



COMITÉ MÉDICAL

Formulaire de saisine

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT			
Nom de naissance	.....	Nom d'épouse	.....
Prénom	.....	Boîte et code postal	.....
Adresse géographique	.....	Date de naissance (Âge)	.....
Téléphone	.....	Courriel	.....
SITUATION ADMINISTRATIVE			
Catégorie	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Grade	.....	Stagiaire/Titulaire/Contractuel	.....
Spécialité	<input type="checkbox"/> Administrative	<input type="checkbox"/> Technique	<input type="checkbox"/> Sécurité publique <input type="checkbox"/> Sécurité civile
	Pour la spécialité « Technique », précisez le domaine		<input type="checkbox"/> Bâtiment <input type="checkbox"/> Restauration collective
			<input type="checkbox"/> Environnement <input type="checkbox"/> Systèmes d'informations
Temps de travail	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel : % <input type="checkbox"/> Temps non complet : ... heures		
POSITION ADMINISTRATIVE			
Date d'entrée dans la collectivité ou recrutement	.....	Date de titularisation	.....
<i>Préciser la position actuelle de l'agent (exemple : en activité, en congé et quel type, en disponibilité et quel type, etc...)</i>			
IDENTIFICATION DU POSTE OCCUPÉ PAR L'AGENT			
DESCRIPTIF DES FONCTIONS EXERCÉES			
<i>Préciser la fonction, les missions, les particularités du poste (horaires de travail, week-end, heures de nuit) et les risques professionnels liés à l'activité (port de charge, posture, conduite engin, manipulation de produit chimique, etc...)</i>			
ARRETS DE TRAVAIL ET PROLONGATIONS D'ARRETS DE TRAVAIL			
<i>Les volets CPS que vous nous adressez sont souvent illisibles. Aussi, veuillez préciser les dates d'arrêt de travail et de prolongation d'arrêts de travail pour l'ensemble des avis d'arrêt et de prolongation joints.</i> <i>Du/...../..... au/...../.....; Du/...../..... au/...../.....; Du/...../..... au/...../.....;</i>			

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA COLLECTIVITÉ			
Collectivité	.....	
Adresse géographique	.....	Code et boîte postale	.....
RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE EN CHARGE DU SUIVI DU DOSSIER			
Prénom et nom	.....	Qualité	.....
Téléphone	.....	Courriel	.....
RENSEIGNEMENTS DU SERVICE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE			
Nom de l'organisme	.....	Code et boîte postale	.....
Prénom et nom du médecin	.....	
Adresse géographique	.....	
Téléphone	.....	Courriel	.....
Date et signature de l'agent :		Date et signature de l'autorité de nomination :	

CADRE RÉSERVÉ AU SECRÉTARIAT DU COMITÉ MÉDICAL		
(à remplir par le CGF)		
Accusé de réception	Pièces manquantes et date de relance	
	Date de séance	

Les données à caractère personnel collectées par le CGF directement auprès de vous font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour finalité la gestion des dossiers de candidature à un concours ou un examen professionnel, ainsi que pour l'accomplissement des missions du service public du CGF. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez, après justification de votre identité, des droits suivants sur vos données : **droits d'accès, droit de rectification, droit d'opposition**. Pour exercer ces droits ou pour toute question, veuillez contacter la direction du Statut, des carrières et de l'emploi communal aux adresses suivantes : concours@cgf.pf et dpo@cgf.pf. La Commission nationale informatique et libertés (CNIL) peut être saisie si vous estimez que vos droits sur vos données ne sont pas respectés.



MOTIF(S) DE SAISINE		Attribution	Renouvellement
<i>Fonctionnaire stagiaire</i>	Congé sans traitement après épuisement des droits aux congés maladie (art 26 al 3 décret n° 2011-1040)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Licenciement en cas d'impossibilité définitive et absolue de reprendre le travail après la fin de son congé de maladie ordinaire, de longue maladie, de longue durée payé ou non payé en cas d'inaptitude physique pour reprendre son travail (art 27 décret n° 2011-1040)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Autre :		
<i>Fonctionnaire titulaire</i>	Congé de longue maladie (art 54, 3° ordo n° 2005-10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Congé de longue durée (art 54, 4° ordo n° 2005-10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disponibilité d'office à l'expiration d'un congé de longue maladie ou de longue durée (art 67, al 1, décret n° 2011-1040)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reprise des fonctions à l'issue d'une mise en disponibilité d'office engendrant un renouvellement d'une disponibilité d'office à l'expiration de la troisième année de disponibilité (art 67, al 3, décret n° 2011-1040)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Recours (de l'agent lui seul) dû aux modalités d' aménagement des conditions de travail ou de reclassement proposé par la médecine professionnelle (art 102 al 3 et 4 décret n° 2011-1040)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reclassement pour inaptitude physique après saisine préalable de la CAP et si octroi d'un congé de maladie (art 121, al 2, décret n° 2011-1040)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Détachement dans un emploi d'un autre cadre d'emplois suite à un état physique ne permettant l'exercice des fonctions correspondant aux emplois du grade actuel (art 122, décret n° 2011-1040)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptation des règles de déroulement des concours, des examens professionnels ou des procédures de recrutement en fonction de l'invalidité de l'agent ayant fait l'objet d'un reclassement (art 123, décret n° 2011-1040)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temps partiel thérapeutique en cas de discordance entre le médecin traitant et la médecine professionnelle (art 54, 4° bis, ordo 2005-10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre :			
<i>Fonctionnaire contractuel</i>	Congé de longue maladie (art 14, al 3, décret n° 2011-1552)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le licenciement pour incapacité de travail permanente (art 17, 1°, décret n° 2011-1552), inapte définitivement pour raison de santé (art 19, 3 et 4 al, décret n° 2011-1552)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Autre :		

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR SELON LE CAS DE SAISINE

DOCUMENTS OBLIGATOIRES* POUR TOUTES SAISINES

- Formulaire de saisine signé et daté
- Etat récapitulatif des arrêts de travail et de la rémunération (* Sauf en cas de Temps partiel thérapeutique ou de Réintégration)

DOCUMENTS À FOURNIR SELON LE CAS DE SAISINE

ATTRIBUTION DU CLM ETCLD

- Demande écrite de l'agent sollicitant l'octroi du congé demandé
- Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'état de santé de l'agent est susceptible de bénéficier du congé demandé
- Certificat détaillé du médecin traitant décrivant précisément l'état de santé de l'agent et la pathologie dont il est atteint, adressé **sous pli confidentiel** au comité médical
- Tous les documents médicaux en possession de l'agent relatifs à la pathologie, adressés **sous pli confidentiel** au comité médical (comptes rendus opératoires, avis de spécialiste, certificats d'hospitalisation, ...)
- Copie de l'ensemble des arrêts de travail et prolongations
- La fiche de poste de l'agent

RENOUVELLEMENT DU CLM ET CLD

- Demande écrite de l'agent sollicitant le renouvellement du congé déjà octroyé
- Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'état de santé de l'agent justifie le renouvellement du congé déjà octroyé
- Certificat détaillé du médecin traitant décrivant précisément l'évolution de l'état de santé de l'agent et la durée de la prolongation de l'arrêt de travail prévisible, adressé **sous pli confidentiel** au comité médical
- Tous les documents médicaux nouveaux et non encore transmis au comité médical, en possession de l'agent adressés **sous pli confidentiel** (comptes rendus opératoires, avis de spécialiste, certificats d'hospitalisation, ...)
- Copie de l'ensemble des prolongations d'arrêt de travail depuis la dernière prolongation transmise
- La fiche de poste de l'agent

LA MISE EN DISPONIBILITÉ D'OFFICE ET SON RENOUVELLEMENT

- Le récapitulatif des congés déjà obtenus
- Demande écrite de l'agent sollicitant la mise en disponibilité d'office ou son renouvellement
- Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'état de santé de l'agent justifie la mise en disponibilité d'office pour raisons médicales
- Certificat médical détaillé du médecin traitant décrivant précisément l'état de santé de l'agent justifiant la mise en disponibilité d'office pour raisons médicales, adressé **sous pli confidentiel** au comité médical
- Copie de l'ensemble des arrêts de travail et prolongations (*pour l'attribution*)
- Copie de l'ensemble des prolongations d'arrêt de travail depuis la dernière prolongation transmise (*pour le renouvellement*)
- La fiche de poste de l'agent

LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

- Demande écrite de l'agent sollicitant son reclassement professionnel
- Certificat médical du médecin traitant mentionnant l'inaptitude aux fonctions de l'agent et justifiant le reclassement professionnel
- Certificat médical détaillé du médecin traitant spécifiant précisément que l'état de santé le rend inapte à ses fonctions, et justifiant le reclassement professionnel, adressé **sous pli confidentiel** au comité médical
- Tous les documents médicaux, en possession de l'agent, adressés **sous pli confidentiel** au comité médical (comptes rendus opératoires, avis de spécialiste, certificats d'hospitalisation, ...)
- Rapport détaillé du médecin du service de la médecine professionnelle précisant que l'état de santé de l'agent justifie le reclassement professionnel
- Fiche de poste actuelle décrivant les tâches exécutées
- Fiche de poste du nouvel emploi proposé mentionnant les tâches envisagées

**TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE ET SON RENOUVELLEMENT –
CONSULTATION DU COMITE MEDICAL POUR AVIS DISCORDANT**

- Demande écrite de l'agent sollicitant le temps partiel thérapeutique ou son renouvellement
- Certificat médical du médecin traitant rendant un avis sur les capacités de l'agent à exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique au regard des deux critères fixés par la loi, se prononçant, d'une part, sur la quotité de temps de travail compatible avec l'état de santé de l'agent, et d'autre part, sur la durée du temps partiel thérapeutique
- Avis du médecin agréé de la fonction publique des communes, des groupements de communes et de leurs établissements publics administratifs rendant un avis sur les capacités de l'agent à exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique au regard des deux critères fixés par la loi, se prononçant, d'une part, sur la quotité de temps de travail compatible avec l'état de santé de l'agent, et d'autre part, sur la durée du temps partiel thérapeutique

**REINTEGRATION A L'ISSUE D'UN CONGE DE LONGUE MALADIE OU CONGE DE
LONGUE DUREE**

- Demande écrite de l'agent sollicitant sa réintégration
- Examen d'aptitude médical spécifiant que : « l'état de santé de l'agent lui permet de reprendre ses fonctions »

MODALITÉS DE SAISINE

Le dossier est à adresser au CGF Immeuble Ia ora na, 3ème étage, Mama'o – Papeete, Avenue Georges Clémenceau

- dépôt sous enveloppe
- ou par voie postale à l'adresse suivante :

**Centre de Gestion et de Formation
Direction du Statut
Secrétariat du comité médical
B.P. 40 267 – 98 713 Fare Tony**

- ou par courriel à l'adresse suivante : **instances@cgf.pf**

Afin de veiller à la confidentialité des informations, le dossier de saisine doit être transmis sous double enveloppe.

Les pièces qui doivent y figurer sont les suivantes :

1^{ère} enveloppe :

À l'attention du secrétariat du comité médical

- le formulaire de saisine,
- le cas échéant, le courrier de l'autorité de nomination,
- les documents cités en fonction de la demande.

2^{ème} enveloppe (à insérer, fermée dans l'enveloppe n°1) :

À l'attention de Madame la Présidente du comité médical
« Pli confidentiel – Ne pas ouvrir » - *Identité de l'agent*

- le rapport détaillé du médecin traitant et/ou du spécialiste décrivant précisément l'état de santé et la pathologie dont est atteint l'agent,
- Toutes pièces nécessaires à la compréhension de la pathologie de l'agent.

Toute demande de saisine incomplète et sans pièce médicale sera automatiquement mise en instance.

Composition du comité médical :

Qualité	Titulaires	Suppléants
Médecin libéral généraliste	M. Jean- Marie RAULT Président	Mme Solene NAUTA
Médecin-conseil de Caisse de Prévoyance sociale	Mme Ophélie PIEROTTI	M. Tuterai TUMAHAI
Médecin du travail - CPME	M. Charles-Antoine VERWAERDE	Mme Laurence BOURGEON

Suite à donner après le passage devant le comité médical

Transmettre la décision administrative (arrêté) de placement de l'agent concerné.

En cas de décision contraire à l'avis du comité médical, l'autorité de nomination doit informer le secrétariat du comité médical de sa décision (réf. article 11, alinéa 4 de l'arrêté n° 1110 DIPAC du 5 juillet 2012 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de la médecine professionnelle, du comité médical et de la commission de réforme).