

## Qu'est ce que le Conseil Médical Supérieur ?

Le CMS est une instance consultative d'appel des avis rendus en premier ressort par les conseils médicaux, c'est-à-dire sur l'un des sept points énumérés à l'article 7 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié par l'article du décret n° 2022-353 du 11 mars 2022.

Il siège au ministère chargé de la santé (Direction Générale de la Santé) et est composé de médecins nommés par le ministre chargé de la santé pour une durée de 3 ans.

Il se prononce uniquement sur la base des pièces figurant au dossier tel qu'il lui est soumis au jour où il l'examine.

## Comment saisir le Conseil Médical Supérieur ?

La saisine du CMS peut être réalisée soit par l'agent, soit par la collectivité employeur.

Dans le premier cas, l'agent doit adresser à sa collectivité un courrier faisant recours contre l'avis rendu par le conseil médical (**Annexe 1**). Dans le second cas, la collectivité doit faire un courrier portant recours contre l'avis rendu par le conseil médical à son initiative (**Annexe 2**).

La collectivité doit obligatoirement transmettre cette requête au conseil médical départemental ainsi que tous documents d'ordre médical à l'appui de la demande **DANS UN DELAI DE 2 MOIS A DATER DE LA RECEPTION DE L'AVIS DU CONSEIL MEDICAL FORMATION RESTREINTE.**

Dès réception de la demande, le conseil médical départemental envoie au CMS les documents suivants :

- Fiche de transmission complétée par le secrétariat du CMD (Annexe 3)
- Lettre de recours de l'agent ou de l'employeur (lettre et rapport administratif)
- Procès-Verbal du conseil médical départemental contesté
- Expertises médicales (celle ayant servi de base pour l'avis contesté et celles antérieures) classées par date
- Certificats médicaux transmis par l'agent à l'appui de son recours
- Avis rendus par le médecin de prévention
- Fiche de poste de l'agent (si question portant sur l'aptitude)

## Quels délais de réponse ?

Le traitement des demandes de recours est variable et peut prendre plusieurs mois après saisine selon les pathologies.

## L'avis rendu par le CMS :

Dès réception de l'avis rendu par l'instance d'appel, le conseil médical départemental conserve une copie du Procès Verbal du Conseil Médical Supérieur et adresse l'original à la collectivité employeur qui informera à son tour l'agent.

### A NOTER

- Le Conseil Médical Supérieur a pour seul interlocuteur le Conseil Médical Départemental . L'agent ou la collectivité ne peut pas le contacter, ni par mail, ni par téléphone, ni par écrit.
- Aucun document complémentaire à ceux envoyés initialement au CMS ne sera pris en compte par ce dernier pour l'étude du dossier.

*Annexe 1 : Modèle de lettre de saisine du conseil médical supérieur par un agent*

*Annexe 2 : Modèle de lettre de saisine du conseil médical supérieur par une collectivité*

*Annexe 3 : Fiche de transmission du dossier (complétée par le conseil médical départemental)*

*Annexe 4 : Extrait du décret n° 86-442 du 14 mars 1986*

**MODÈLE LETTRE DE SAISINE DU CONSEIL MÉDICAL SUPÉRIEUR PAR UN AGENT**

Date :

(Nom, prénom et adresse de l'agent)

à

Monsieur le Maire/Président  
de .....**Objet : Demande de saisine du Conseil Médical Supérieur**

Monsieur le Maire (Président),

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir transmettre mon dossier au Conseil Médical Supérieur.

En effet, je porte recours contre l'avis rendu par le conseil médical départemental en date du..... concernant ma demande de.....

Par la présente, je demande que celui-ci se prononce sur :

☞  l'octroi ou  la prolongation de (cocher l'option correspondante) :

- mon congé de maladie ordinaire.
- mon congé de longue maladie.
- mon congé de longue durée.
- mon temps partiel pour raison thérapeutique.

À compter du .....

**OU**☞ **mon aptitude à** (cocher l'option correspondante) :

- la reprise à temps plein
- la reprise à temps partiel pour raison thérapeutique  
(avec ou sans aménagement de poste)

à compter du .....

**OU**☞ **mon aptitude à occuper mon poste de travail**

Vous voudrez bien trouver ci-joint sous pli confidentiel les éléments médicaux établis par mon médecin traitant.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Monsieur le Maire/Président, à l'assurance de mes sentiments distingués.

Signature.....

**MODÈLE LETTRE DE SAISINE DU CONSEIL MÉDICAL SUPÉRIEUR PAR UNE COLLECTIVITÉ**

Date :

**(Nom, prénom, qualité  
adresse de la collectivité )**

à

Monsieur le Président  
du conseil médical départemental de la  
Fonction Publique Territoriale**Objet : Demande de saisine du Conseil Médical Supérieur**

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir transmettre le dossier ci-joint au Conseil Médical Supérieur.

En effet, je porte recours contre l'avis rendu par le conseil médical départemental en date du..... concernant la demande de notre agent.....portant sur.....

Par la présente, je demande que celui-ci se prononce sur :

☞  l'octroi ou  la prolongation de (cocher l'option correspondante) :

- son congé de maladie ordinaire.
- son congé de longue maladie.
- son congé de longue durée.
- son temps partiel pour raison thérapeutique.

À compter du .....

**OU**

☞ son aptitude à (cocher l'option correspondante) :

- la reprise à temps plein
- la reprise à temps partiel pour raison thérapeutique  
(avec ou sans aménagement de poste)

à compter du .....

**OU**

☞ son aptitude à occuper son poste de travail

Vous voudrez bien trouver ci-joint le rapport d'enquête administrative établi par mes services.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de mes sentiments distingués.

Cachet + Signature.....

## SAISINE CONSEIL MEDICAL SUPERIEUR

# FICHE DE TRANSMISSION DU DOSSIER

(à compléter par le conseil médical compétent et à joindre à chaque dossier)

**Nom et Prénom de l'Agent :**

**Date de naissance de l'Agent :**

**Collectivité Territoriale employeur :**

**Poste occupé :**

**Date titularisation :**

**Date d'envoi de la demande de recours au CMS :**

(Date de transmission du dossier par le comité médical)

**Motif de la saisine du CMS :**     Recours de l'agent     Recours de la collectivité employeur

**PV contesté :** (Date du Conseil Médical Départemental) \_\_\_\_\_

**Demande de l'agent (ou de l'employeur) :** \_\_\_\_\_

**Congés maladie obtenus et en cours :**

(par ordre chronologique et par nature depuis le début de la pathologie en cause) \_\_\_\_\_

<b>Nature congé maladie</b> (CMO, CLM, CLD, DORS)	<b>Dates</b> (du ..... au .....)

**Code CIM 10 :**

**Observations éventuelles du conseil médical :**

**Coordonnées du conseil médical :**    Conseil Médical Départemental de l'Ariège  
Centre de Gestion  
10 rue germain authié  
09000 FOIX

**Affaire suivi par :**    Mme Armelle COMTE

☎ 05.34.09.81.63    Mél : conseil.medical.fr@cdg09.fr