

# AGIR POUR PRÉVENIR

LES TMS : DE LA PRÉVENTION À LA GESTION



Jeudi 9 novembre 2023

# Au programme

## DEUXIÈME PARTIE DE JOURNÉE

### ◦ Différentes interventions

- MNT (actualités MNT, conventions)
- CIMETH (RQTH, sensibilisation au handicap...)
- Le service assurance des risques statutaires et le conseil médical
- Le pôle emploi et mobilité
- Le service retraite
- Le pôle gestion des ressources humaines

### ◦ Questions/réponses

**CIMETH**

# Points abordés

## **HANDI'QUIZZ**

### **DÉFINITION DU TRAVAILLEUR HANDICAPÉ**

- Les Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi (BOE)
- Justificatifs

### **Différencier le handicap de l'invalidité**

- Définitions
- Les offres de services
- Le rapport final d'Etude de poste





# Handi' QUIZZ



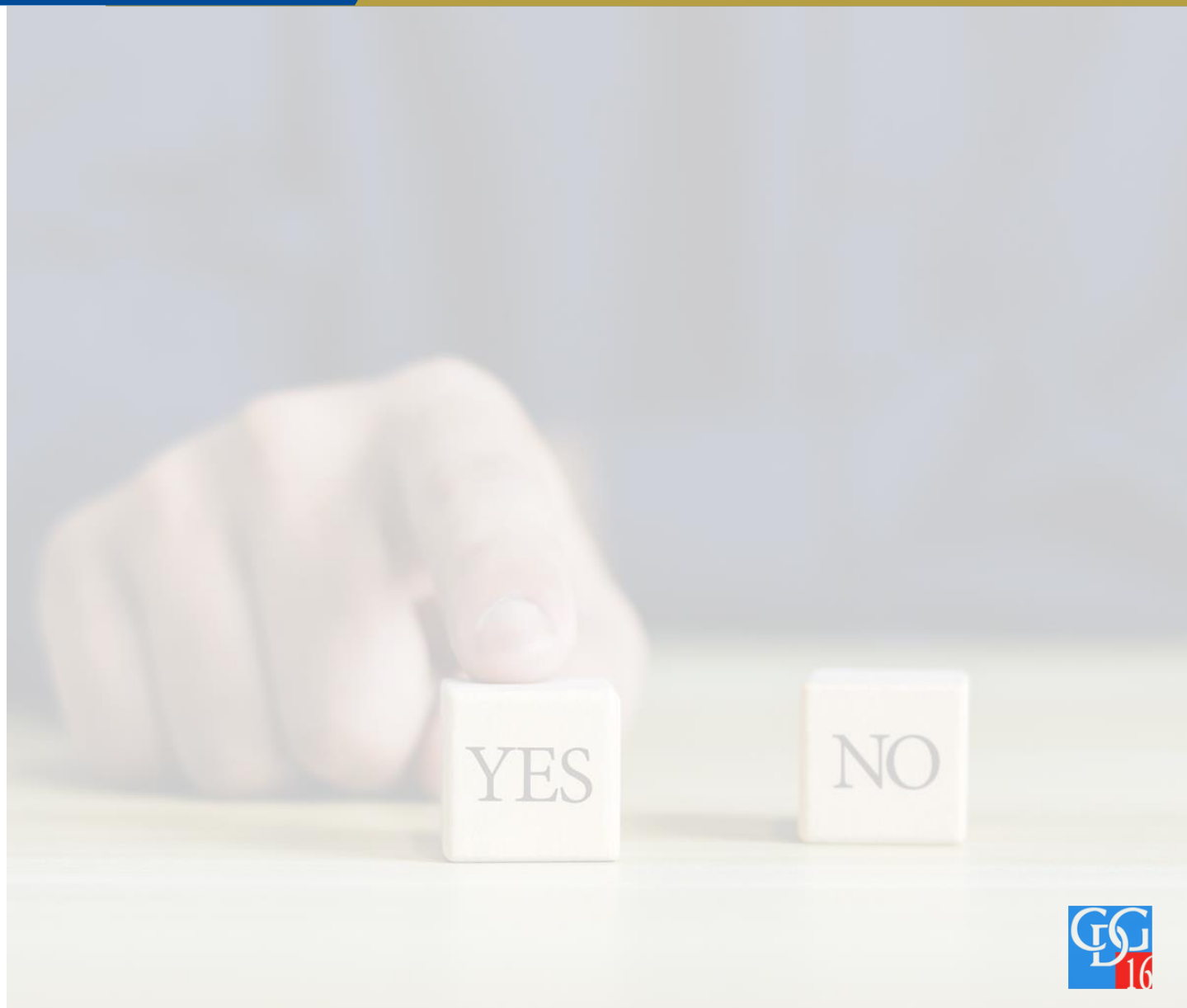
# Les Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi (BOE)

Déclaration d'un sinistre

1. **Travailleurs reconnus handicapés par la CDAPH - RQTH et assimilé**
2. **Bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé - AAH.**
3. **Titulaires d'une carte d'invalidité ou d'une CMI portant la mention « Invalidité »**
4. **Titulaires d'une Allocation Temporaire d'Invalidité - ATI**
5. **Titulaires d'une rente d'invalidité avec une incapacité au moins égale à 10 %**
6. **Titulaires d'une pension d'invalidité (1,2 et3)**
7. **Sapeurs-pompiers volontaires titulaires d'une rente ou d'une allocation d'invalidité**
8. **Agents recrutés sur un emploi réservé**
9. **Agents ayant fait l'objet d'une décision de reclassement**
10. **Agents ayant fait l'objet d'un placement en Période de Préparation au Reclassement - PPR**



Selon vous, les justificatifs  
suivants  
sont-ils valables ?





Affaire suivie par : Vanessa LETURCQ  
Ligne directe : 05 16 09 64 06

Bénéficiaire :  
Date de naissance :  
Dossier :

## NOTIFICATION DE DECISION

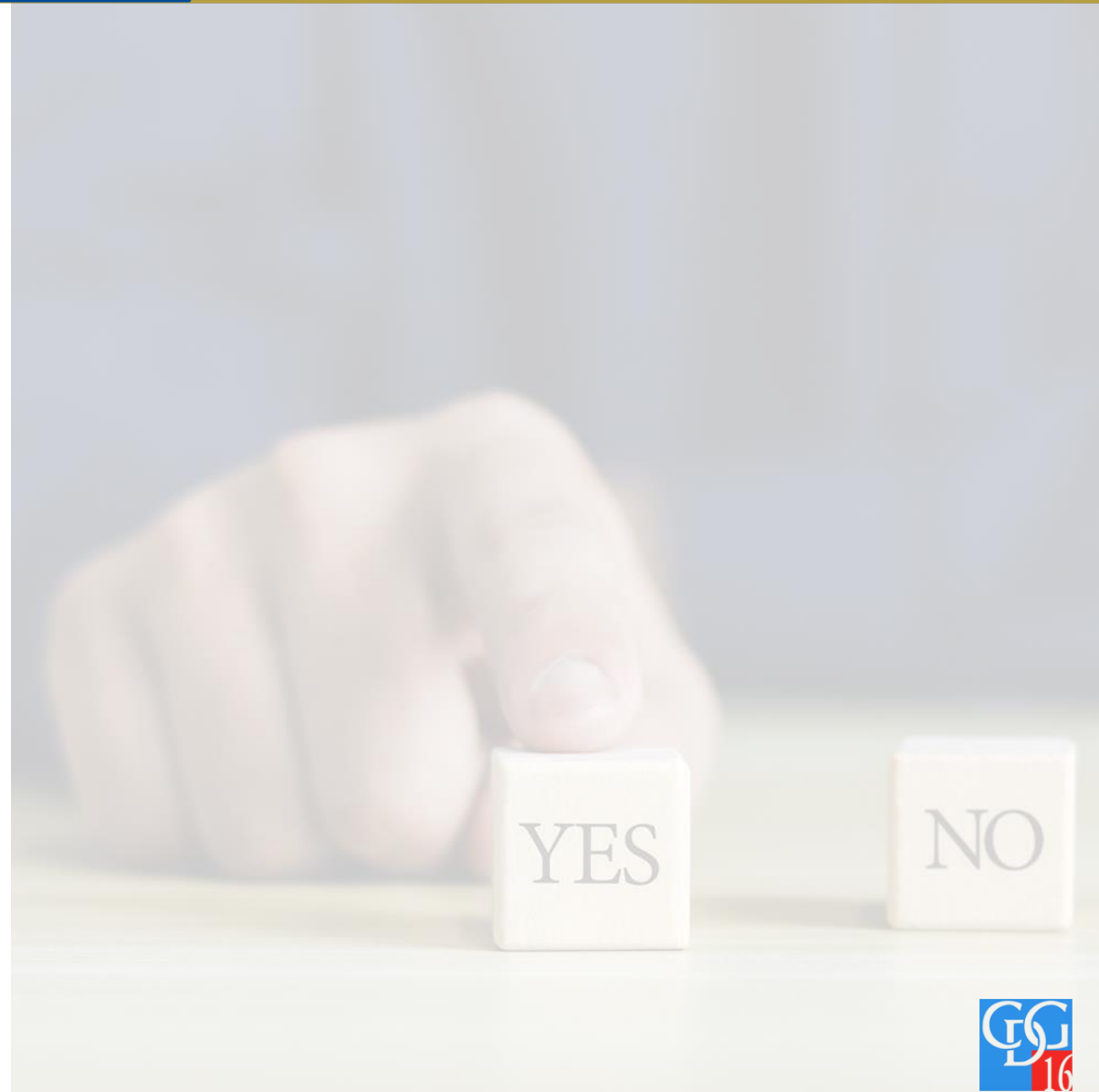
Vu la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et ses décrets d'application  
Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)  
Vu votre demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé en date du 12/09/2018

**La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) réunie le 06/12/2018 décide :**

**Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) pour la période du 06/12/2018 au 30/11/2020 car votre handicap réduit votre capacité de travail.**

Précision(s) : Il vous est conseillé de prendre contact avec votre médecin du travail.

Si vous souhaitez contester cette décision, les voies de recours sont indiquées sur le document joint.





### Notification de la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Tél : 05.49.04.41.30

Volet 1 à remettre à l'intéressé

Référence : 000004

Bénéficiaire :

Né(e) le : 1

N° Allocata :

Date de dé :

Affaire suivie par : Pascal ROSSARD

#### Reconnaissance Travailleur handicapé

Nous vous informons que la commission réunie le jeudi 18 octobre 2018 s'est prononcée :

Elle vous a accordé la **reconnaissance de travailleur handicapé** pour la période du **18/10/2018** au **30/09/2024**, car votre handicap réduit votre possibilité d'obtenir ou de conserver un emploi.

La reconnaissance de travailleur handicapé a pour seul but de vous aider dans vos démarches professionnelles. Elle ne procure aucune aide financière et n'est assujettie à aucun pourcentage d'incapacité ou d'invalidité.

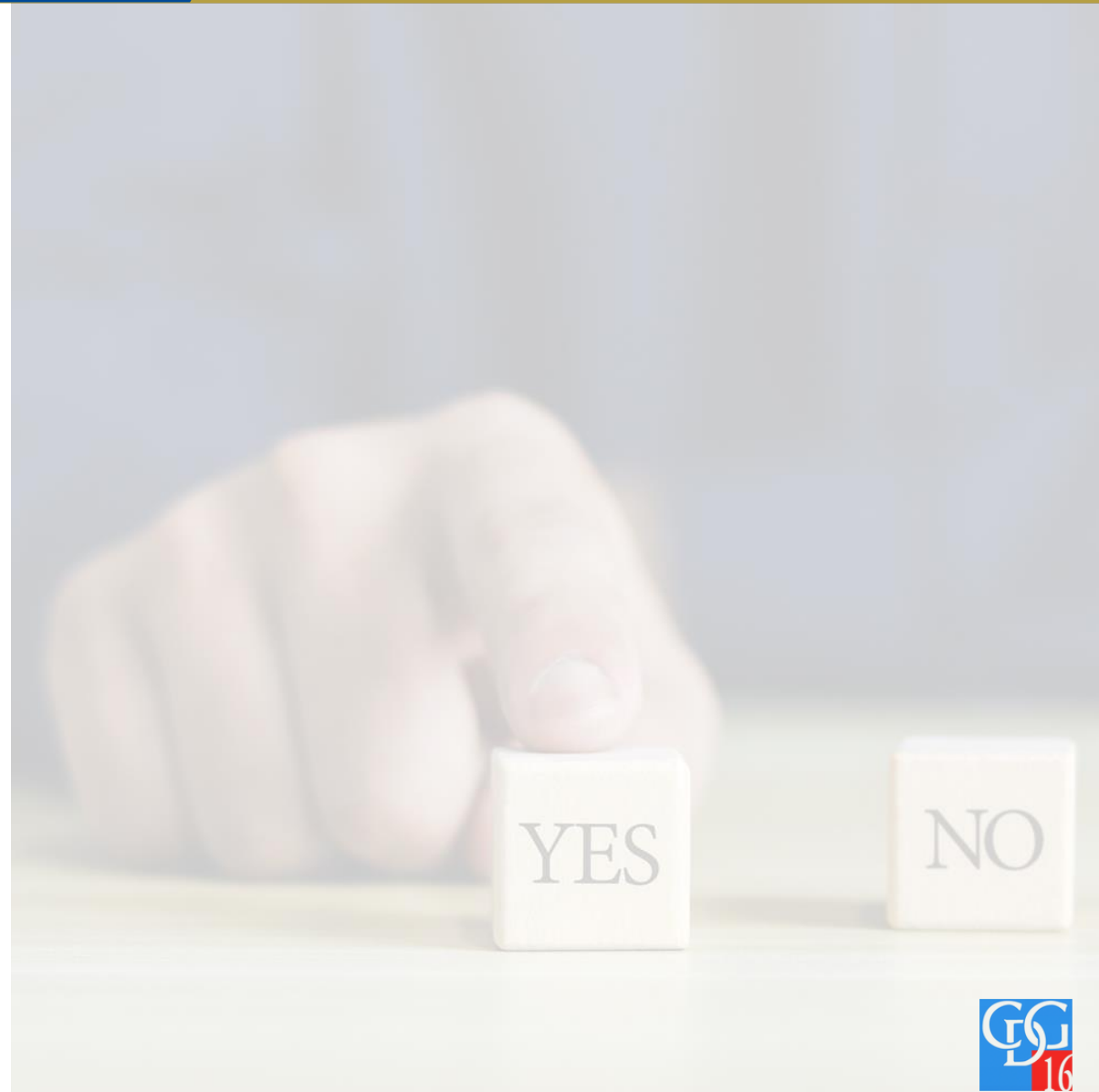
Pour de plus amples informations, le secrétariat de la Maison Départementale des Personnes Handicapées est à votre disposition.

**IMPORTANT** : si vous contestez les décisions prises par la commission, vous pouvez formuler un recours selon les modalités indiquées sur le document joint ou au verso.

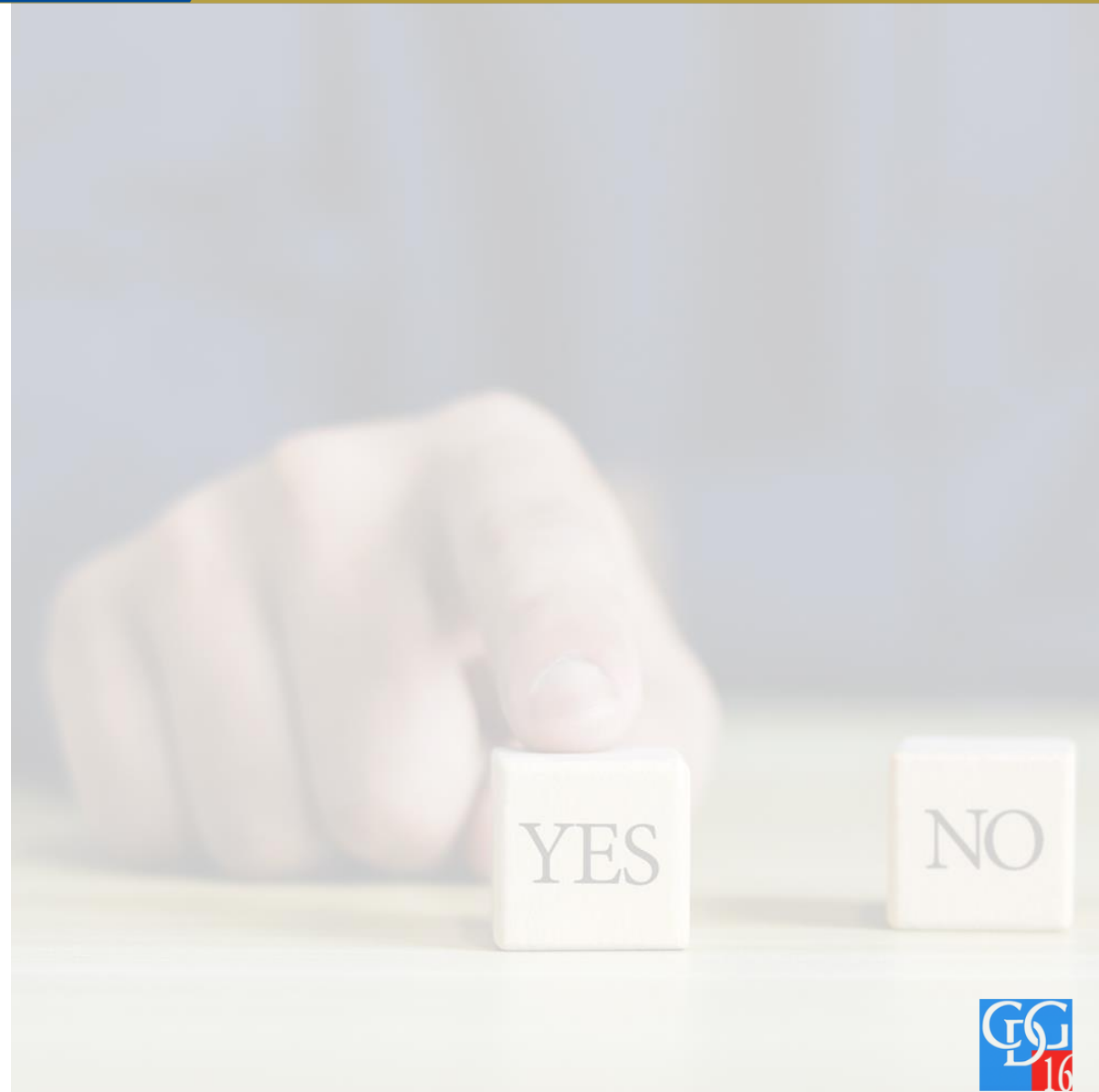
N'oubliez pas de joindre à votre recours une photocopie de la présente notification.

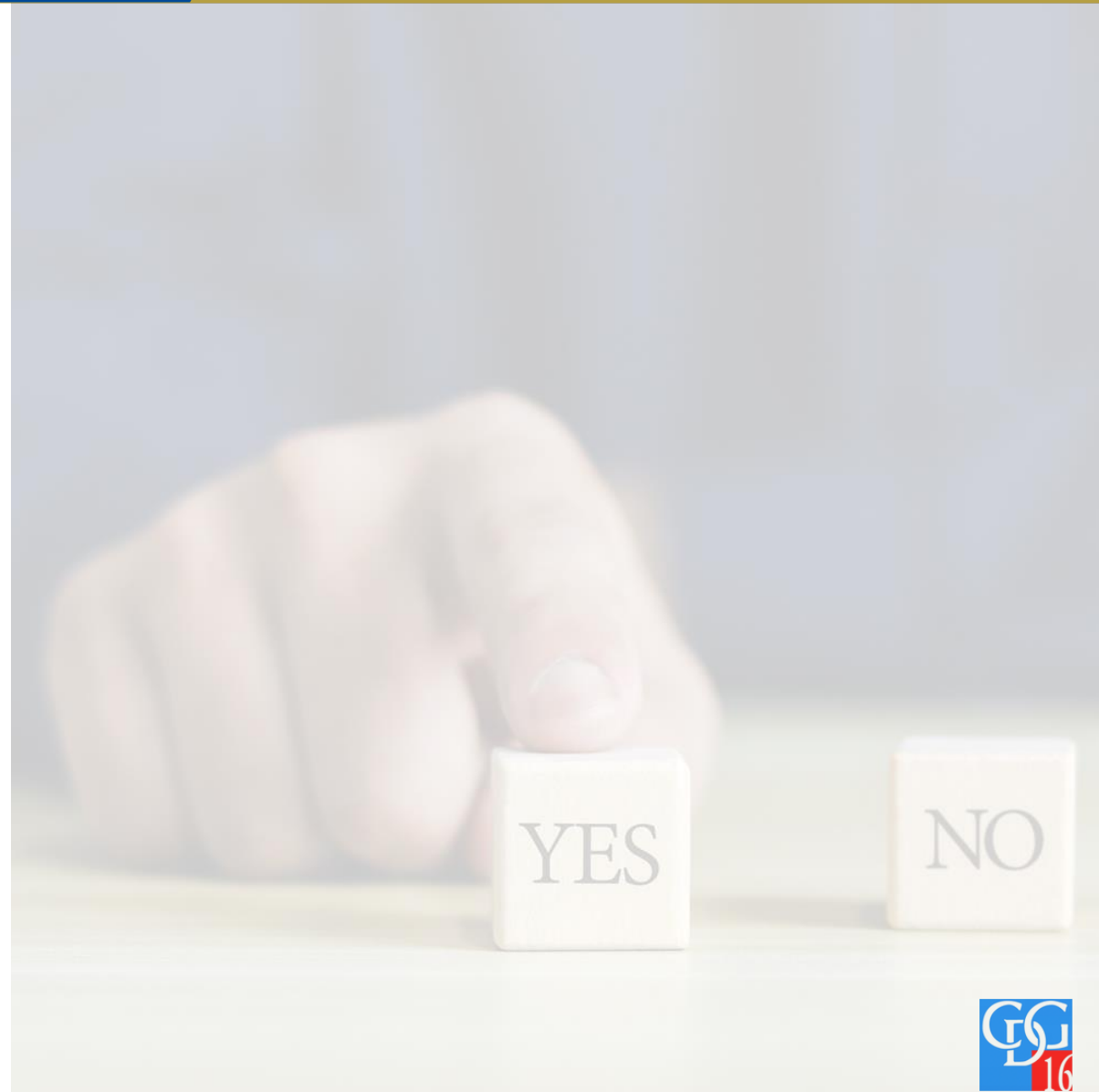
Niort, le 18 octobre 2018

Le Vice-président de la commission des droits et de  
l'autonomie des personnes handicapées









**Fiche d'Aptitude médicale**

le 20/12/2016

Visite a la demande du medecin : changement d'affectation du 20-12-2016

Visite(s) Couplée(s) :

Madame Né(e) le  
Nom de jeune fille :

Entreprise : CH

Service : HJ  
Poste :  
Rythme :  
Grade : A.S.H. Qualifié

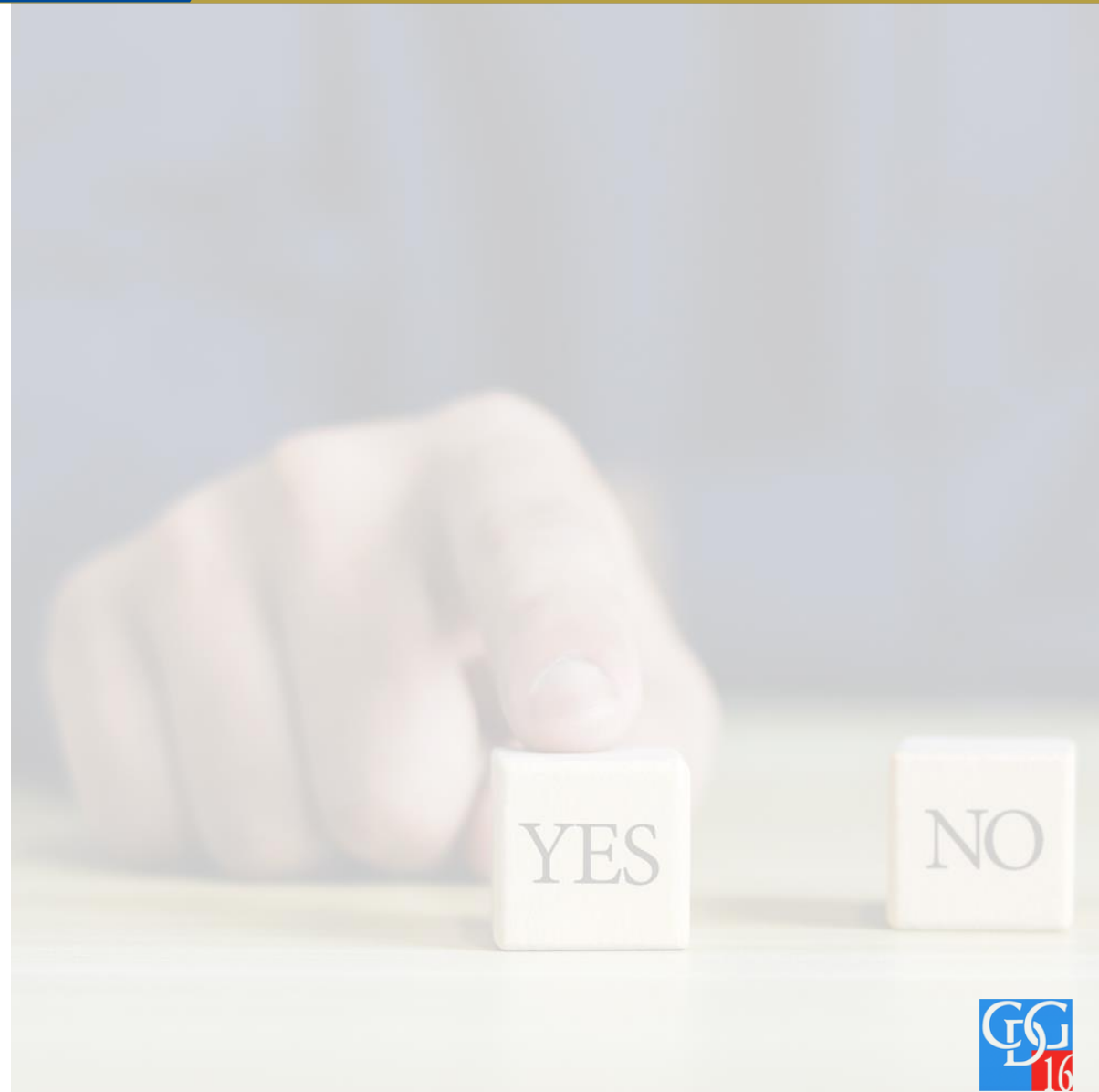
Agent bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée (SMR):  oui  non

**Conclusions :**

Inapte au poste XX  Apte au poste HJ Du 20-12-2016

Commentaire d'aptitude :

voir :



CENTRE HOSPITALIER

Décision n°  
Matricule :  
UF :

**OBJET : décision de changement d'affectation.**

Le Directeur du Centre Hospitalier

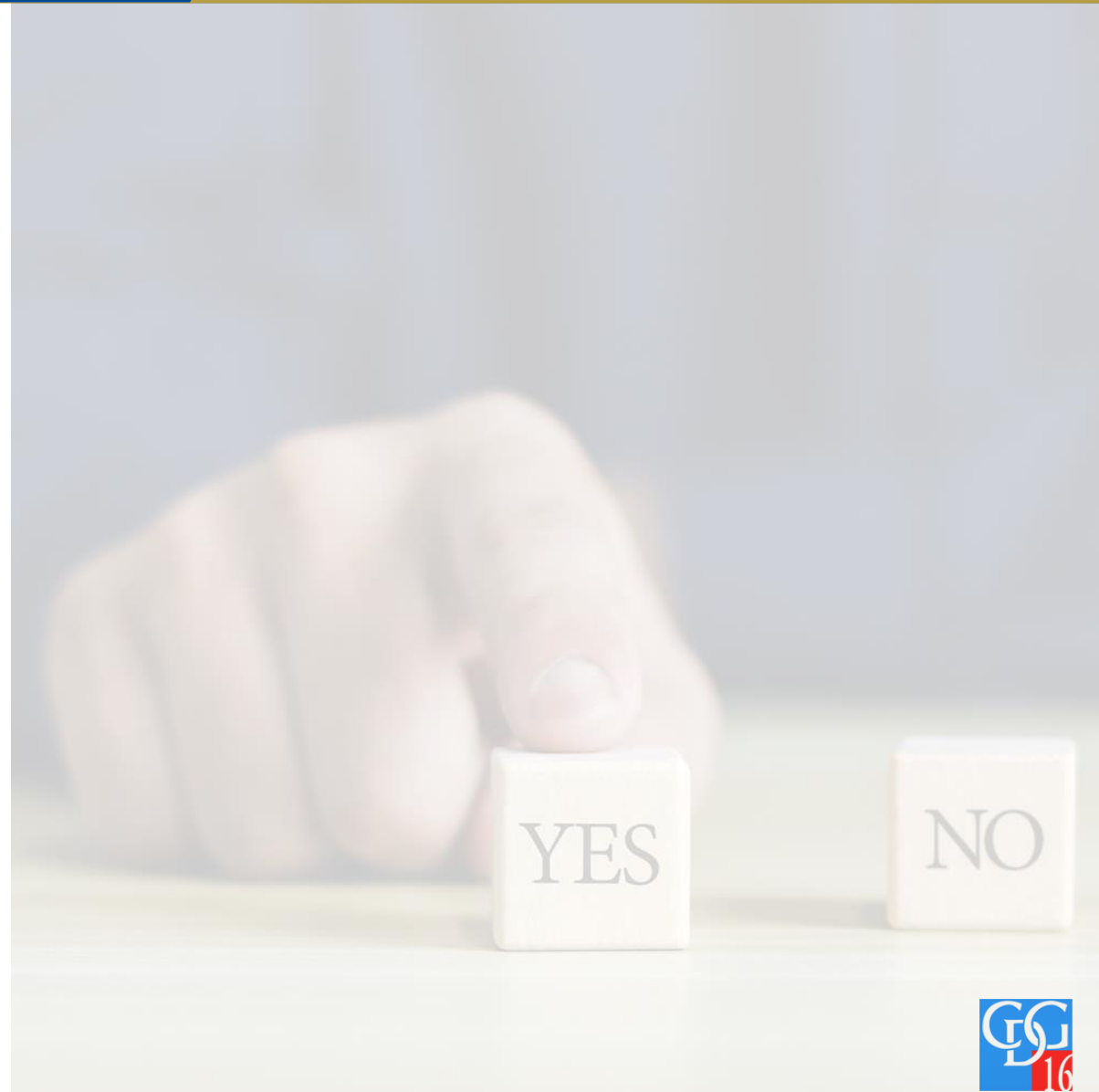
- Vu la Loi 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,
- Vu la Loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière,
- Vu le certificat médical du service santé au travail du 05/12/2016,

**DECIDE**

**Article 1** : Madame \_\_\_\_\_ agent des services hospitaliers qualifiés, sera affectée à 100% de jour au service HJ \_\_\_\_\_ à compter du 01/01/2017.

*(après demande de recours gracieux auprès du Directeur de l'Etablissement, la présente décision est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de \_\_\_\_\_, dans un délai de DEUX MOIS à compter de la date de notification.*

, le 7 décembre 2016







www.cdc.retraites.fr

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ  
DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES

Référence :  
Dossier n° :  
Suivi par : Hamzaoui Madjeriba  
Tél : 05 56 11 48 41 Fax : 05 56 11 40 77  
atiaci@caissedesdepots.fr

Bordeaux, le 25 juin 2014

CERTIFICAT D'ATTRIBUTION  
TENANT LIEU D'ATTESTATION

Loi n° 61-1393 du 20 décembre 1961 (art. 6 modifié)  
Décret n° 63-1346 du 24 décembre 1963 modifié  
Décret n° 2005-442 du 2 mai 2005

Il vient d'être procédé à l'examen de vos droits à allocation temporaire d'invalidité au titre de la révision quinquennale.

Taux rémunéré : 8,00 %      Date d'effet : 15/07/2014

Ce taux est attribué sans limitation de durée sauf nouvel accident, ou demande de votre part formulée au plus tôt cinq ans après la présente révision.

Ce taux d'invalidité deviendra **définitif** à la date de radiation des cadres, sans nouvel examen du dossier, et ne pourra faire l'objet d'une appréciation ultérieure. Il s'ensuit qu'en aucun cas une demande de révision ne sera recevable, à partir de cette date, même s'il y a aggravation de vos infirmités.

**IMPORTANT** : voir au verso.

Le directeur





**CENTRE HOSPITALIER**  
**SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL**

NOM : De 10/11/2018  
Prénom :  
Date de Naissance :  
Poste de travail occupé : AS  
Motif de la visite médicale :

Embauche       A la demande de l'employeur  
 Périodique       A la demande de l'agent  
 Reprise de travail       A la demande du médecin  
 Autre

Conclusion : apte avec restrictions =  
pas de points pendant 6 mois  
Dans 2 jours en COM

A revoir le :  
début Octobre      Docteur : \_\_\_\_\_

**FICHE MUTATION INTERNE**

Service demandeur : DRH  
N° Identifiant :  
(Numéro matricule sans la clé + les initiales du prénom et Nom)  
Nom marital  
Nom de naissance  
Nom usuel  
Prénom  
Service d'origine : URG-ADULTES-ACC  
UF d'affectation principale : Libellé :  
UF d'affectation secondaire : Libellé :  
UF nouvelle affectation : CH+LINE  
Grade : AS  
Statut : TITULAIRE  
Date de changement de service : 02/07/2018

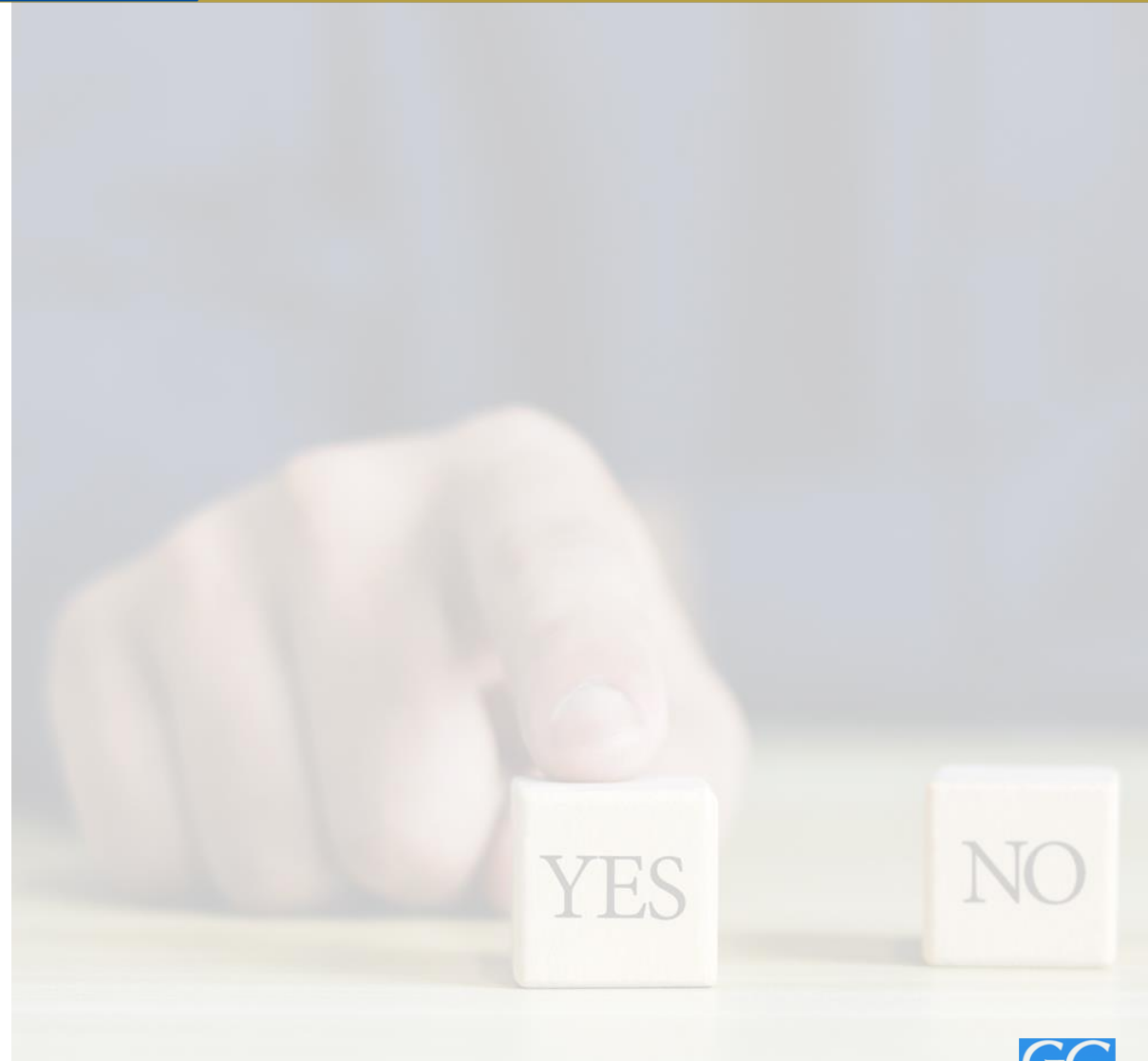
**Autorisation d'accès aux services sécurisés**

Résa   
Méd néonatale   
Pharmacie   
Bloc   
Aloïse Corbaz (Psy)   
Unité d'Alzheimer (CCM)   
USIC

**Autres besoins**

Ordinateur   
Bureau   
Téléphone   
Vêtement de travail   
Clé Dallas  Directrice des Ressources Humaines

Commentaire :





CHARENTE-MARITIME

volet destiné à : Assuré

## NOTIFICATION DE MONTANT DE PENSION D'INVALIDITE

Art R.341-4 du Code de la sécurité sociale

<b>Organisme Gestionnaire</b> CPAM de la CHARENTE MARITIME 55-57 Rue de Suède 17014 LA ROCHELLE Cédex 1 Votre correspondant : SYLVIANE PADIER ☎ 0 820 904 144	<b>Références à rappeler sur toute correspondance</b> N° de sécurité sociale : ..... N° Ordre : 1
	<b>Destinataire</b> Recommandé avec accusé de réception Monsieur I 0000 17770
<b>Commission de Recours Amiable</b> 55-57 Rue de Suède 17014 LA ROCHELLE Cédex 1	Date de la notification : le 17/03/2008
<b>MODALITES DE CALCUL DE LA PENSION</b>	
Il vous est attribué à compter du 17/02/2008 une pension d'invalidité d'un montant brut annuel de 10 679.90 €, soit un montant brut mensuel de 889.99 €, calculé à partir des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- catégorie : 2</li> <li>- taux de calcul : 50 %</li> <li>- salaire annuel moyen de base : 21 359.80 €</li> <li>- montant annuel de la pension de base théorique : 10 679.90 €</li> </ul> NB : Ce montant ne tient pas compte des règles de cumul liées à vos ressources et aux cotisations dues.	
<b>VOIES DE RECOURS</b>	
Recours médical (TCI) Recours Administratif (CRA) Information recours dilatoire ou abusif - Article R.144-10	
<b>MODALITES DE PAIEMENT</b>	





Contact :

Civilité : I  
N° de Sécurité Sociale :

Date : 05/06/2019

### > Attestation d'Obbligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés

La Caisse primaire d'assurance maladie de Angoulême atteste que :

Civilité : I  
Date de naissance :

est bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH)\*.

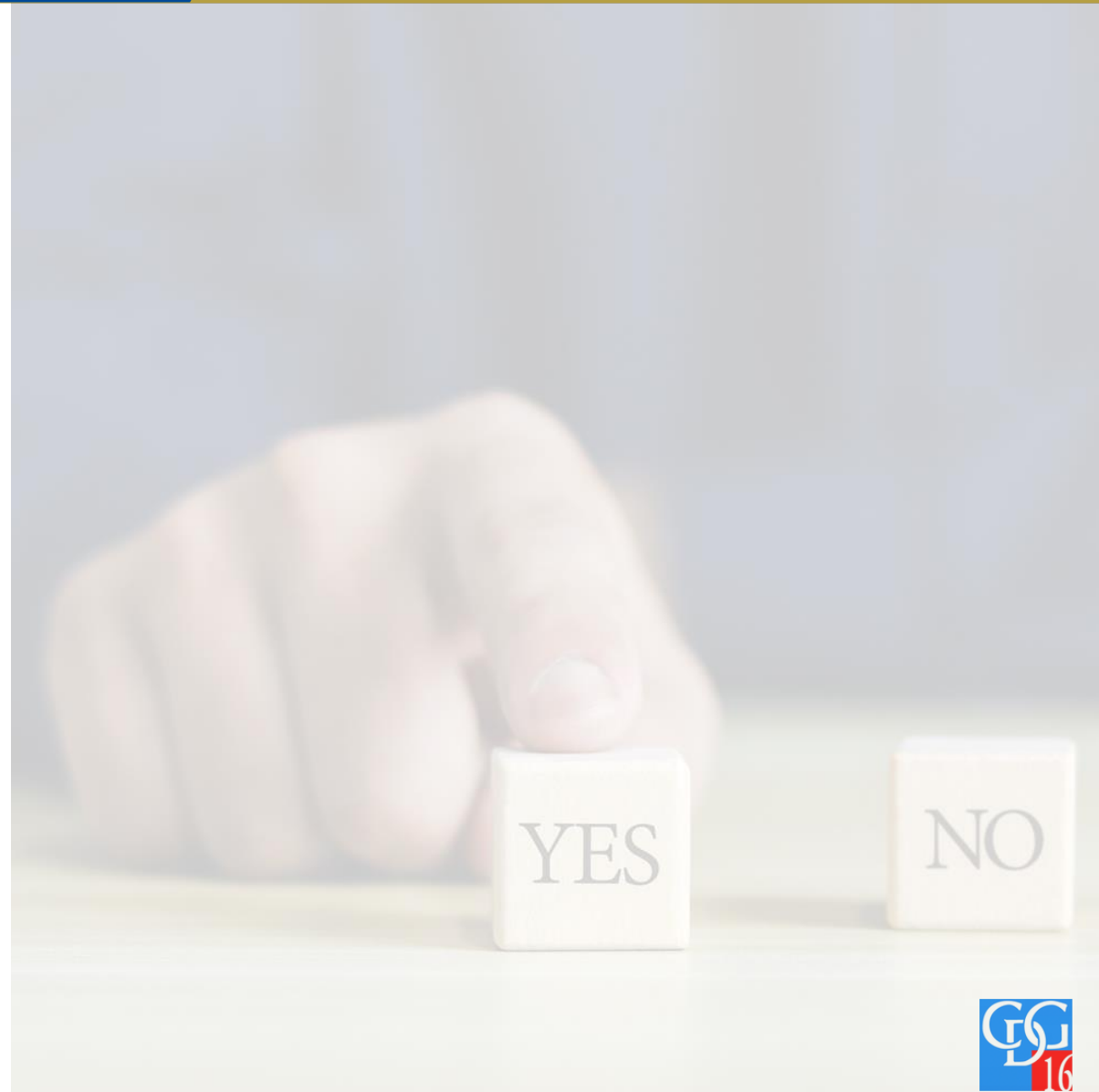
Cette attestation lui permet de bénéficier de l'obligation d'emploi, en vue de son insertion professionnelle ou auprès de son employeur, sans qu'il lui soit nécessaire de demander la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Cette attestation est valable jusqu'au 04/06/2024

Cordialement,

Votre correspondant risques professionnels

\* Article R. 5212-1-5 du code du travail



**NOTIFICATION DE DÉCISION relative à UNE INCAPACITÉ PERMANENTE** A LA VICTI  
OU A L'AYANT-DROIT

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE (art. R 434-36 du Code de la Sécurité Sociale)

**REPÉRAGES À RAPPELER SUR TOUTE CORRESPONDANCE**

N° d'immatriculation :  
Caractéristique AT/MP :  
Bénéficiaire :  
NO. RENTE :

C.P.A.M. / CENTRE 4701

TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITÉ

6, RUE RENE VIVIANI  
B.P. 86218  
44262 NANTES CEDEX 2

TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE

PALAIS DE JUSTICE

DESTINATAIRE

MR

Le 16 12 2002

Madame, Mademoiselle, Monsieur,  
J'ai l'honneur de vous faire connaître la décision qui a été prise concernant la réparation de l'accident du travail, ou de la maladie professionnelle désigné(e) ci-dessus.

**DÉCISION**

APRÈS EXAMEN DE VOTRE DOSSIER ET NOTAMMENT DES CERTIFICATS MÉDICAUX ET DES CONCLUSIONS DU SERVICE MÉDICAL, VOTRE TAUX D'INCAPACITÉ EST FIXÉ À 12,00% IL A ÉTÉ DÉCIDÉ DE VOUS ATTRIBUER UNE RENTE D'INCAPACITÉ PERMANENTE À PARTIR DU 16 09 2002. CETTE RENTE EST REVALORISABLE.

**MODALITÉS DE CALCUL**

SALAIRE ANNUEL BRUT (PÉRIODE DU 01 09 1990 AU 31 08 2000) (DEDUCTION FAITE DES FRAIS PROFESSIONNELS ÉVENTUELS)	21 488,41
SALAIRE MINIMUM	14 525,10
SALAIRE RETENU POUR LE CALCUL	21 488,41
SALAIRE RETENU APRÈS REVALORISATION	22 444,30
TAUX RETENU POUR LE CALCUL 12,00 : 2 = 6,00%	
RENTE ANNUELLE DE BASE = SALAIRE RETENU X TAUX RETENU	1 346,65
RENTE ANNUELLE BRUTE (RENTE DE BASE + MAJORATION - RÉDUCTION)	1 346,65
RENTE ANNUELLE À SERVIR (COMPTE TENU DES REVALORISATIONS INTERVENUES DEPUIS LA DATE D'EFFET)	1 346,65

**MODALITÉS DE PAIEMENT**

VOTRE RENTE EST PAYABLE TRIMESTRIELLEMENT À TERME ÉCHU  
LE 15 MARS JUIN SEPTEMBRE DÉCEMBRE  
LE MONTANT DES ARRÉRAGES D'UNE ÉCHÉANCE EST DE 336,66

LE MONTANT DE L'ARRIÈRE (DU 16 09 2002 AU 15 12 2002) EST DE 336,66  
LA SOMME MISE EN PAIEMENT EST DE 336,66

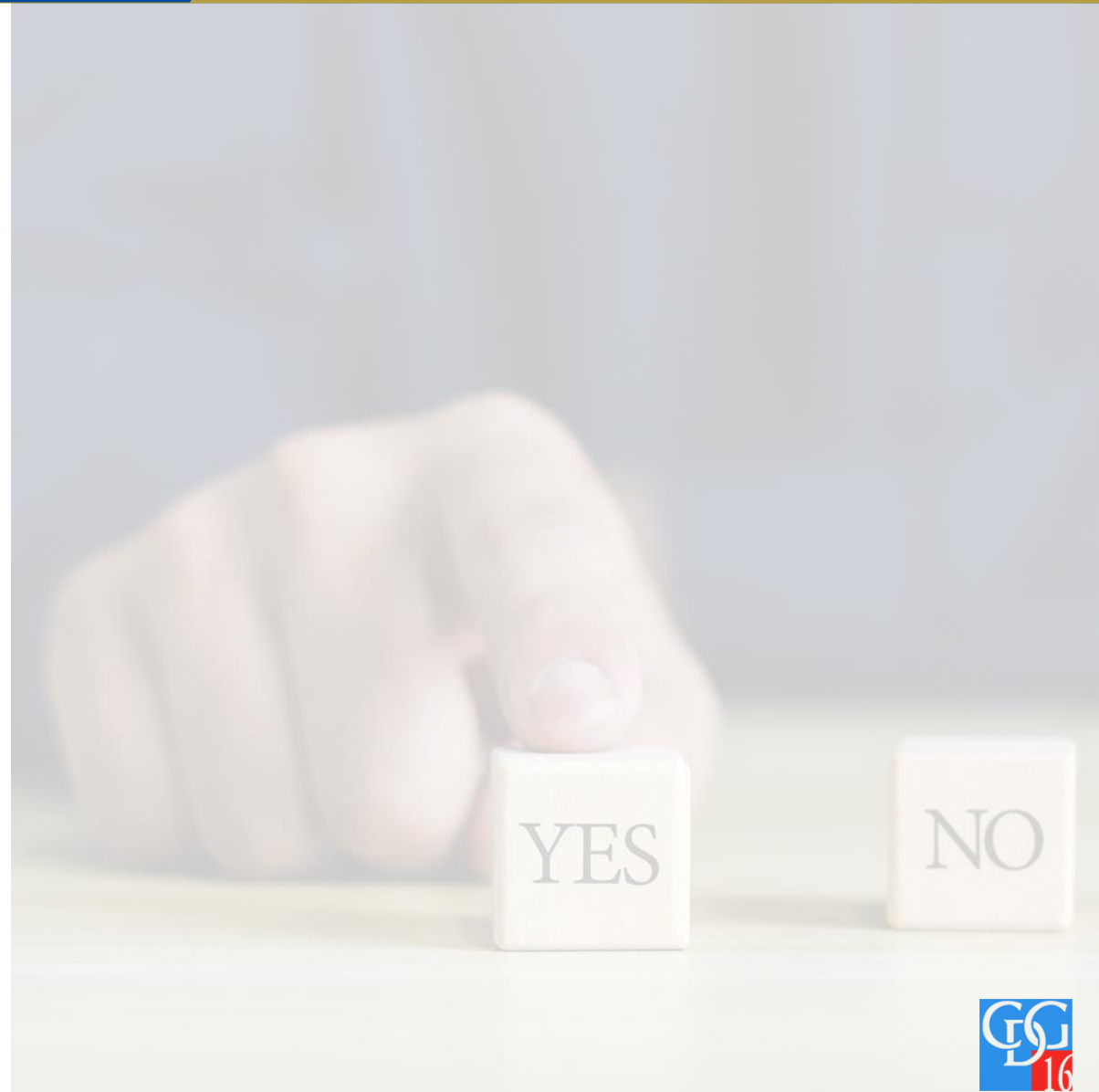
RACHAT - CONVERSION DEMANDE À PRÉSENTER  
ENTRE LE 16 09 2007 ET LE 15 09 2008

INFORMATIONS ET RECOURS (voir au verso)

**CONCLUSIONS MÉDICALES**

Limitation modérée du coude droit chez 1 droitier

LE RAPPORT D'IIPP PEUT ÊTRE COMMUNIQUÉ SUR DEMANDE  
DANS UN DÉLAI DE 10 JOURS



# Différencier l'invalidité de l'handicap

- **L'INVALIDITÉ:** « Se caractérise par une incapacité permanente réduisant d'au moins 2/3 la capacité de travail ou de gain de l'assuré ». L'invalidité n'intervient que dans le cadre des activités professionnelles.
- **LE HANDICAP:** concerne les activités professionnelles et hors professionnelles.





# Les offres de services

- La prévention des situations de handicap
- Les études ergonomiques
- Les sensibilisations aux handicaps

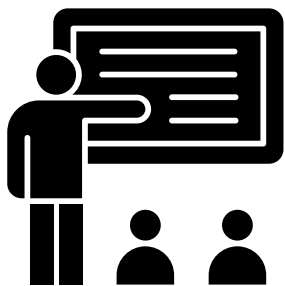


## Les sensibilisations aux handicaps

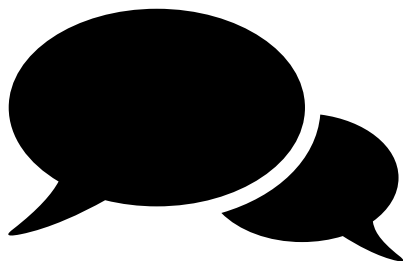
À l'attention :

- Des élus ;
- Des responsables RH (DGS, DRH, chefs de services, etc.) ;
- Des agents (collectif de travail, collègues, etc.).

**Formations**



**Ateliers**



### Sensibilisations / Informations/ Formations

Formation des  
Référents Handicap

Formation des Maîtres  
d'apprentissage et des  
tuteurs

Sensibilisation au  
handicap et  
à la différence







## Handicap au travail

### SENSIBILISATION DES AGENTS



### Objectifs pédagogiques

- Libérer la parole et favoriser les échanges entre collègues sur les thématiques de la différence et du handicap,
- Développer les connaissances de façon conviviale et ludique,
- Changer le regard sur le handicap au travail et démystifier le statut de travailleur handicapé par une meilleure connaissance de la réalité des travailleurs handicapés en emploi,
- Ressentir les difficultés que peut rencontrer un.e collègue en situation de handicap par le biais des mises en situation et découvrir les possibilités d'adaptation et de compensation possibles,
- Gagner en assurance dans sa relation avec un.e collègue en situation de handicap par une meilleure compréhension de ses difficultés
- Favoriser l'accueil et l'intégration d'un agent en situation de handicap par une communication et un comportement adaptés.

### Contenu

Cette sensibilisation ludique et pragmatique s'articule autour de 2 temps forts :

- 1- Jeu par équipe HAN'Jeu®
- 2- Atelier : Accueillir et travailler avec un.e collègue en situation de handicap



Débuter par le jeu permet de créer un climat convivial qui libère la parole, favorise les échanges et apporte les informations essentielles à connaître.

### 1- Jeu par équipe HAN'Jeu®

Il s'agit d'un jeu de plateau qui se joue avec des cartes équipe de 2 à 4 personnes. Chaque équipe à tour de rôle, tire au sort une carte. Il existe 3 sortes de cartes :

- Cartes QUIZZ (questions)
- Cartes ACTION (mises en situation de handicap)
- Cartes DEFI Toutes les équipes participent en même temps



par

### Les questions abordent :

- Le contexte légal actuel et l'obligation d'emploi,
- Les différences entre déficience, inaptitude, handicap et invalidité,
- La notion de situation de handicap et la définition légale,
- L'aspect médical et les grandes familles de handicap,
- L'aspect psychologique : acceptation, déni, période de deuil, effet miroir,
- Les acteurs internes et externes et les aides mobilisables,
- Des questions spécifiques à votre établissement (nombre de bénéficiaires présents, référent handicap à contacter,...)

Les mises en situation de handicap permettent de tester une multiplicité de situations de handicap fréquemment rencontrées dans un contexte professionnel et qui sont le plus souvent invisible : visuel, auditif, cognitif, moteur (TMS), ...

### 2- Accueillir et travailler avec un.e collègue en situation de handicap Travail de réflexion en sous-groupes et jeux de rôle

L'objectif de cet atelier est d'amener les participants à trouver ensemble les solutions pour mieux accueillir et travailler avec un.e collègue en situation de handicap.


- Quelles difficultés peut rencontrer la personne concernée ?
- Quels sont les moyens de compensation ?
- Comment communiquer ?
- Quel comportement adopter ?



**CIMETH**

**Cellule Insertion et Maintien dans l'emploi des Travailleurs Handicapés  
du Centre de Gestion de la Charente**

30 rue Denis Papin – CS 12213  
16022 ANGOULEME

 05 45 69 69 96





# ASSURANCE DES RISQUES STATUTAIRES

# Points abordés

## **DÉCLARER UN SINISTRE :**

- Les différentes étapes de déclaration d'un nouveau sinistre

## **CONSULTATION / MODIFICATION D'UN SINISTRE EXISTANT**

- Modifier, compléter un sinistre déjà existant (déclaration d'une prolongation, etc.)



### ▼ Contrat d'assurance groupe RELYENS / CNP - 2021-2024

#### **AIDE A LA GESTION DES SINISTRES**

- Guide de gestion des sinistres

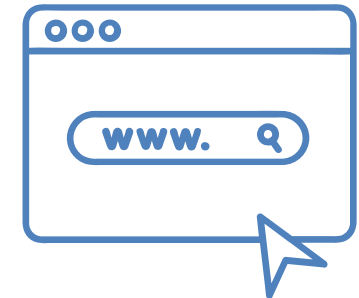
Liste de toutes les pièces à fournir pour chaque type d'arrêt et chaque type d'agent

#### **FORMULAIRES**

- RELYENS - Déclaration des arrêts inférieurs à la franchise
- RELYENS - Déclaration de la collectivité des absences pour raison de santé
- RELYENS - Attestation de prise en charge
- RELYENS - Enquête administrative

- RELYENS - Expertise et Contre-visite

renvoyer à votre interlocuteur par mail



[www.cdg16.fr](http://www.cdg16.fr)

Nos services / assurance groupe / risques statutaires

Onglet : déclaration de l'absentéisme

**Espace clients** MAIRIE JOLIEVILLE NOM PRENOM Aide Déconnexion

Statutaire Fonpet

**Gestion des utilisateurs**

**DERNIÈRES ACTUALITÉS**

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT RECTIFICATIVE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2023  
Recul de l'âge légal de départ à la retraite à 64 ans d'ici ... →

LE NOUVEAU LIVRE BLANC DU CERCLE DES ACTEURS TERRITORIAUX EST PARU  
Relyens, membre et mécène du Cercle des Acteurs Territoriaux... →

PARUTION DU DÉCRET N° 2023-37 DU 27 JANVIER 2023 RELATIF AUX ARRÊTÉS DE TRAVAIL DÉROGATOIRES DÉLIVRÉS AUX PERSONNES CONTAMINÉES PAR LA COVID  
A partir du 1er février 2023, le jour de carence ne sera plu... →

PANORAMA 2022 : QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET SANTÉ DES AGENTS DANS LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES  
- Les évolutions des absences pour raisons de santé. - La na... →

LE BÉNÉFICE DU COMPLÉMENT DE TRAITEMENT INDICIAIRE EST ÉLARGI  
Le champ d'application du complément de traitement indiciaire... →

LE VIEILLISSEMENT DES AGENTS CONDUIT À UNE LÉGÈRE HAUSSE DE L'ABSENTÉISME DANS LES COLLECTIVITÉS  
Avec un taux de 9,6 %, le niveau global des absences pour ra... →

**DECLARATION DES BASES DE L'ASSURANCE : LES BONNES PRATIQUES**

Visualisez le guide utilisateur **En savoir +**

15+ Documents manquants

5 Dossiers à clôturer

0 Recours à compléter

**GESTION DE L'ABSENTÉISME**

**Déclaration de l'absentéisme**  
Déclarez vos sinistres, visualisez vos données et gérez vos agents.  
[Utiliser](#)

**Documents manquants**  
Consultez la liste des justificatifs manquants de vos dossiers d'absentéisme en cours.  
[Utiliser](#)

**Simulateur de calcul de droit**  
Consultez les droits à plein et demi-traitement des congés maladie.  
[Utiliser](#) [Voir la démo](#)

**Bordereaux & décomptes**  
Accédez aux bordereaux et décomptes des indemnités journalières et des frais médicaux.  
[Utiliser](#) [Voir la démo](#)

**GESTION DU CONTRAT**

**Contrat**  
Consultez vos documents contractuels  
[Utiliser](#) **Nouveauté**

**Bases de l'assurance**  
Transmettez facilement les données sociales pour la réalisation de votre appel de cotisation.  
[Utiliser](#)

### DÉCLARATION D'UN **NOUVEAU** SINISTRE (PAS UNE PROLONGATION)

ÉTAPE 1

Mes actions en cours (15)

**Déclarer**

Déclarer un nouveau sinistre

Consulter / Modifier un sinistre existant

➔ Déclarer un sinistre > Rechercher un agent

Vous pouvez rechercher un agent par son nom, nom de jeune fille, prénom

NOMAGENT Prénom AGENT (625412) 1710111345968 04

Saisir un événement

ÉTAPE 2

NOMAGENT Prénom

Nature de l'événement

- Accident imputable au service
- Adoption
- Congé de longue durée
- Congé de longue durée imputable au service
- Congé de longue maladie
- Congé de maladie ordinaire
- Maladie imputable au service
- Maladie professionnelle
- Maternité
- Paternité

ÉTAPE 3

Nature de l'événement

Accident imputable au service

Détail de l'accident imputable au service

Date de survenance [ ]\* Heure de survenance [ ]\*

Tiers impliqué

Tâche exercée au moment de l'accident

Niveau 1 [ ]\* Niveau 2 [ ]\*

Accident de la circulation

Élément matériel

Niveau 1 [ ]\* Niveau 2 [ ]\*

Facteur potentiel

Niveau 1 [ ] Niveau 2 [ ]

Pathologie [ ]

Nature des lésions [ ]\*

Siège des lésions

Niveau 1 [ ] Niveau 2 [ ]\*

Latéralité de blessures [ ]

Imputabilité [ ]

Horaires de travail

de [ ]\* à [ ]\*

et de [ ]\* à [ ]\*

Circonstances détaillées

Les données saisies ici seront reprises dans l'enquête administrative. Aussi il est conseillé d'être synthétique au niveau du descriptif de l'accident.

Commentaires internes

pas d'arrêt de travail

Date de reprise [ ]\*

Annuler Enregistrer

NB : saisie = déclaration = enquête administrative générée automatiquement



➔ Déclarer un sinistre > Ajouter une conséquence

ÉTAPE  
4

Saisir un événement   Ajouter une conséquence   Saisir les salaires   Joindre les documents

NOMAGENT Prénom - Accident imputable au service du 01/01/2014

Type de conséquence ?

- Arrêt de travail
- Période de soins
- Temps partiel thérapeutique

Type de conséquences

➔ Déclarer un sinistre > Ajouter une conséquence

ÉTAPE  
5

Saisir un événement   Ajouter une conséquence   Saisir les salaires   Joindre les documents

NOMAGENT Prénom - Accident imputable au service du 01/01/2014

Type de conséquence ?

Arrêt de travail

Type de l'arrêt   Arrêt initial \*

Du   01/01/2014 \*   au   10/01/2014 \*

Demi journée    Début    Fin    Totalité

Commentaires   Commentaires arrêt de travail

⏪ Annuler   Enregistrer ⏩



**Toutes les situations qui découlent d'un sinistre sont des « conséquences ».**

**Il ne faut donc pas créer un nouveau sinistre en cas de prolongation d'arrêt, TPT, etc.**

ÉTAPE  
6


Ajouter une conséquence

Saisir les salaires

Joindre les documents

e - Congé de maladie ordinaire du 18/01/2016

### Possibilité de modifier les périodes de salaires

Comment retrouver les informations sur un bulletin de salaire ? 

Date effet	Date fin effet	TBI ?		NBI ?		SF ?		IR ?		Indemnités accessoires	Tps travail			
		Indice maj...	TB	Nombre de...	Montant	Nb enfants	Montant	Zone IR	Montant IR		Nb heures...	Nb heures...	Pourcentage	
01/01/2016	31/01/2016	467	2 162,35 €	30	138,91 €	3	199,34 €						100,00 %	✘

[Ajouter une ligne de salaire](#) [Enregistrer les salaires](#)

Suivant →

Pourcentage



ÉTAPE  
7

Saisir un événement

Ajouter une conséquence

Saisir les salaires

Joindre les documents

DUDU José - Accident imputable au service du 10/11/2020

### Documents à fournir

- Bulletin de salaire +
- Certificat médical mentionnant les lésions +
- Décompte CPAM / Autres caisses +
- Enquête administrative +
- Notification de prise en charge de la CPAM +

### Documents complémentaires

- Certificat médical +
- Certificat médical final +
- Courrier CPAM / Autres caisses +
- Décision administrative / Arrêté +

### Documents autres

- Ajouter un autre document +

Cliquez pour le intégrer le document correspondant

Typologie	Document	Commentaire	Date de réception	Date de réception	Etat	Suppri...	Visual...
Pas de résultat							

Page

**cerfa** n° 11138-06 CM-BIS

**certificat médical**  
accident du travail  
maladie professionnelle

(pour cocher qu'une seule case)  
 initial  nouvelle(s) lésion(s)  
 final  rechute

Volet 1, à adresser  
par le praticien à  
l'organisme dans  
les 24 heures

(articles L.441-6, L.461-5, R.441-7, R.441-10, R.441-16 et R.461-9 du code de la sécurité sociale)

**l'assuré(e)**

régime : général  agricole  autre  logeur ? : \_\_\_\_\_

numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

nom de famille (si nom de naissance, sans s'il y a lieu, de son d'usage) : \_\_\_\_\_

prénoms : \_\_\_\_\_

adresse où la victime peut être visitée (si différente de son adresse habituelle) : \_\_\_\_\_

code postal : \_\_\_\_\_ ville : \_\_\_\_\_ n° téléphone : \_\_\_\_\_

bâtiment : \_\_\_\_\_ escalier : \_\_\_\_\_ étage : \_\_\_\_\_ appartement : \_\_\_\_\_ code d'accès de la résidence : \_\_\_\_\_

s'agit-il :  
d'un accident de travail ?  date : \_\_\_\_\_  
ou  
d'une maladie professionnelle ?  date de la première constatation médicale : \_\_\_\_\_

Éléments justifiant le choix de la date de première constatation médicale (à remplir en cas de maladie professionnelle) : voir notice\*

**l'employeur**

nom, prénom ou dénomination sociale : \_\_\_\_\_

adresse : \_\_\_\_\_

n° téléphone : \_\_\_\_\_

**les renseignements médicaux**

constatations détaillées (siège, nature, circonstances de survenue, caractère professionnel, latence, le cas échéant, séquelles fonctionnelles) : \_\_\_\_\_

consequences possibles : \_\_\_\_\_

conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) voir notice\*

identification du praticien (nom et prénom) : \_\_\_\_\_

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement) : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_ signature du praticien : \_\_\_\_\_

Conformément au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données.  
En cas de Affiliés dans l'application de vos droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

CM-BIS 56909F

En cas de **TOUT accident de service, accident de trajet ou maladie professionnelle**

**SEULEMENT** en cas **d'arrêt de travail**

**cerfa** n° 10170-07 PRN-BIS

**avis d'arrêt de travail**

initial  de prolongation (\*)

volet 1, à adresser  
au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil

(articles R.441-7 et R.441-10 du code de la sécurité sociale)

**l'assuré(e)** (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

nom et prénom : \_\_\_\_\_

(nom de famille - de naissance - sans, s'il y a lieu, de son d'usage)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : \_\_\_\_\_

code postal : \_\_\_\_\_ ville : \_\_\_\_\_ n° téléphone : \_\_\_\_\_

bâtiment : \_\_\_\_\_ escalier : \_\_\_\_\_ étage : \_\_\_\_\_ appartement : \_\_\_\_\_ code d'accès de la résidence : \_\_\_\_\_

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

salarié(e)  fonctionnaire  profession indépendante  non salarié(e) agricole  élu(e) local(e)

artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA  sans emploi  date de cessation d'activités : \_\_\_\_\_ précisez votre situation (voir notice)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice) : oui  date : \_\_\_\_\_ non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui  non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de longue durée ? oui  non

(\*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant, précisez le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, le médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial, le médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou à l'occasion d'une hospitalisation.

**l'employeur**

nom, prénom ou dénomination sociale : \_\_\_\_\_

adresse : \_\_\_\_\_

numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

adresse e-mail : \_\_\_\_\_

**les renseignements médicaux** (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : \_\_\_\_\_

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au : \_\_\_\_\_

inclus

sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : \_\_\_\_\_

sans rapport\*  en rapport\*  avec un décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès : \_\_\_\_\_

\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée.

sorties autorisées : \_\_\_\_\_ à partir du \_\_\_\_\_ non  (voir notice 3)

sorties sans restriction : \_\_\_\_\_ oui  à partir du \_\_\_\_\_ (voir notice 5)

activité(s) autorisées : \_\_\_\_\_ oui  à partir du \_\_\_\_\_ non  (voir notice 6)

et prescrit un travail aménagé pour raison médicale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : \_\_\_\_\_

\*\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée.

**éléments d'ordre médical** (voir notice 7)

Codification du motif médical  OU éléments en toutes lettres :

identification du praticien (nom et prénom) : \_\_\_\_\_

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) : \_\_\_\_\_

identifiant : \_\_\_\_\_ n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_ signature du praticien : \_\_\_\_\_

PRN-BIS 5 31161



## Liste des documents

Categories :

Toutes

Type :

Tous

Mots clefs :

declaration

Rechercher

## 1 Autre document (5)

Arretes de declarations de creations et de vacances d'emplois de cat. A, B et C

Emploi

DECLARATION AGENT ACCIDENT DE SERVICE

Divers

DECLARATION AGENT MALADIE PROFESSIONNELLE

Divers



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

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et vous venez d'être victime d'un accident de service ou de trajet. Conformément aux dispositions de l'article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13/07/1983 et des articles 37-1 à 37-20 du décret n° 87-602 du 30/07/1987, vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, 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 ;
- 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 (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUË).

**Lieu de travail occasionnel :** il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation.

**Mission pour l'employeur :** il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

**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, écrasement, piqûre, noyade, 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 la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

**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



## DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

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 37-1 à 37-20 du décret n° 87-602 du 30/07/1987, vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, 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 CONTRACTÉES 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.
- 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).
- 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 :** indiquez 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).

**Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale :** à préciser par votre médecin

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



Attestations préremplies,  
à fournir à l'agent



Evénement Documents à intégrer Mesures prévention

Attestation de prise en charge Enquête administrative

Détail de l'événement

Accident imputable au service ?

Déclaré le 05/01/2023 \*

Date de l'événement 04/01/2023 \* Etat En cours de saisie \*

Date de survenance 04/01/2023 \* Heure de survenance 10:00 \*

Tiers impliqué

Tâche exercée au moment de l'accident VOIRIE - CHANTIERS REPARATION AMENAGEMENT DOMAINE

Accident de la circulation

Élément matériel MATERIEL ET ENGINS DE TERRASSEMEI MARTEAU-PIQUEUR

Facteur potentiel Niveau 1 Niveau 2

Pathologie

Nature des lésions DECHIRURE MUSCULAIRE

Siège des lésions MEMBRES SUPERIEURS AVANT-BRAS

Latéralité de blessures DROITE

Imputabilité Imputabilité reconnue administrativement

Horaires de travail

de 08:00 \* à 12:00 \*

et de 13:30 \* à 17:00 \*

Circonstances détaillées En faisant du marteau piquer l'agent a ressenti une vive douleur à l'avant bras \*

Commentaires internes

pas d'arrêt de travail

Date de reprise

Enregistrer

Type de conséquence ?

Salaires

Retour synthèse des sinistres

Date de reprise  
importante pour  
l'équilibre du contrat



Type de conséquence



Saisie des prolongations,  
etc.

## CONSULTATION / MODIFICATION D'UN SINISTRE **EXISTANT** (DÉCLARATION D'UNE PROLONGATION, ETC.)

Mes actions en cours (3) ?

### Déclarer

Déclarer un nouveau sinistre

>> [Consulter / Modifier un sinistre existant](#)

### ➔ Consulter / Modifier un sinistre > Rechercher un agent

Vous pouvez rechercher un agent par son nom, nom de jeune fille, prénom

Saisir un événement


Consulter / Modifier

Supprimer

<input checked="" type="checkbox"/>	Nature d'événement	Date événement	Conséquences
<input checked="" type="checkbox"/>	Congé de maladie ordinaire	15/06/2014	Arrêt de travail du 15/06/2014 au 10/10/2014





Mes actions en cours (4) 

- Déclarer
- Visualiser vos données
- Gérer vos agents
- Editer
- Gérer les demandes
- Accéder aux contrats

### Visualiser les actions en cours > Liste des actions en cours

Cliquer sur 'Rechercher' pour disposer de la liste des actions en cours concernant votre collectivité. Vous pouvez ouvrir l'évènement associé à l'action pour clôturer cette dernière.

Agent

Typologie dossier

Rechercher

- Alerte fin de droits
- Demande de recours
- Document manquant
- Dossier à clôturer
- Dossier en anomalie

Agent

Evène

Complément

Ouvrir dossier

Pas de résultats



Ex : documents manquants

**NB : disparition de la ligne une fois l'action réalisée**

Agent	Evènement	Typologie	Description de l'action	Complément
ANELLI Nadia	<u>ACCIDENT_SERVICE</u> du <u>30/01/2018</u> <u>IJ</u> du <u>06/07/2020</u> au <u>31/08/2020</u>	Document manquant	DOCUMENT MANQUANT A INTEGRER (fonction 'intégrer document') pour traitement par nos équipes et déblocage des remboursements.	Décision adm statuant sur d'arrêt à con
BOUDRAA Yassine	<u>ACCIDENT_SERVICE</u> du <u>12/03/2020</u>	Document manquant	DOCUMENT MANQUANT A INTEGRER (fonction 'intégrer document') pour traitement par nos équipes et déblocage des remboursements.	Certificat mé lésions

# LE CONSEIL MEDICAL



# Points abordés

## LA FORMATION PLÉNIÈRE

- L'imputabilité d'un CITIS, en cas de doute seulement (partie 1)
- L'allocation temporaires d'invalidité en cas d'invalidité ou de séquelles permanentes résultant d'un CITIS (partie 2)

## LA FORMATION RESTREINTE

- Le reclassement dans un autre emploi suite à l'altération de l'état de santé d'un agent (partie 3)



Le secrétariat du Conseil médical a mis à disposition, sur le site internet du CDG 16, **un guide** pour informer les collectivités et les accompagner dans la gestion de leurs dossiers.

## CONSEIL MÉDICAL FONCTIONNEMENT ET SAISINE

### Partie I : Informations et rappels

Introduction

Fonctionnement du secrétariat

### Partie II : les modalités de saisine du conseil médical

#### A. La formation restreinte

Octroi et prolongation d'un CLM, CLD, CGM

Réintégration à l'expiration des droits à congés pour raison de santé

Disponibilité d'office pour raison de santé (DORS) après épuisement des droits à congé maladie : octroi, prolongation et réintégration

Reclassement dans un autre emploi suite à l'altération de l'état de santé d'un agent

Contestation d'un avis médical

Congé de maladie ordinaire (CMO) de plus de 6 mois consécutifs : incompétence du Conseil médical

#### B. La formation plénière

Imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie professionnelle d'un agent CNRACL

Allocation temporaire d'invalidité (ATI) : attribution et révision

Retraite pour invalidité – suite à congé pour raison de santé (CITIS, CMO, CLM, CLD, DORS)

### Partie III : procès-verbaux

#### A. La formation restreinte

#### B. La formation plénière

Glossaire

Références et liens utiles

### FONCTIONNEMENT DU SECRÉTARIAT

Le secrétariat du Conseil médical est rattaché au Centre de Gestion de la Charente. Il a un rôle de conseil et d'accompagnement auprès des employeurs de la fonction publique territoriale uniquement.

Pour toute démarche personnelle de la part d'un agent, le secrétariat du Conseil médical réorientera la personne vers les services compétents (autorité territoriale ou organisations syndicales par exemple).

Autorité territoriale → CDG → autorité territoriale → agent ✓

Agent → CDG ✗

#### RAPPEL

L'agenda des séances publié sur le site internet du CDG16 est **prévisionnel**. Il est susceptible d'évolution tout au long du semestre en fonction notamment de la disponibilité des médecins membres. Il faut donc s'y référer régulièrement.

#### Formation restreinte :

#### IMPORTANT

Le traitement des dossiers se fait **par ordre chronologique d'arrivée UNIQUEMENT** (du plus ancien au plus récent).  
Les dossiers incomplets ne seront pas instruits, ils sont renvoyés à l'expéditeur.  
La date retenue pour le traitement du dossier sera la date de réception du dossier complet.

Le secrétariat du Conseil médical informera l'agent et l'autorité territoriale par courrier du suivi de l'instruction du dossier (1), ainsi que de son inscription à l'ordre du jour (2).

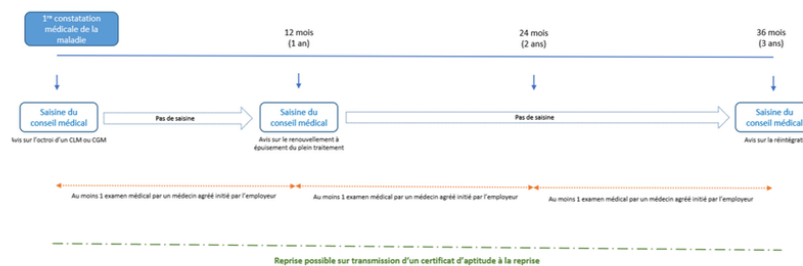
### Pièces à fournir

#### Octroi et renouvellement CLM – CLD – CGM

Dans la mesure du possible, il est demandé de ne pas agraffer les pièces du dossier. Merci de bien vouloir utiliser des trombones ou des sous-chemises.

Octroi et prolongation d'un CLM/CLD/CGM sur demande de l'agent :

- Le **formulaire de saisine** intégralement complété, daté et signé.  
**Attention**, le Conseil médical se prononce uniquement sur la/les question(s) posée(s). L'objet de la saisine doit donc être précis ;
- La **lettre de l'agent** sollicitant l'octroi ou la prolongation du congé ;
- La **lettre de l'agent** optant pour le CLD ou le maintien en CLM, le cas échéant ;
- Le **certificat médical** mentionnant que l'état de santé de l'agent est susceptible de justifier le congé demandé (**sous pli confidentiel**) si mention d'éléments médicaux ;
- Les **documents médicaux** de l'agent en lien avec l'objet de la saisine, (**sous pli confidentiel**), (comptes rendus opératoires et radiologiques, résultats d'analyses, etc.)
  - o Remarque : Pour les affections cancéreuses notamment, le Conseil médical peut se prononcer **directement** sur étude du dossier, sans avis préalable d'un médecin agréé. Pour cela, il est nécessaire que l'agent adresse la copie de son dossier médical directement au secrétariat du Conseil médical.  
*Modes de transmissions possibles : pli confidentiel joint au dossier de saisine, envoi postal à l'adresse du CDG16 ou sur place au siège du CDG16.*
- La copie des **arrêts de travail** en lien avec l'objet de la saisine (le certificat médical initial et le dernier en cours) ;
- Les **expertises** réalisées par un médecin agréé en lien avec l'objet de la saisine (*exemple : aptitude, maladie ordinaire supérieure à 6 mois, CITIS, prolongation de CLM, etc.*) ;
- La **fiche de poste** détaillée et actualisée de l'agent.





Le Conseil médical en formation plénière se prononce uniquement sur des dossiers d'agents titulaires CNRACL. Il rend des avis notamment sur :

- L'imputabilité d'un CITIS, en cas de doute seulement (partie 1)
- L'allocation temporaires d'invalidité en cas d'invalidité ou de séquelles permanentes résultant d'un CITIS (partie 2)
- La retraite pour invalidité



# LE CONSEIL MEDICAL

## Partie 1 :

### L'imputabilité d'un CITIS

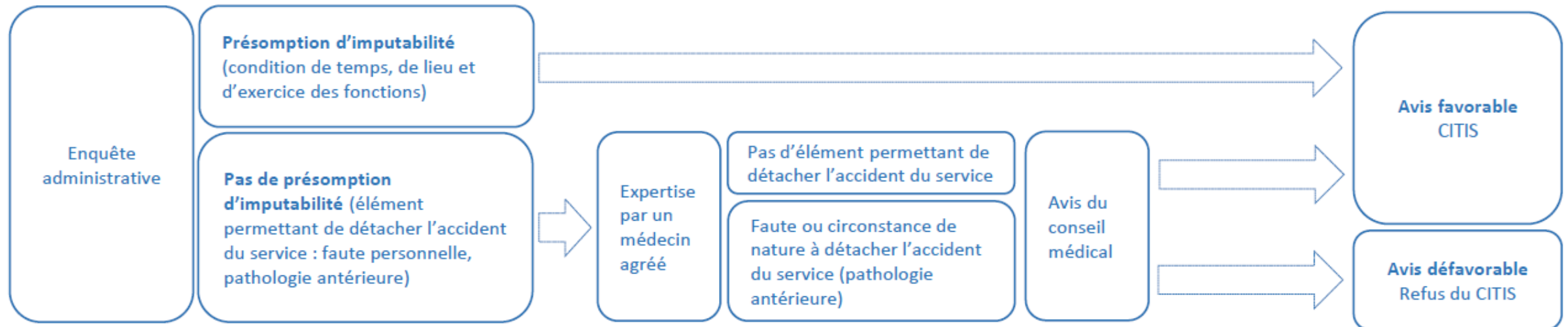
CITIS : Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service  
- L822-21 CGFP : l'appellation CITIS regroupe les accidents de service, les accidents de trajet et les maladies professionnelles.



NB : on parle d'accident de service (et de CITIS) pour les agents CNRACL et d'accident de travail pour les agents IRCANTEC.

L822-18 CGFP :

« Est présupposé imputable au service tout accident survenu à un fonctionnaire, quelle qu'en soit la cause, dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service ».



RAPPEL :

L'autorité territoriale, ne doit, sous aucun prétexte, ouvrir (et donc prendre connaissance) des enveloppes contenant des documents fournis par les agents, des comptes rendus d'expertises médicales des médecins agréés, etc.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
- A - Épaule		
Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs.	30 jours	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**) avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3h30 par jour en cumulé.
Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	6 mois sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**): - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**): - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.

## RÉFÉRENCE LÉGALE

L822-20 CGFP :

« Est présumée imputable au service toute maladie désignée par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions dans les conditions mentionnées à ce tableau.

Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée par un tableau peut être reconnue imputable au service lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit établissent qu'elle est directement causée par l'exercice des fonctions.

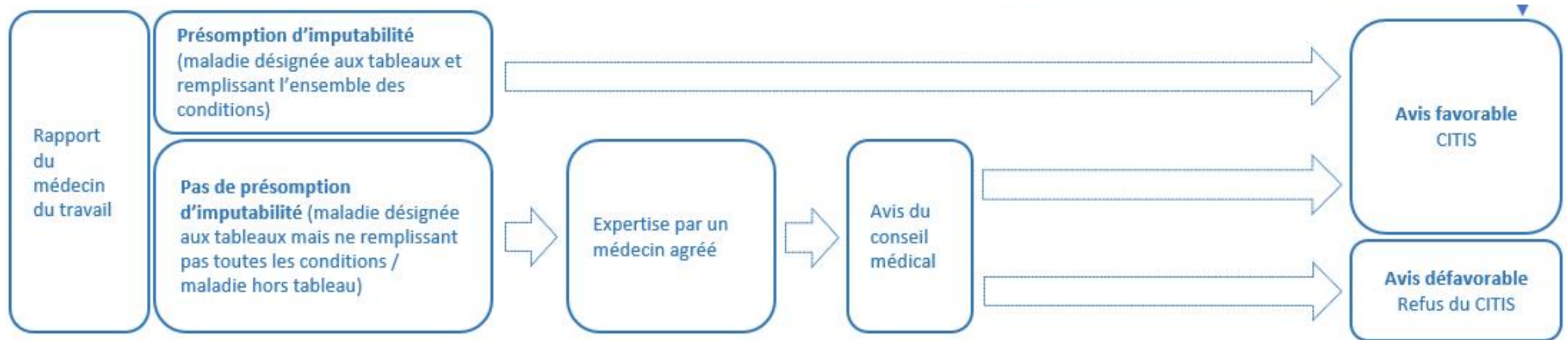
Peut également être reconnue imputable au service une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit établissent qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente à un taux déterminé et évalué dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État » (remarque : ce taux est fixé à 25%).

37-6 du décret 87-602 : « Le Conseil médical est consulté par l'autorité territoriale : [...]

3° Lorsque l'affection résulte d'une maladie contractée en service telle que définie au IV de l'article 21 bis de la loi du 13 juillet 1983 précitée dans les cas où les conditions prévues au premier alinéa du même IV ne sont pas remplies ».

37-7 du décret 87-602 : « Lorsque la déclaration est présentée au titre du même IV, le médecin du travail remet un rapport au Conseil médical, sauf s'il constate que la maladie satisfait à l'ensemble des conditions posées au premier alinéa de ce IV. Dans ce dernier cas, il en informe l'autorité territoriale »..





**RAPPEL :**

L'autorité territoriale, ne doit, sous aucun prétexte, ouvrir (et donc prendre connaissance) des enveloppes contenant des documents fournis par les agents, des comptes rendus d'expertises médicales des médecins agréés, etc.



# LE CONSEIL MEDICAL

## Partie 2 : L'ATI

Allocation temporaire d'invalidité (ATI) : somme versée à un fonctionnaire CNRACL s'il a une incapacité permanente partielle (IPP) d'origine professionnelle.

L'ATI peut être versée en cas :

- D'accident de service ou de trajet ayant entraîné une IPP d'au moins **10%** ;
- De maladie professionnelle ayant entraîné une IPP d'au moins **1%** ;
- De maladie reconnue d'origine professionnelle (hors tableau) ayant entraîné une IPP d'au moins **25%** ;
- En cas de concomitance de séquelles pour accident de service et pour maladie d'origine ou reconnue d'origine professionnelle, le taux d'IPP résultant de l'accident doit être **au moins égal à 10 %**.

NB :

- Le taux d'IPP est défini par le médecin agréé : l'autorité territoriale missionne un médecin agréé afin qu'il se prononce sur la date de la consolidation et le taux d'IPP ;
- Si un second taux d'accident du travail et/ou de maladie professionnelle est distinct du premier, l'agent percevra deux rentes distinctes ;
- Lorsque le cumul des différents taux d'IPP est au moins égal à 10 %, l'ATI peut être demandée par l'agent.



# LE CONSEIL MEDICAL

## Partie 3 :

### Le reclassement dans un autre emploi suite à l'altération de l'état de santé d'un agent

Pour toute question relative à **l'aptitude d'un agent**, se référer à la partie « reclassement dans un autre emploi suite à l'altération de l'état de santé d'un agent ». Il n'existe plus de saisine spécifique pour la question de l'aptitude (cf. article 5 du décret 87-602 du 30 juillet 1987).

Le Conseil médical, en formation restreinte, se prononce sur des dossiers **d'agents titulaires et non titulaires**. Il rend des avis notamment sur :

- Le **reclassement** dans un autre emploi suite à l'altération de l'état de santé d'un agent (par exemple suite à un CITIS) (partie 3) ;
- Une **contestation d'un avis médical** rendue par un médecin agréé (par exemple dans les cas des contrôles organisés au cours d'un CITIS).



Les rôles respectifs du médecin du travail et du médecin agréé s'exercent de **façon complémentaire** :

**Le médecin du travail** : vérifie la compatibilité de l'état de santé de l'agent (pour en éviter la dégradation) avec les conditions de travail liées au poste occupé par l'agent. Ainsi, il se prononce sur l'aptitude de l'agent **au regard de son poste de travail**. Il est le **seul habilité à proposer des aménagements de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions**.

Il est **obligatoirement consulté préalablement à toute procédure de reclassement** dans les situations d'inaptitude totale et définitive à l'exercice des fonctions du grade.

**Le médecin agréé** : est compétent pour les questions relatives à l'aptitude physique. Il est amené à voir l'agent pour contrôler son aptitude à plusieurs occasions dans sa carrière (recrutement, CMO, CLM, CLD, TPT, etc.).





Quand la question de **l'aptitude de l'agent** se pose, l'autorité territoriale sollicite l'avis du médecin du travail :

- Les aménagements proposés sont possibles : **le poste de l'agent est adapté** ;
  - L'aménagement du poste n'est pas possible : une réaffectation (**changement de poste sur un autre emploi du grade**) est à étudier avec le médecin du travail ;
  - Aucun aménagement ni réaffectation ne sont possibles : l'autorité territoriale missionne un **médecin agréé** afin qu'il se prononce sur **l'aptitude de l'agent**.
- Si le médecin évoque une inaptitude au grade ou à toutes fonctions, il faudra saisir le Conseil médical.



### ▼ Vos interlocuteurs

Pour les communes et établissements publics adhérents, compris :

- entre **ABZAC** et **CHALLIGNAC** + C.A. Grand Angoulême

**Mme Aline TERRADE**

Mail : [a.terrade@cdg16.fr](mailto:a.terrade@cdg16.fr)

Tél. : 05.45.69.45.80

- entre **CHAMPAGNE-MOUTON** et **CURAC** :

**Mme Margaux JORET**

Mail : [m.joret@cdg16.fr](mailto:m.joret@cdg16.fr)

Tél. : 05.45.69.45.76

- entre **DEVIAT** et **MONTMOREAU** :

**Mme Isabelle CARNEIRO**

Mail : [i.carneiro@cdg16.fr](mailto:i.carneiro@cdg16.fr)

Tél. : 05.45.69.69.94

- entre **MORNAC** et **YVRAC-ET-MALLEYRAND** :

**M. Emmanuel CAILLON**

Mail : [e.caillon@cdg16.fr](mailto:e.caillon@cdg16.fr)

Tél. : 05.45.69.45.86



# PÔLE EMPLOI - MOBILITÉ



# Points abordés

## **LE CEP**

- Le déroulement du dispositif

## **LA PPR**

- Définition
- Références juridiques
- Déroulement du dispositif PPR
- Domaine d'intervention du CDG 16



# LE CEP

**Le Conseil en Evolution  
Professionnelle**





## LA MISSION DE CONSEIL EN EVOLUTION PROFESSIONNELLE

### RAPPEL DE LA MISSION

La mission obligatoire de conseil en évolution professionnelle dont bénéficient tous les agents de la fonction publique territoriale est une mission de diagnostic qui permet d'examiner la situation de l'agent, son parcours professionnel, son profil, ses intérêts et ses motivations. Le conseiller en évolution professionnelle recense ses compétences et leur transférabilité. Ce diagnostic vise à déterminer des projets d'évolution professionnelle et à en étudier la faisabilité au regard des contraintes personnelles et professionnelles de l'agent et de l'état du marché.

L'intervention du conseiller en évolution professionnelle peut se limiter au diagnostic mais l'agent peut souhaiter aller plus loin et poursuivre le conseil en évolution professionnelle de manière plus approfondie en lien avec la collectivité.

Dans la continuité de la mission obligatoire, une prestation complémentaire, facultative, d'accompagnement personnalisé renforcé est proposée par le Centre de Gestion.

### 1ÈRE PHASE DANS LE CADRE DE LA MISSION OBLIGATOIRE DU CDG

L'accompagnement à l'élaboration du projet professionnel.

### LES OBJECTIFS

- Analyse de la situation de l'agent ;
- Evaluation de ses intérêts et de ses motivations ;
- Identification des conditions de mise en œuvre.

### LES BESOINS

- À la demande de l'agent auprès du Pôle Emploi Mobilité du CDG, un 1<sup>er</sup> diagnostic est établi avec le CEP sous la forme d'un ou deux entretiens de 2 heures maximum.

### LES SUITES

- L'agent souhaite aller plus loin dans son accompagnement : il adresse une demande à sa collectivité. Mise en place d'une réunion tripartite pour confirmer l'adéquation du dispositif.

### 2ÈME PHASE

Le conseil en évolution professionnelle pour mise en œuvre d'un projet professionnel et signature de la convention

### LES OBJECTIFS

- Analyser le parcours, les attentes, et les atouts de l'agent ;
- Définir un projet d'évolution professionnelle et formaliser les objectifs à atteindre.

### LE PRÉALABLE À L'ACCOMPAGNEMENT

- Proposition de devis par le CDG transmis à la collectivité ;
- Délibération sur le projet de convention avec la proposition financière en annexe ;
- Signature de la convention par la collectivité, l'agent et le CDG16.

### L'ACCOMPAGNEMENT DÉMARRE

- Durée maximale de 6 mois (plusieurs rencontres avec le CEP) ;
- Rétroplanning des actions à entreprendre ;
- Plan d'action avec périodicité des entretiens ;
- Bilan rédigé et remis à l'agent ;
- Synthèse du bilan, validé par l'agent, remis à la collectivité.

# LA PPR

**La Période de Préparation au  
Reclassement**



### Définition

**La période de préparation au reclassement** est un droit créé pour les fonctionnaires territoriaux titulaires (à temps complet ou non complet et à temps partiel) reconnus inaptes définitivement à l'ensemble des fonctions de leur grade, du fait de leur état de santé.

Ne sont pas concernés :

- Les fonctionnaires stagiaires ;
- Les agents publics contractuels ;
- Les agents reconnus inaptes temporairement ;
- Les agents reconnus définitivement inaptes à toutes fonctions (et non seulement ceux du grade dont l'agent est titulaire) ;
- Les agents bénéficiant d'un changement d'affectation ou d'un aménagement de poste, tout en conservant leur grade.

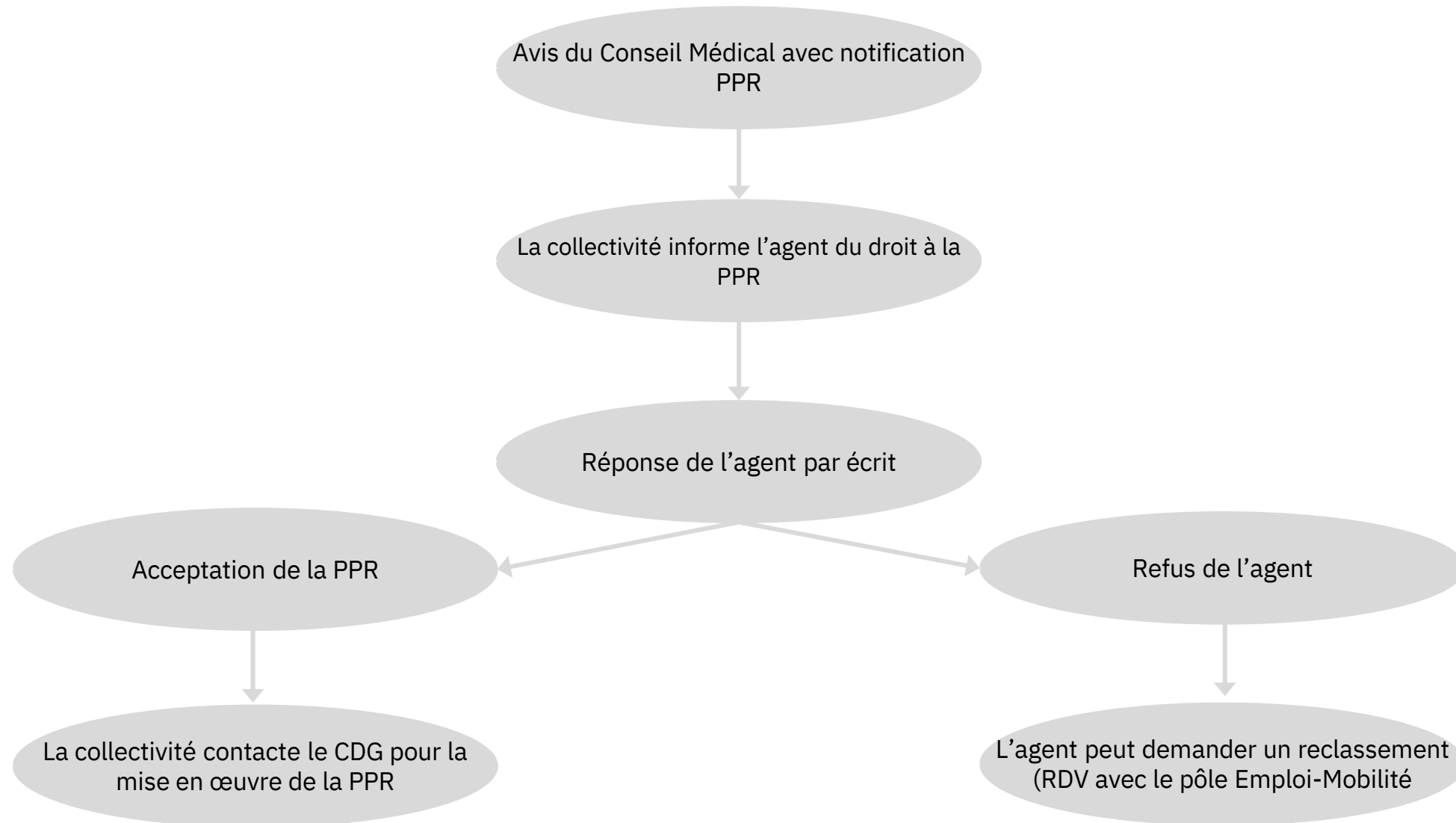


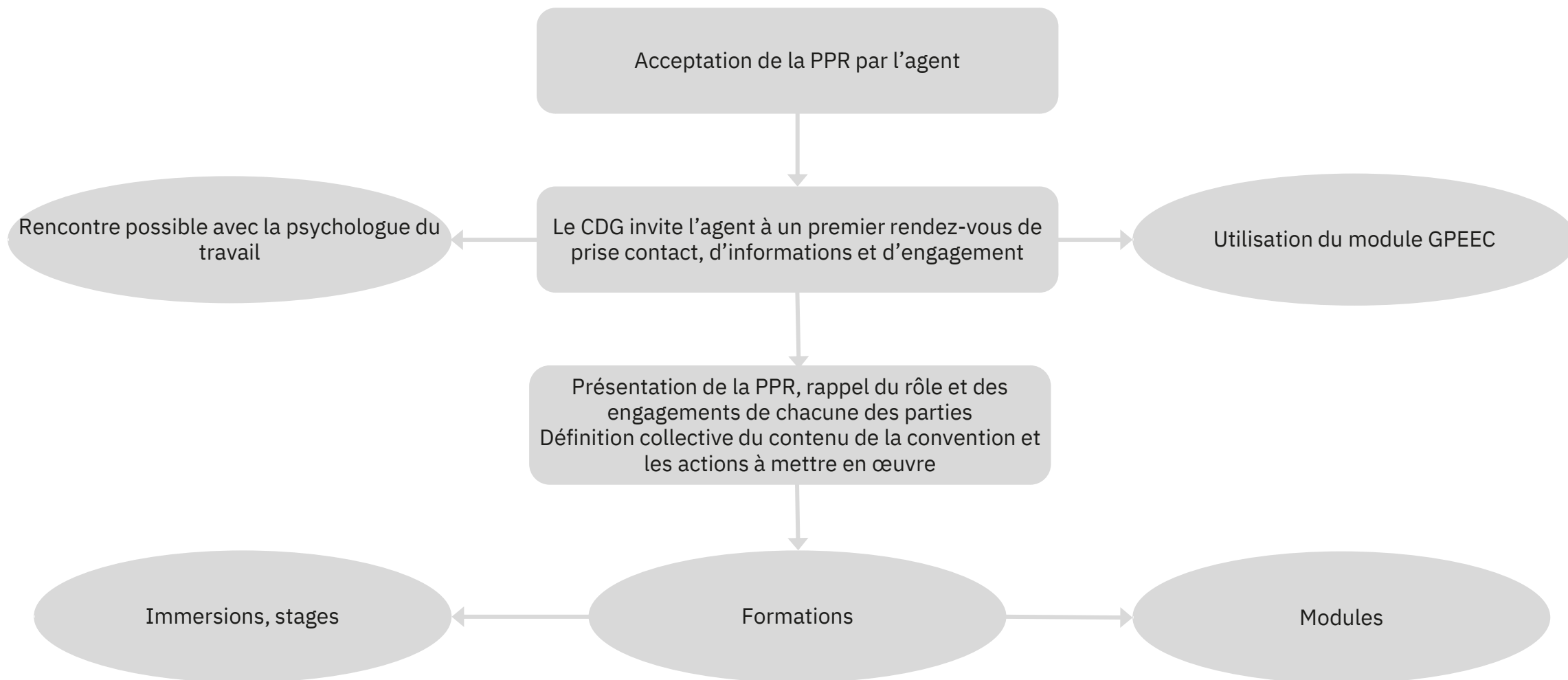


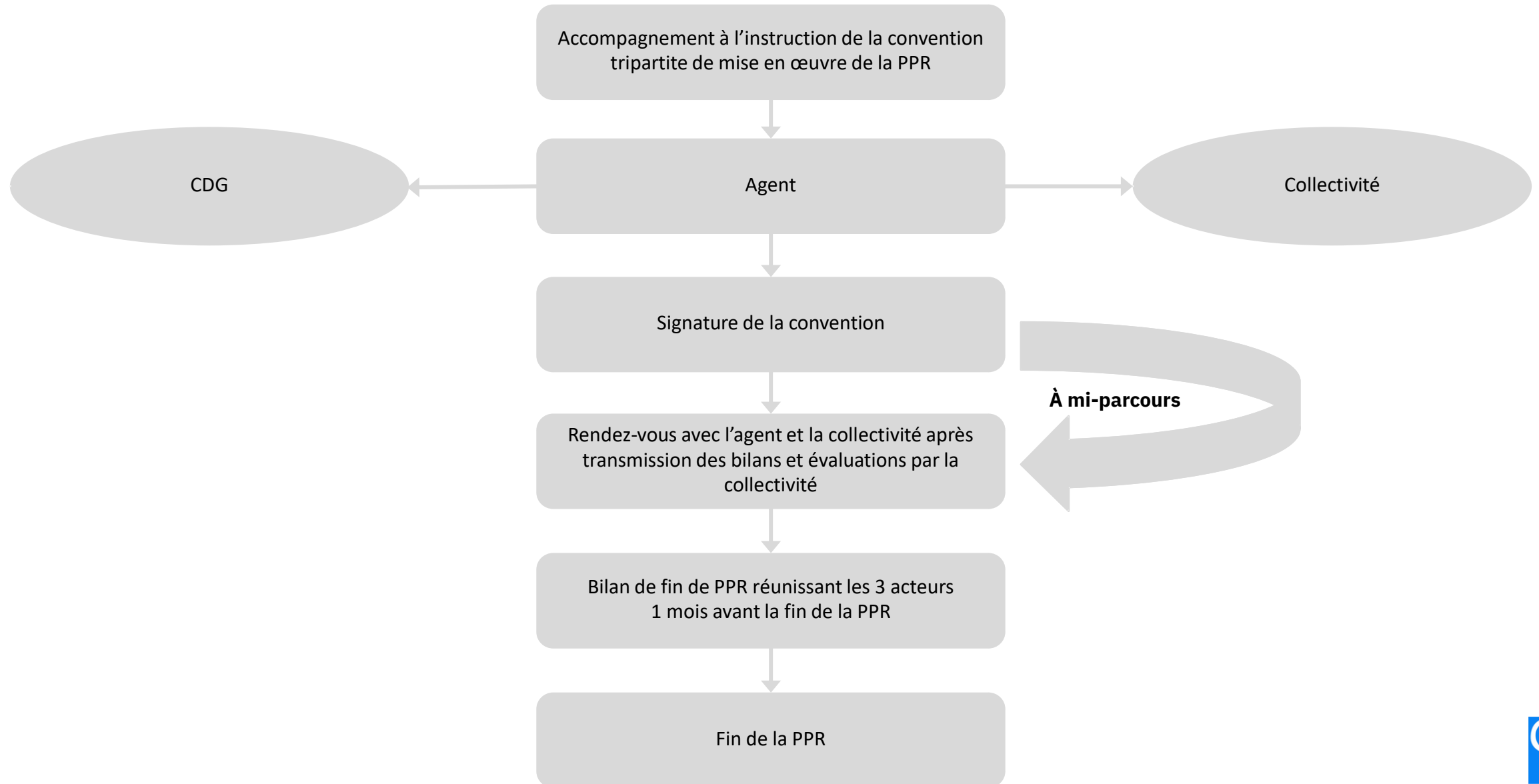
## Références légales

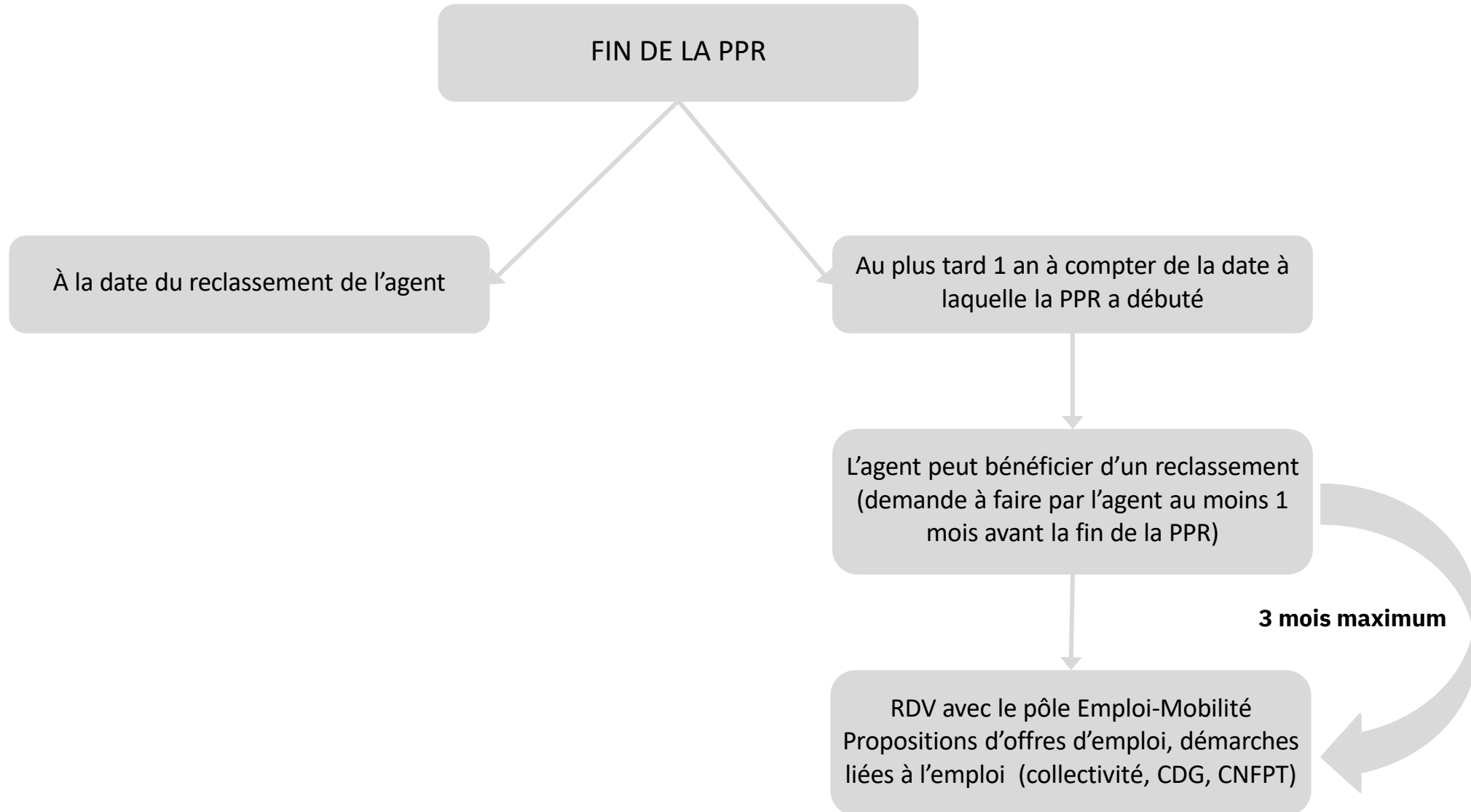
- Code Général de la Fonction Publique ;
- Décret n°2019-172 du 5 mars 2019 modifiant les dispositions du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 et du décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 ;
- Article 10 de l'Ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique ;
- Décret n° 2022-626 du 22 avril 2022 relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.













### ▼ Contacts

**Mme Armelle ANDRIEUX**

Mail : [a.andrieux@cdg16.fr](mailto:a.andrieux@cdg16.fr)

Tél. : 05.45.69.70.07

**Mme Caroline DANTON**

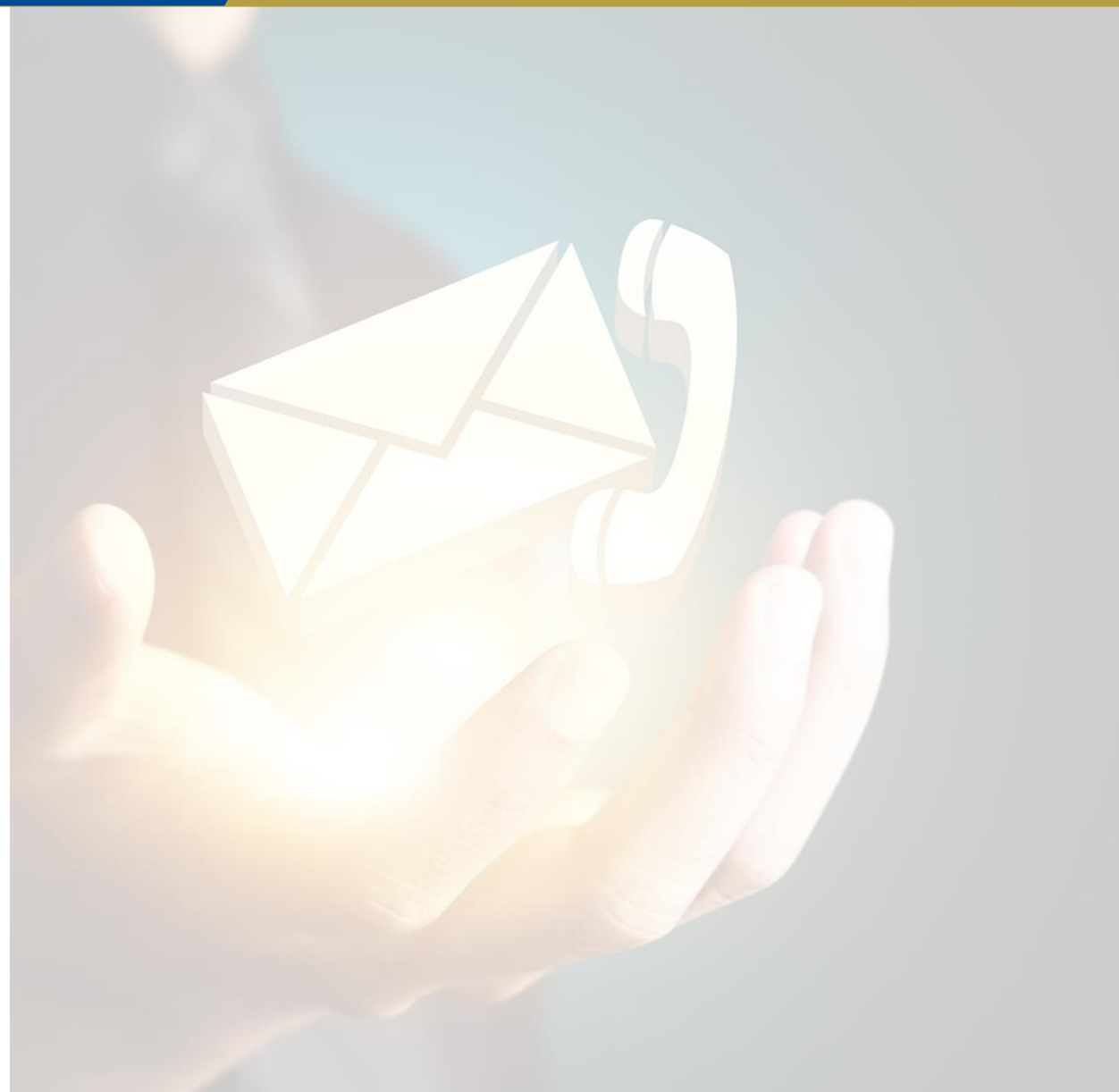
Mail : [c.danton@cdg16.fr](mailto:c.danton@cdg16.fr)

Tél. : 05.45.69.70.07

**Mme Chelsea FORESTIER**

Mail : [a.andrieux@cdg16.fr](mailto:a.andrieux@cdg16.fr)

Tél. : 05.45.69.70.07



# LE PÔLE RETRAITE

# Points abordés

## **LA COUVERTURE DU RISQUE INVALIDITÉ DES AGENTS TITULAIRES CNRACL**

- Les conditions d'admission
- Le calcul de la pension d'invalidité
- Les accessoires de la pension d'invalidité



### Les conditions pour obtenir une retraite pour invalidité

- Être un agent titulaire affilié à la CNRACL (+ de 28 h hebdo) ;
  - Inaptitude définitive et absolue à toutes fonctions ;
- ou
- Inaptitude définitive et absolue à ses fonctions + impossibilité de reclassement ;
  - Infirmité contractée ou aggravée pendant une période valable pour la retraite ;
  - Avoir épuisé ses droits maladie.

### Particularités

- Pas de condition d'âge
- Pas de condition de durée de services
- Pas de condition de taux minimum d'invalidité
- Pension attribuée à titre définitif et non révisable à l'âge légal de retraite
- Elle peut être accompagnée d'accessoires :
  - Rente d'invalidité
  - Majoration pour une tierce personne





## Si la CNRACL ne donne pas d'avis favorable pour l'invalidité

■ Si toutes les possibilités statutaires ont été épuisées:  
=> Licenciement pour inaptitude physique.

■ L'employeur prend un arrêté de licenciement pour inaptitude physique.

■ L'employeur remet à l'agent une attestation permettant une inscription à pôle emploi.

■ Il peut être attribuée à l'agent, selon ses droits, une allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) à la charge de la collectivité.

Le calcul se fait comme un pension normale avec un droit au minimum garanti si plus intéressant pour l'agent:

- **Si taux d'invalidité < à 60 % :**

Même formule de calcul que celle de la pension normale: Mais pas de décote

Trimestres acquis

----- X 75 % X traitement indiciaire brut\*

Trimestres requis

- **Si taux d'invalidité > ou égal à 60 % :**

Le montant de la pension ne peut être < à 50% du dernier traitement brut\*

\* *Dernier indice détenu pendant au moins 6 mois, ou sans condition de durée en cas d'invalidité imputable au service.*





### La rente d'invalidité

(Une rente d'invalidité peut accompagner la pension.)

#### Inaptitude définitive

Si l'inaptitude définitive est due à un accident de service, un accident de trajet ou une maladie survenue dans l'exercice des fonctions ou à l'occasion de l'exercice des fonctions.

#### Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI)

S'il perçoit une **Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI)** et que la ou les infirmités qu'elle indemnise se sont aggravées et contribuent à l'inaptitude définitive, cette ATI sera transformée en **rente d'invalidité**.

## La rente d'invalidité

- La rente n'indemnise, cependant, que les infirmités imputables au service.

- Montant de la **rente d'invalidité**:

Taux d'invalidité imputable X Dernier traitement de base



### La majoration pour tierce personne



#### Mensualités

Depuis le 01/04/2023 le montant mensuel alloué pour une tierce personne est de 1 283,23 €.



#### Aide financière

Aide financière allouée par la CNRACL au bénéficiaire de la pension d'invalidité lorsqu'il se trouve dans l'incapacité d'accomplir les actes ordinaires de la vie courante: se lever, se nourrir et se laver, etc.



#### Demande

Demande faite par l'agent au moment de la demande de pension pour invalidité ou à tout moment, après la radiation des cadres :

- Expertise par un médecin agréé + avis du conseil médical en formation plénière ;
- Accordée pour une période de 5 ans (définitive si favorable lors de la révision).

**Vos interlocuteurs :**

Mme Catherine FRANCOIS

Mme Nathalie GARDAIS

[retraite@cdg16.fr](mailto:retraite@cdg16.fr)



# PÔLE RESSOURCES HUMAINES



# Points abordés

## Présentation de la PSC

- Définition
- Références juridiques
- Les garanties minimales en matière de prévoyance (Fonctionnaires CNRACL)
- Les garanties minimales en matière de prévoyance (agents publics IRCANTEC)





Les **agents publics territoriaux peuvent** faire le choix d'adhérer, en plus du régime de **protection sociale de base** dont dispose tout agent, à une **protection sociale complémentaire (PSC)** destinée à couvrir les risques relatifs à leur état de santé.

Elle permet le versement de **prestations financières** venant **en complément de celles prévues par le statut** de la fonction publique et le code de la sécurité sociale.

La protection sociale complémentaire est destinée à couvrir **deux types de risques** :

Le risque  
« santé »

Le risque  
« prévoyance »



### RISQUE “SANTÉ”



En cas de maladie, d'accident ou de maternité, le contrat souscrit permet de bénéficier du remboursement de soins de santé non pris en charge ou partiellement pris en charge par la sécurité sociale.

### RISQUE “PRÉVOYANCE”



En cas d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès, ce contrat permet de bénéficier, en complément de la rémunération maintenue par l'employeur, d'une indemnité complémentaire destinée à compenser la perte de rémunération (lors du passage à demi traitement ou lors de l'épuisement par l'agent de ses droits à maintien de rémunération).



**La PSC se distingue de la mise en œuvre des prestations d'action sociale et de l'assurance statutaire**



**En cas de souscription par l'agent de manière facultative et individuelle** aux garanties de protection sociale complémentaire couvrant le risque « santé » et/ou le risque « prévoyance ».

**Participation possible** de l'employeur au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles leurs agents adhèrent.



Délibération soumise, pour avis, au Comité Social Territorial.





## Réforme à venir de la participation à la PSC

Prise en application de la loi de Transformation et de la Fonction Publique du 6 août 2019, l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 a posé le cadre de la réforme de la participation à la Protection Sociale Complémentaire (PSC).

### Objectifs

Renforcer **l'implication des employeurs** dans la prise en charge du coût de la PSC pour les agents.



## Réforme à venir de la participation à la PSC



Instauration de la participation financière obligatoire de l'employeur.



Conclusion possible d'un contrat collectif pour la couverture des 2 risques, avec possibilité de prévoir une souscription obligatoire des agents, suite à un accord valide (ordonnance n° 2021-174 du 17 février 2021).



L'obligation de participation financière de l'employeur doit entrer en vigueur :

- Au 1<sup>er</sup> janvier 2025 pour le risque « prévoyance »
- Au 1<sup>er</sup> janvier 2026 pour le risque « santé »

## Risque incapacité temporaire du travail

### INDEMNITÉS COMPLÉMENTAIRES VERSÉES

À compter du passage à demi traitement  
et jusqu'à l'épuisement des droits à congés de  
maladie.

- **Rémunération nette équivalente à 90% :**
  - du **traitement indiciaire**
  - de la **NBI**
  - + **40% du régime indemnitaire**
- **Perspective d'évolution :** prise en compte de 90% du régime indemnitaire

**A CONFIRMER**

### INDEMNITÉS COMPLÉMENTAIRES VERSÉES

En cas de placement en disponibilité d'office ou de  
maintien du demi-traitement dans l'attente de  
l'avis conseil médical.

- **Rémunération nette équivalente à 90% :**
  - du **traitement indiciaire**
  - de la **NBI**
  - + **40% du régime indemnitaire**
- **Perspective d'évolution :** prise en compte de 90% du régime indemnitaire

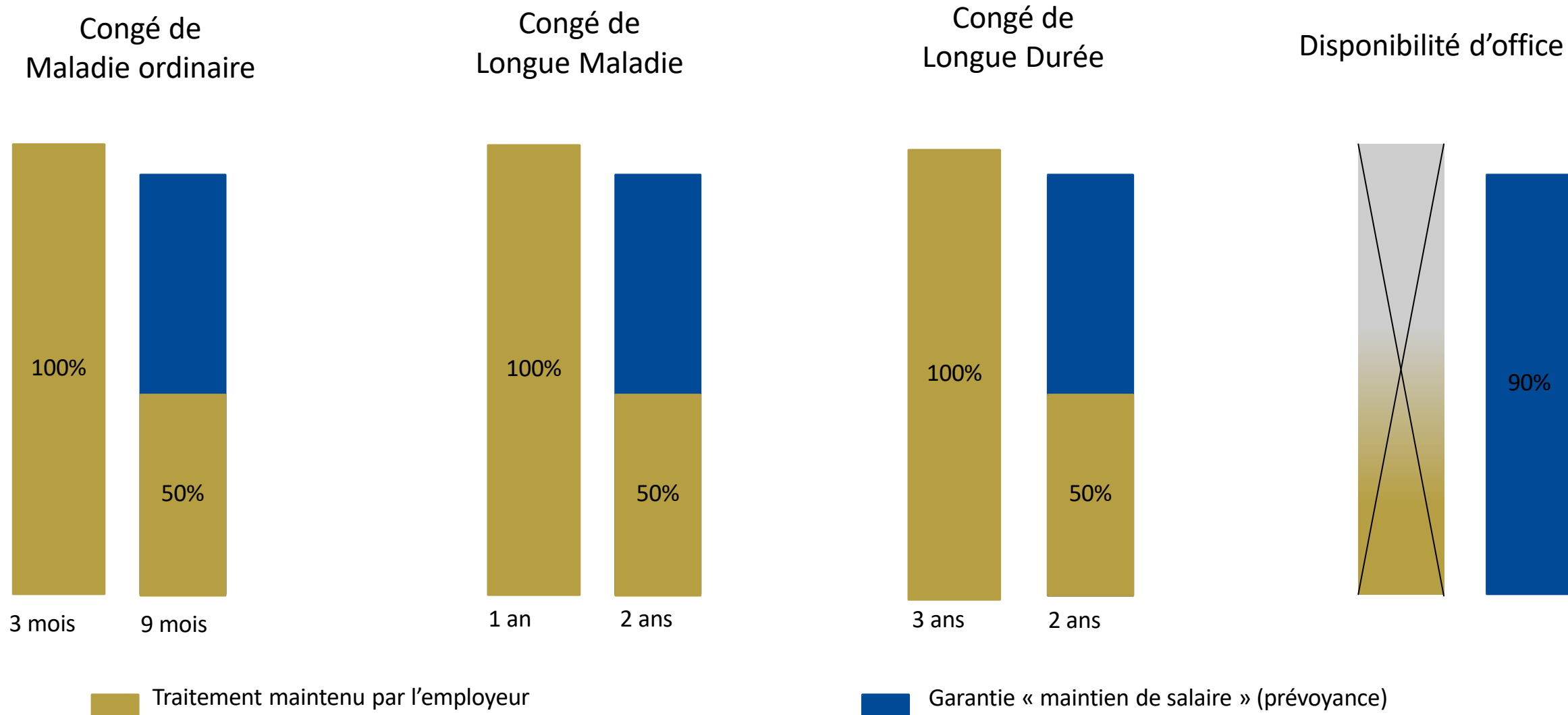
**A CONFIRMER**

**DÉDUCTION DES MONTANTS  
CORRESPONDANT AUX GARANTIES  
STATUTAIRES VERSÉS PAR L'EMPLOYEUR.**





## Illustration – Prévoyance - Fonctionnaires CNRACL



# La protection sociale complémentaire

Les garanties minimales en matière de  
prévoyance (Fonctionnaires CNRACL)

Perception d'une rente garantissant une rémunération équivalente à **90% du traitement net de référence**.

**Deux conditions** tenant à l'agent :

- Avoir été admis à la **retraite pour invalidité** ;
- Ne **pas avoir atteint l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite**.

Rente réévaluée  
au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année

Prise en compte  
dans la rémunération du versement d'autres  
prestations ou indemnités

RISQUE INVALIDITÉ

# La protection sociale complémentaire

Les garanties minimales  
en matière de prévoyance (agents  
publics IRCANTEC)

## INDEMNITÉS COMPLÉMENTAIRES VERSÉES

À compter du passage à demi traitement et jusqu'à l'épuisement des droits à congés de maladie.

- Rémunération nette équivalente à 90% :
  - du traitement indiciaire
  - de la NBI (pour les fonctionnaires)

## INDEMNITÉS COMPLÉMENTAIRES VERSÉES

- **Rémunération nette équivalente à 90%** :
  - du traitement indiciaire
  - de la **NBI** (pour les fonctionnaires)
  - + 40% du régime indemnitaire
- Perspective d'évolution : **prise en compte de 90% du régime indemnitaire**

**A CONFIRMER**

## Risque incapacité temporaire du travail

### + 40% DU RÉGIME INDEMNITAIRE

Perspective d'évolution : **prise en compte de 90% du régime indemnitaire**

Pour les agents de droit privé : **90% du revenu net** qui aurait été perçu durant la période de travail

**A CONFIRMER**

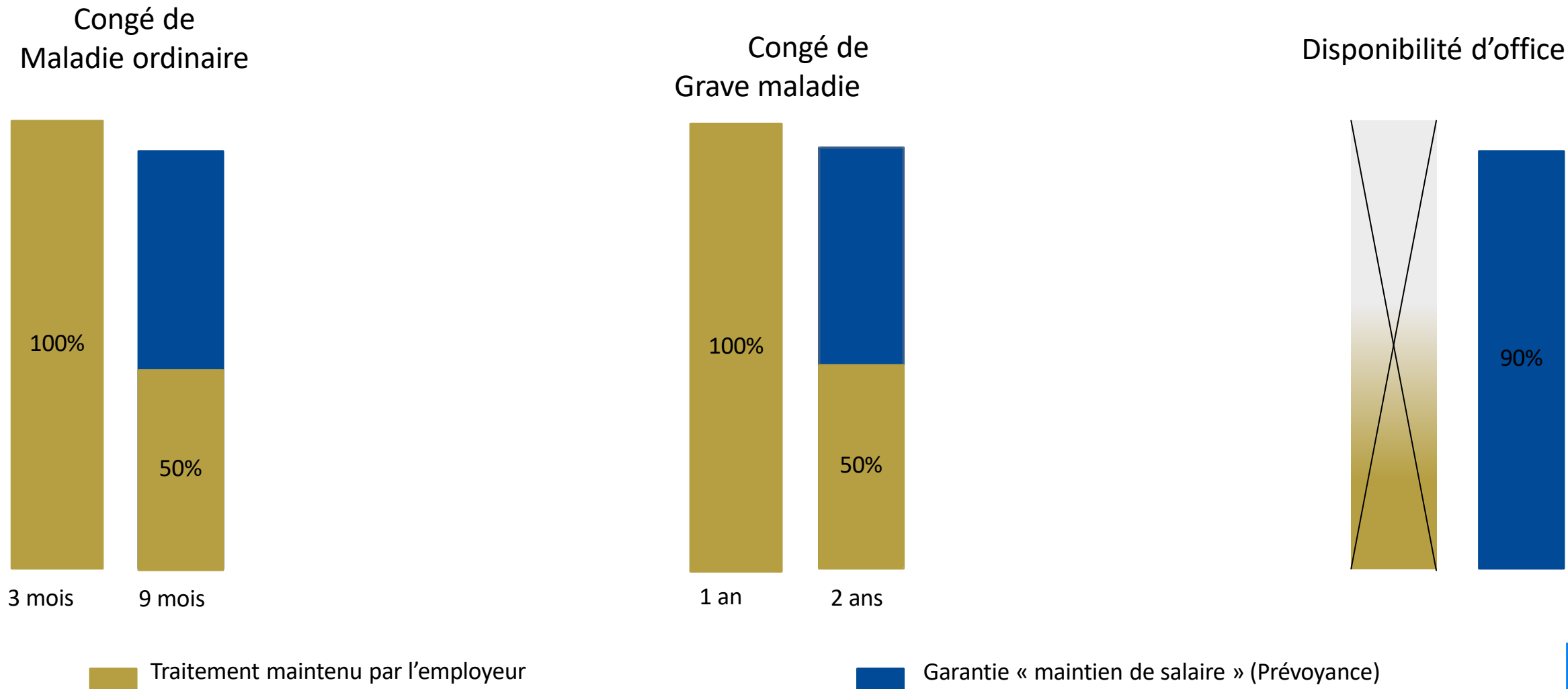
**DÉDUCTION DES MONTANTS  
CORRESPONDANT AUX GARANTIES  
STATUTAIRES VERSÉS PAR L'EMPLOYEUR.**



# La protection sociale complémentaire

Les garanties minimales en matière de prévoyance (agents publics IRCANTEC)

## Illustration - Prévoyance – Régime général



# La protection sociale complémentaire

Les garanties minimales  
en matière de prévoyance (agents  
publics IRCANTEC)

Perception d'une rente garantissant une rémunération équivalente à **90% du traitement net de référence**.

**Deux conditions non cumulatives** tenant à l'agent :

- Justifier d'une **invalidité réduisant d'au moins 2/3 leur capacité de travail** ou de gain avec un classement en **2ème ou 3ème catégorie**.

**OU**

- Justifier d'un **taux d'incapacité au moins égal à 66%** en cas de **maladie professionnelle ou d'accident du travail**.

Rente réévaluée  
au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année

Prise en compte  
dans la rémunération du versement d'autres  
prestations ou indemnités

RISQUE INVALIDITÉ

