

LA MAJORATION POUR TIERCE PERSONNE

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la CDR	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](#) ».

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

L'ALLOCATION D'INVALIDITÉ TEMPORAIRE

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la CDR	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,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'expertise d'un médecin agréé précisant les invalidités et les taux d'incapacité permettant à la commission de classer l'intéressé dans un groupe d'invalidité,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'avis de la caisse primaire d'assurance maladie,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toute pièce permettant de vérifier que l'intéressé a épuisé ses droits à rémunération et qu'il ne peut prétendre au bénéfice des prestations en espèce de l'assurance maladie (procès-verbal du comité médical départemental plaçant l'agent en disponibilité d'office par exemple).

Cadre réservé à la commission de réforme _____

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

LA DISPONIBILITÉ D'OFFICE POUR RAISONS DE SANTE
Dernière période

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la CDR	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,
Le certificat médical du médecin traitant,
L'expertise d'un médecin agréé.

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

LE CONGÉ POUR INFIRMITÉS DE GUERRE

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la CDR	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.

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

LA RÉINTÉGRATION D'UN FONCTIONNAIRE RETRAITÉ POUR INVALIDITÉ

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la CDR	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.

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

LA PROLONGATION D'ACTIVITÉ DE DEUX ANS

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la CDR	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.

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

**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 CDR	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.

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

LA DEMANDE DE PENSION D'ORPHELIN INFIRME

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la CDR	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.

Cadre réservé à la commission de réforme

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé à la CDR

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

RÉCAPITULATIF

CAS DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

La commission 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 commission
L'accident de service ou de trajet	Pour toute demande de reconnaissance d'imputabilité au service d'un accident (quelque soit la durée de l'arrêt, période initiale ou prolongation)	La commission de réforme peut être consultée si la collectivité souhaite s'assurer ou refuse l'imputabilité au service de l'accident (événement initial ou prolongation).
	Pour la prise en charge des frais médicaux consécutifs à l'accident (frais de cure thermique, appareillage et autres soins)	La commission exerce un contrôle sur l'utilité et le montant des frais.
	En cas de rechute (nouvel arrêt après consolidation)	La commission apprécie l'imputabilité à l'accident initial du nouvel arrêt si la collectivité s'apprête à refuser l'imputabilité.
	Suivi du dossier	Après un an d'arrêt, l'autorité territoriale peut saisir la commission de réforme pour vérifier l'aptitude de l'agent. Si l'inaptitude définitive et absolue de l'agent à toutes fonctions est démontrée, la collectivité peut initier une procédure de mise à la retraite pour invalidité, soit d'office, soit sur demande de l'agent.
la maladie professionnelle / la maladie contractée en service	Pour toute demande de reconnaissance d'imputabilité au service d'une maladie (quel que soit la durée de l'arrêt)	La commission de réforme procède à l'appréciation de la réalité de la maladie (c'est-à-dire s'il y a nécessité d'un congé) et de l'imputabilité au service en cas de doute de l'employeur. Elle n'est pas limitée par les dispositions prévues par le code de la sécurité sociale, en effet toute maladie dont est atteint un fonctionnaire peut être reconnue imputable au service du moment que le lien avec l'exercice des fonctions est direct à certain.
	Pour la prise en charge des frais médicaux	La commission exerce un contrôle sur l'utilité et le montant des frais.
	En cas de rechute	La commission apprécie l'imputabilité du nouvel arrêt à la maladie en cas de doute de l'employeur.
	A l'issue du congé	La commission procède à la vérification de l'aptitude ou l'inaptitude de l'agent et constate d'éventuelles séquelles.
	Suivi du dossier	Après un an d'arrêt, l'autorité territoriale peut saisir la commission de réforme pour vérifier l'aptitude de l'agent. Si l'inaptitude définitive et absolue à toutes fonctions de l'agent est démontrée, la collectivité peut initier une procédure de mise à la retraite pour invalidité, d'office ou à la demande de l'agent.

Cas de consultation		Rôle de la commission
<p>L'octroi et le renouvellement d'un temps partiel pour raison thérapeutique après un congé pour accident de service ou maladie reconnu(e) imputable au service</p> <p>La collectivité doit saisir obligatoirement la commission de réforme en cas d'avis non concordant entre le médecin agréé et le médecin traitant de l'agent.</p>		La commission apprécie l'aptitude physique de l'agent et émet un avis sur la reprise à temps partiel pour raison thérapeutique (ou sur son renouvellement).
<p>Le reclassement dans un autre emploi suite à un accident de service ou une maladie reconnu(e) imputable au service.</p>		La commission apprécie l'aptitude de l'agent et peut proposer un reclassement (si l'aménagement des conditions de travail n'est pas possible). A la fin de la procédure, la nouvelle fiche de poste doit être validée par le comité médical.
<p>La disponibilité d'office pour raison de santé deux cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lorsqu'elle suit un congé accordé pour une affection d'origine professionnelle relevant d'une maladie ouvrant droit au congé de longue durée ; - lorsqu'il s'agit du dernier renouvellement de la mise en disponibilité d'office pour raisons médicales. 		La commission apprécie l'aptitude de l'agent et émet un avis sur son placement en disponibilité d'office.
<p>En cas d'affections ouvrant droit au congé pour infirmités de guerre</p>		<p>La commission de réforme se prononce sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la réalité des infirmités invoquées, - l'imputabilité du congé à ces infirmités, - le caractère provisoire ou définitif de l'inaptitude constatée, - la durée du congé pouvant être accordée en cas d'inaptitude provisoire.
<p>L'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité. (A.T.I)</p>	<p>1^{ère} attribution : Taux d'invalidité à partir de 1% pour les MP</p>	La commission vérifie la réalité des infirmités évoquées, leur imputabilité au service et fixe un taux d'invalidité.
	<p>1^{ère} 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>	La commission est saisie pour fixer un nouveau taux d'invalidité.
	<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>	La commission vérifie la réalité des infirmités évoquées, leur imputabilité au service et fixe un taux d'invalidité.

La retraite pour invalidité	Résultant du service	<p>La commission se prononce sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'existence effective des infirmités, - les conséquences de ces infirmités sur l'exercice des fonctions, - la préexistence d'infirmités à la titularisation, - le lien éventuel avec les infirmités apparues après la titularisation, - l'imputabilité des infirmités aux fonctions, - 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, - le taux d'invalidité.
	Ne résultant pas du service	
<p>L'attribution d'une allocation d'invalidité temporaire (AIT)</p> <p>L'agent ne peut reprendre ses fonctions, ni être admis à la retraite et s'il est atteint d'une maladie réduisant au moins de deux tiers sa capacité de travail ou de gain</p> <p>Pathologies concernées : accident de vie privée, maladie ordinaire, congé de longue maladie, congé de longue durée</p>		<p>La commission de réforme est chargée d'apprécier l'état d'invalidité de l'agent et de le classer dans un des groupes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe I : invalide capable d'exercer une activité rémunérée, - Groupe II : invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque, - Groupe III : invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession, est en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.
<p>La majoration spéciale pour tierce personne</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 commission de réforme émet un avis sur la nécessité du recours à l'assistance d'une tierce personne.</p>
<p>La réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité</p>		<p>La commission apprécie l'aptitude de l'agent à reprendre ses fonctions.</p>
<p>L'octroi d'un congé de longue durée en cas de maladie contractée en service</p>		<p>La commission de réforme donne son avis sur l'imputabilité au service de l'affection ouvrant droit au congé de longue durée.</p>
<p>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)</p>		<p>L'avis de la commission de réforme 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>L'entrée en jouissance immédiate de la pension concédée au fonctionnaire</p>		<p>La commission doit se prononcer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur l'invalidité de l'enfant ou du conjoint du fonctionnaire, - sur l'invalidité du fonctionnaire qui l'empêcherait d'exercer une profession quelconque.
<p>La demande de pension d'orphelin infirme</p>		<p>La commission 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 COMMISSION DE REFORME

Monsieur le Président de la commission de réforme

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 de prévention.....
Service de médecine préventive.....

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,
- Imputabilité au service d'une affection relevant d'un congé de longue durée en vue de l'attribution d'une prolongation,
- 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,
- Aptitude de l'agent au terme d'une année consécutive d'arrêt de travail suite à un accident de service ou une maladie contractée dans l'exercice des fonctions,
- Octroi d'un temps partiel thérapeutique ou d'une prolongation de temps partiel thérapeutique,
- 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'une allocation d'invalidité temporaire,
- Placement en disponibilité d'office ou sur le dernier renouvellement de la disponibilité d'office,
- Attribution d'un congé pour infirmités 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 AT/MP – Déclaration établie le : __/__/__

COLLECTIVITE : _____ **TELEPHONE :** _____
 _____ **DOSSIER SUIVI PAR :** _____
 _____ **CONTACT MAIL :** _____

LA VICTIME

NOM :	PRENOM :	DATE DE NAISSANCE :
NOM PATRONYMIQUE :		LATERALITE DE L'AGENT : <input type="checkbox"/> DROITIER <input type="checkbox"/> GAUCHER
N° SECURITE SOCIALE :		
AGENT AFFILIÉ À LA C.N.R.A.C.L. SOUS LE NUMÉRO :		
STATUT <input type="checkbox"/> TITULAIRE ± 28 H <input type="checkbox"/> STAGIAIRE ± 28 H DATE D'EMBAUCHE : __/__/____ DATE DE TITULARISATION : __/__/____	CATEGORIE : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	FILIERE <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVE <input type="checkbox"/> SECURITE <input type="checkbox"/> ANIMATION <input type="checkbox"/> SPORTIVE <input type="checkbox"/> CULTURELLE <input type="checkbox"/> TECHNIQUE <input type="checkbox"/> MEDICO-SOCIALE <input type="checkbox"/> AUTRE :
GRADE : _____	FONCTION EXERCEE : _____	
NOMBRE D'HEURES HEBDOMADAIRE : ___ H ___		

L'ACCIDENT

DATE DE L'ACCIDENT : __/__/____ **JOUR :** _____ A ___ h ___
RECHUTE LE : __/__/____

TYPE D'ACCIDENT	SANS ARRET	AVEC ARRET	NOMBRE DE JOURS D'ARRET : _____ JOURS
ACCIDENT DE SERVICE :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Du __/__/____ au __/__/____
ACCIDENT DE TRAJET : (JOINDRE LE PLAN DU TRAJET)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des soins ont-ils été dispensés à la victime ?
MALADIE PROFESSIONNELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
C.L.D. IMPUTABLE AU SERVICE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DECES SUITE A A.T.	<input type="checkbox"/>		

L'AGENT A T-IL DEJA ETE VICTIME D'UN ACCIDENT DE SERVICE

DANS VOTRE COLLECTIVITE OUI NON

DANS UN PRECEDENT EMPLOI PUBLIC OUI NON **OU** PRECEDENT EMPLOI PRIVE OUI NON

Date de l'accident	Lieu de l'accident	Cause de l'accident et nature des séquelles	Taux I.P.P.

En cas d'accident de trajet uniquement (joindre le plan du trajet)

- ⇒ L'accident est-il survenu sur le trajet habituel : oui non
- ⇒ Durée nécessaire habituelle pour parcourir ce trajet :
- ⇒ Le trajet a-t-il été :
 - détourné oui non
 - interrompu oui non

Si oui, pour quel motif

- ⇒ L'accident est-il survenu :
 - Pendant l'interruption du trajet : oui non
 - APRES l'interruption du trajet : oui non
- ⇒ Un constat amiable a-t-il été établi ? OUI NON
- ⇒ Un constat de police ou un rapport de gendarmerie a-t-il été établi ? oui non

[(joindre document(s))]

En cas de maladie contractée ou aggravée en service / maladie professionnelle (ne remplir que cette partie)

N° du tableau : _____
(en cas de maladie professionnelle)

Désignation de la maladie : _____
(en cas de maladie contractée en service hors tableaux de maladie professionnelle)

Date du 1^{er} diagnostic de la maladie : _____
(joindre certificat correspondant)

Description précise des substances utilisées habituellement par l'agent (nom et composition), ayant entraîné la maladie :

Description précise des travaux habituels, effectués à l'époque où a été contractée la maladie visée au tableau, en mettant en évidence les gestes susceptibles de la provoquer :

Description du risque auquel l'agent a été exposé de par ses fonctions :

Période d'exposition du risque :

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT :**Lieu précis de l'accident :****Horaire de travail le jour de l'accident :**
 Matin : de ___ H ___ à ___ H ___
 Après-midi : de ___ H ___ à ___ H ___

 Heures habituelles OUI NON
 Lieu habituel OUI NON
 Travail exceptionnel OUI NON
Tâche effectuée par la victime au moment des faits :

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Travail administratif
2 <input type="checkbox"/> Formation
3 <input type="checkbox"/> Accueil / surveillance, act. scolaire et périscolaire
4 <input type="checkbox"/> Restauration collective
5 <input type="checkbox"/> Nettoyage des locaux
6 <input type="checkbox"/> Maintenance des locaux
7 <input type="checkbox"/> Maintenance et réparation du matériel
8 <input type="checkbox"/> Entretien des espaces verts et de l'environnement
9 <input type="checkbox"/> Chantier de bâtiment
10 <input type="checkbox"/> Travail sur la voirie
11 <input type="checkbox"/> Circulation et transport
12 <input type="checkbox"/> Transport, lavage et stockage du linge | 13 <input type="checkbox"/> Collecte et traitement des ordures ménagères
14 <input type="checkbox"/> Traitement des eaux / réseau d'assainissement
15 <input type="checkbox"/> Intervention à domicile
16 <input type="checkbox"/> Incendie, secours et autre intervention
17 <input type="checkbox"/> Entretien physique et sportif
18 <input type="checkbox"/> Activité funéraire
19 <input type="checkbox"/> Acte de soin, thérapeutique, et diagnostique
20 <input type="checkbox"/> Rééducation et kinésithérapie
21 <input type="checkbox"/> Hygiène du malade
22 <input type="checkbox"/> Mobilisation et transfert d'un individu
23 <input type="checkbox"/> Préparation et substance chimique et toxique
24 <input type="checkbox"/> Tâche de laboratoire
25 <input type="checkbox"/> Autres |
|--|---|

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT : (DETAILS, CROQUIS, ELEMENTS EN CAUSE, CONDITIONS EXCEPTIONNELLES ...)

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON

Si oui, nom et adresse du tiers responsable :

Nom et adresse de sa compagnie d'assurance :

SIÈGE DES LÉSIONS*

-
- A**
- Tête
-
-
- Crâne
-
- Face
-
- Dents
-
- Bouche
-
- Nez
-
-
- B**
- Yeux (D/G)**
-
-
- C**
-
-
- Cou
-
- Colonne vertébrale
-
-
- Dos (sauf colonne)
-
- Région lombaire
-
-
- D**
-
-
- Thorax
-
- Seins
-
-
- E**
-
-
- Abdomen
-
- Bassin
-
-
- F**
-
- Epaule
-
- Bras
-
- coude
-
- (D/G) (D/G) (D/G)
-
-
- G**
-
-
- Avant-bras (D/G)
-
- Poignet (D/G)
-
-
- H**
- Main (D/G)
-
- Paume
-
- Dos
-
-
- Pouce
-
- Index
-
- Autres Doigts
-
-
- I**
-
-
- Hanche (D/G)
-
- Cuisse (D/G)
-
-
- J**
-
-
- Genou
-
- Jambe
-
- Cheville
-
- (D/G) (D/G) (D/G)
-
-
- K**
-
-
- Pied (D/G)
-
- Orteils
-
- Talon
-
-
- Plante
-
- Dessus
-
-
- L**
- Organes génitaux
-
-
- M**
- Sièges multiples
-
-
- N**
- Autres : _____

NATURE DES LÉSIONS*

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Contusion, hématome, douleur | 3 <input type="checkbox"/> Plaie(s) |
| 2 <input type="checkbox"/> Piqûre, griffure, morsure | 4 <input type="checkbox"/> Entorse, luxation |
| 5 <input type="checkbox"/> lumbago | 6 <input type="checkbox"/> Sciatique, hernie discale ou tassement vertébral |
| 7 <input type="checkbox"/> Lésion musculaire, tendineuse, hernie, éventration | 8 <input type="checkbox"/> Réaction allergique, cutanée ou muqueuse |
| 9 <input type="checkbox"/> Fracture, fêlure | 10 <input type="checkbox"/> Lésion nerveuse |
| 11 <input type="checkbox"/> Lésion interne | 12 <input type="checkbox"/> Corps étranger : lequel : _____ |
| 13 <input type="checkbox"/> Brûlure, gelure, électrocution | 14 <input type="checkbox"/> Ecrasement, amputation |
| 15 <input type="checkbox"/> Intoxication | 16 <input type="checkbox"/> Asphyxie, noyade |
| 17 <input type="checkbox"/> Polytraumatisme | 18 <input type="checkbox"/> Malaise avec perte de connaissance |
| 19 <input type="checkbox"/> Malaise sans perte de connaissance | 20 <input type="checkbox"/> Trouble psychologique |
| 21 <input type="checkbox"/> Trouble sensoriel | 22 <input type="checkbox"/> Tendinite, arthrite |
| 23 <input type="checkbox"/> Infection | 24 <input type="checkbox"/> Autre lésion médicale : _____ |

ACCIDENT DE SERVICE

à remplir par l'agent accidenté

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

Nom de jeune fille :

Né(e) le :

Grade :

Service :

Demeurant (adresse complète) :

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

Déclare avoir été victime d'un accident :

- Accident de trajet Accident de service Maladie imputable au 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 de l'agent accidenté :

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 :

RAPPORT HIERARCHIQUE

- Nom d'usage : _____ Nom patronymique : _____
- Prénom : _____
- N° de Sécurité sociale + clé : _____
- N° d'affiliation CNRACL agent : _____
- Grade : _____
- Métier exercé : _____
- Service : _____
- Date de l'accident : _____
- Heure de l'accident : _____
- Lieu de l'accident : _____
- Horaires le jour de l'accident : _____
- Circonstances précises et détaillées de l'accident : _____

- Nature et siège des blessures :
Joindre le certificat initial

- Témoins :

Nom : _____ Prénom : _____

Joindre les déclarations des témoins, datées et signées

- Tiers en cause :

Nom : _____ Prénom : _____

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE TRAJET :

- Nature du trajet :
Joindre le plan du trajet
- Moyen de locomotion : _____

S'IL S'AGIT D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE :

- Tableau N° : _____
- Date du certificat médical initial : _____
- Description précise des substances ayant entraîné la maladie : _____

- Fonctions exactes occupées par l'agent à l'époque où il a contracté la maladie : _____
- Période(s) d'exposition au risque : _____
- Lieu d'exposition : _____

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations.

A _____ le _____

A _____ le _____

Signature de l'agent :

Signature et cachet du responsable du service :