Centre de gestion
de la fonction publique
territoriale de la Charente

Angoulême, le 13 janvier 2022

Le Président de la commission de réforme

A

Monsieur Le Maire
Mairie
61, rue de la République
16560 AUSSAC VADALLE

Affaire suivie par Nathalie Gardais - Secrétariat Commission de réforme
☎ 05.45.69.45.80 – n.gardais@cdg16.fr

Objet : Séance de la commission de réforme du 13.01.2022

Monsieur le Maire,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir, ci-joint, le procès-verbal de la séance de la commission de réforme du 13 janvier 2022 pour l'agent :

LALUT Pascal, Adjoint technique principal 2ème classe

Du fait du caractère consultatif des avis rendus par cette instance, qui constituent un acte préparatoire à la décision administrative, il vous revient de notifier à l'agent concerné, en recommandé avec accusé de réception de préférence, la décision le concernant en précisant les voies et délais de recours.

Si vous prenez une décision de rejet de la demande de votre agent, celle-ci devra être obligatoirement motivée si elle rentre dans le champ d'application du Code des relations entre le public et l'administration.

En ce qui concerne les éventuels recours, ils doivent être formés dès que les avis sur lesquels porte le litige sont connus du requérant (fonctionnaire ou administration, selon le cas).

Veuillez croire, Monsieur le Maire, en l'expression de mes sincères salutations.

Le Président de la Commission de Réforme,
Monsieur Michel GERMANEAU

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Charente
COMMISSION DE REFORME

DEPARTEMENT DE LA CHARENTE

CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION
PUBLIQUE TERRITORIALE

COMMISSION DE REFORME
des agents territoriaux des communes et
établissements publics affiliés au CDG

Procès-verbal de la commission de réforme ***Séance du 13/01/2022***
MODELE AF4

MEMBRES DE LA COMMISSION DE REFORME

Le Président : M. Michel GERMANEAU P
Représentants de la collectivité employeur :
-Mme Brigitte BAPTISTE : P
-Mme Fabienne GODICHAUD : P
Représentants du personnel appartenant à la même catégorie que l'agent :
-Mme Sylvie BRETHONNET : P
-Mme Valérie LOUBERE : excusée – M. Emmanuel LAGARDE-SOURIS : P
Médecins agréés généralistes :
-Dr Antoine TROUVE : ***médecin expert ne participe pas au vote***
-Dr Gilles TEYSSEDOU : P

Rapport médical (AF3) soumis à l'avis de la commission :
Expertise du Dr Trouvé le 27.09.2021

En exécution de l'article 31 du décret n°2003-13306 du 26 décembre 2003 la commission de réforme a procédé à l'examen de la situation de :

Nom patronymique de l'agent : **LALUT Pascal** .....

Nom d'usage (épouse, divorcée, veuve) : .....

NIR : 1620916015050 .....

Emploi grade actuellement détenu : Adjoint technique principal 2ème classe .....

Nature exacte des dernières fonctions exercées : Agent service technique polyvalent

Collectivité employeur : **Mairie Aussac Vadalle**

L'intéressé (ayant cause, représentant) a-t-il :

-été invité à prendre connaissance du dossier ? ☒ Oui ☐ Non

-comparu devant la commission ? ☐ Oui ☒ Non

Caisse des Dépôts
RETRAITES

www.cdc.retraites.fr

Commune d'AUSSAC-VADALLE
Mairie
61 rue de la République
16560 AUSSAC-VADALLE
Tél. : 05.45.20.61.60

ETABLISSEMENT DE BORDEAUX
SERVICE DES RISQUES PROFESSIONNELS

ATTESTATION

Je soussigné (e) nom, prénom, ---- Liot Gérard ----
Représentant légal de la collectivité ou de l'établissement public d'emploi---- Cne Aussac-Vadalle
en qualité de (fonction) ---- Maire ----
Dûment habilité par délégation de ou du ----

Déclare que la collectivité ou l'établissement public d'emploi ----
a étudié toutes les possibilités d'aménagement du poste de travail ou de reclassement pour raison de santé, telles qu'elles sont prévues par les articles 71 à 76 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ou 81 à 86 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 (rayer la mention inutile) et les décrets pris pour leur application, préalablement à la demande de pension pour invalidité concernant Nom---- LALU ----nom patronymique ----prénom---- PASCAL
qualité---- Agent ----, contrat CNRACL n° ---- 1B878WXH.

☒ Certifie qu'il n'a pas été possible de lui trouver un poste adapté ou un emploi de reclassement lui permettant de continuer son activité dans des conditions compatibles avec son état de santé.*

☐ Certifie que l'agent a refusé de déposer une demande de reclassement *

☐ Certifie que l'agent a refusé les propositions de reclassement qui lui ont été faites pour un motif non lié à son état de santé *

Déclare le présent dossier de demande de pension pour invalidité complet.

Fait le 19 novembre 2021 à Vadalle

Signature et cachet de l'employeur

MAIRIE D'AUSSAC-VADALLE R.F. (Charente)

* Cochez la case correspondante.

Cachet et date de séance de la Commission Départementale de Réforme ou du Comité Médical :
09 / 11 / 2021

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Charente
COMITE MEDICAL

Centre de gestion
de la fonction publique
territoriale de la Charente

Angoulême, le 13 décembre 2021

Le Président de la commission de réforme

A

Monsieur Le Maire
Mairie
61, rue de la République
16560 AUSSAC VADALLE

Affaire suivie par Nathalie Gardais - Secrétariat Commission de réforme
☎ 05.45.69.45.80 – n.gardais@cdg16.fr

Monsieur le Maire,

Je vous informe que j'ai réceptionné le dossier de saisine de la commission de réforme pour Monsieur LALUT Pascal ayant pour objet : *Demande d'avis retraite pour invalidité.*

J'ai l'honneur de vous faire savoir que la commission de réforme se réunira le **Jeudi 13 janvier 2022** à partir de 7H30 afin de donner un avis sur cette demande.

Par ailleurs, je vous précise, qu'en référence au Code des relations entre le public et l'administration, l'ensemble du dossier administratif est communicable, à la collectivité et à l'agent, sur demande.

Restant à votre disposition,

Veuillez croire, Madame le Maire, en l'expression de mes sincères salutations.

Le Président de la Commission de Réforme,
Monsieur Michel GERMANEAU

Pour information, membres de la commission de réforme en qualité de représentants de l'administration :

- **Mme Brigitte BAPTISTE**
- **Mme Fabienne GODICHAUD**

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Charente
COMMISSION DE REFORME

CNRACL

CAISSE NATIONALE DE RETRAITES
DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES

ETABLISSEMENT DE BORDEAUX

RAPPORT MÉDICAL
(Modèle AF3)

Les lettres en marge renvoient aux consignes de la notice explicative sur le site : www.cnracl.fr > Employeur > Imprimés

Partie à remplir par l'employeur avant l'examen médical - Compléter également le cadre I - page 3

A

Nom patronymique et prénom de l'agent : LAUT Pascal

Nom d'usage *(épouse, divorcée, veuve)* :

Date de naissance : 11 09 62 NIR : 1 62 09 16 015 050

B

Employeur : Commune d'Aussac-Vadalle

N° affiliation de l'agent : 016 C3 732 00 0004

Emploi/grade actuellement détenu : Adjoint technique territorial principal

Nature exacte des dernières fonctions exercées : entretien voirie et bâtiments

(description précise et détaillée des tâches effectuées par l'agent ou joindre la fiche descriptive des fonctions)

voir fiche jointe

C

Date d'affiliation à la CNRACL : 01 10 2007

Date du dernier jour valable pour la retraite : ____

Date de radiation des cadres : ____

D

Joindre le certificat d'aptitude physique à l'emploi établi lors de la titularisation, un état des congés longue maladie, longue durée et pour la maladie ordinaire, un état portant sur les deux dernières années.

- L'agent a-t-il été victime d'un accident de service ? ☐ Oui ☒ Non
- A-t-il été reconnu en maladie professionnelle ? ☐ Oui ☒ Non

Si "oui", joindre un rapport hiérarchique, le certificat médical initial (photocopie), le certificat de consolidation et l'avis du médecin de prévention.

- L'agent demande-t-il à bénéficier de la majoration de pension pour assistance d'une tierce personne ? ☐ Oui ☒ Non

Si "oui", joindre le questionnaire TP - www.cnracl.fr

Renseignements médicaux

Infirmités déjà rémunérées *(joindre fiche descriptive des affections)*	Régime	Taux	Date de constatation

E

Nom et adresse du médecin traitant :

Dr MARTIN Jean-Bruno
4 rue du Dr André DEGORCE 16460 AUNAC

Téléphone : 05 45 22 24 07

F

Certifié exact, 19 11 21

La collectivité :
(cachet et signature)

MAIRIE D'AUSSAC-VADALLE (Charente) R.F.

AF3-1401

AF3 - Partie à remplir par le médecin

Je soussigné, Docteur PROVE , praticien agréé ou expert,

certifie avoir examiné le 27/09/21

☐ Madame ☒ Monsieur LAWI Pascal

N°	Libellés des infirmités présentées par l'agent dans leur ordre d'apparition (même si elles sont déjà rémunérées)	Date d'apparition	Infirmité imputable au service	Taux préexistant à l'affiliation*	Taux au dernier jour valable*	Taux à la radiation* des cadres (en cas d'imputabilité)
→	Névrose à composante dépressive	03/11/2020	☐ Oui ☒ Non	0%	20%	
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			

G

Les libellés et les taux doivent être déterminés conformément au barème annexé au code des pensions civiles et militaires de retraite

** Voir dates en page 1, cadre C*

RAPPORT MEDICAL

Joindre obligatoirement un rapport médical, **de préférence dactylographié**, établissant le lien entre les infirmités énumérées et l'impossibilité pour l'agent d'effectuer les tâches qui lui incombent (cf. cadre B, page 1)

CONCLUSIONS SUR L'INAPTITUDE

Le fonctionnaire est-il inapte à exercer ses fonctions ? ☒ Oui ☐ Non

Si oui, est-il apte à exercer des fonctions sous réserve :

- d'un aménagement de poste/fonctions ou de ses conditions de travail ? ☐ Oui ☒ Non
- d'une mesure de reclassement ? ☐ Oui ☒ Non

Le fonctionnaire est-il inapte à exercer toutes fonctions ? ☒ Oui ☐ Non

L'inaptitude du fonctionnaire est-elle définitive ? ☒ Oui ☐ Non

H

TIERCE PERSONNE

L'état de santé de l'agent nécessite-t-il l'assistance d'une tierce personne ? ☐ Oui ☒ Non

Si "oui", joindre le questionnaire TP - www.cnracl.fr

AF3 - Examen de : _____ Date |_|_|_|_|_|_|

(Nom et prénom du fonctionnaire)

Partie à remplir s'il existe des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle rémunérées par une allocation temporaire d'invalidité.

Partie à remplir par l'employeur

ATIACL* - N° 01 AJG 220

N°	Libellés des Infirmités	Date de l'accident ou de la maladie professionnelle	Taux rémunéré

Partie à remplir par le médecin

Taux d'invalidité à la radiation des cadres

* *Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales*

Partie à remplir par le médecin

S'il y a eu aggravation de l'une au moins des infirmités ci dessus, préciser :

- Si elle est due à un fait étranger à l'accident de service ou à la maladie professionnelle : ☐ Oui ☐ Non

- Si elle entraîne l'incapacité absolue et définitive de continuer ses fonctions : ☐ Oui ☐ Non

VOTRE POSITION DEVRA ÊTRE ARGUMENTÉE DANS VOTRE RAPPORT MÉDICAL

AF3 - Examen de : _____ Date |_|_|_|_|_|_|

(Nom et prénom du fonctionnaire)

Partie à remplir par le médecin s'il existe des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle non rémunérées par une allocation temporaire d'invalidité.

Infirmités provoquées par l'accident de service (AS) ou la maladie professionnelle (MP)

K

N°	Libellés des infirmités	Taux à la radiation
→		
→		
→		

Infirmités préexistantes aggravées par l'accident de service (AS) ou la maladie professionnelle (MP)

L

N°	Libellés des infirmités	Taux à la veille de l'AS ou MP	Taux à la radiation
→			
→			
→			

M

S'il existe un état antérieur à l'accident de service (AS) ou à la maladie professionnelle (MP) l'inaptitude résulte-t-elle :

- des séquelles de l'AS ou de la MP ? ☐ Oui ☐ Non
- de l'évolution de l'état antérieur ? ☐ Oui ☐ Non

N

En cas de maladie professionnelle, existe-t-il un lien direct et certain entre la maladie et les fonctions exercées ? ☐ Oui ☐ Non

O

Coexistence d'infirmités imputables et non imputables au service

Les blessures ou maladies contractées ou aggravées en service contribuent-elles à la mise à la retraite pour inaptitude du fonctionnaire ? ☐ Oui ☐ Non

Votre position devra être argumentée dans votre rapport médical

P

Fait à VAL de BONNIENNE le 22/12/21

Cachet et signature du médecin :

Tout certificat ne comportant pas de cachet et de signature sera retourné

Docteur TROUVE Antoine
01. Généraliste Conventionné
Saint Angeau - 16230 MANSLE
01 201 16.1.011 218

Caisse des Dépôts
RETRAITES

www.cdc.retraites.fr

Commune d'AUSSAC-VADALLE
Mairie
61 rue de la République
16560 AUSSAC-VADALLE
Tél. : 05.45.20.61.60

ETABLISSEMENT DE BORDEAUX
SERVICE DES RISQUES PROFESSIONNELS

ATTESTATION

Je soussigné (e) nom, prénom, ---- LIOT Gérard ----
Représentant légal de la collectivité ou de l'établissement public d'emploi---- Cne Aussac-Vadalle ----
en qualité de (fonction) ---- Maire ----
Dûment habilité par délégation de ou du ----

Déclare que la collectivité ou l'établissement public d'emploi ----
a étudié toutes les possibilités d'aménagement du poste de travail ou de reclassement pour raison de santé, telles qu'elles sont prévues par les articles 71 à 76 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ou 81 à 86 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 (rayer la mention inutile) et les décrets pris pour leur application, préalablement à la demande de pension pour invalidité concernant Nom---- CALVI ----nom patronymique ----prénom---- PASCAL
qualité---- Agent ----, contrat CNRACL n° ---- 1BB78WXH.

☒ Certifie qu'il n'a pas été possible de lui trouver un poste adapté ou un emploi de reclassement lui permettant de continuer son activité dans des conditions compatibles avec son état de santé.*

☐ Certifie que l'agent a refusé de déposer une demande de reclassement *

☐ Certifie que l'agent a refusé les propositions de reclassement qui lui ont été faites pour un motif non lié à son état de santé *

Déclare le présent dossier de demande de pension pour invalidité complet.

Fait le ---- 19 novembre 2021 ---- à ---- Vadalle ----

Signature et cachet de l'employeur

MAIRIE D'AUSSAC-VADALLE R.F. (Charente)

* Cochez la case correspondante.

Cachet et date de séance ~~de la Commission Départementale de Réforme~~ ou du Comité Médical :
09 / 11 / 2021

Monsieur le Président de la Commission
de Réforme
CDG16
30, Rue Denis Papin
CS12213
16022 ANGOULEME Cedex

Bordereau d'envoi

Monsieur le Président de la Commission de Réforme,

Je vous transmets sous ce pli le bordereau de saisine de la commission de réforme et une copie du procès verbal Séance du 09/11/2021.

Vous en souhaitant bonne réception.

Sincères salutations

Fait à AUSSAC-VADALLE le 19 novembre 2021

Le Maire,
Gérard LIOT
P/o la secrétaire

Centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Charente

Annexe 1

BORDEREAU DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

A remplir par l'employeur

Informations concernant l'agent

COLLECTIVITE : Commune d'AUSSAC-VADALLE

Personne en charge du dossier : Nom – Prénom : CROIZARD Céline

☎ : 05 45 20 61 60 Fax : .....

Mail : mairie@aussac-vadalle.fr

NOM D'USAGE de l'agent : LALVT **NOM DE FAMILLE** : .....

PRENOM : Pascal DATE DE NAISSANCE : 11/09/1962

ADRESSE PERSONNELLE DE L'AGENT : 2 rue du Bois de la Croix Ravaud 16560 AUSSAC-VADALLE

GRADE : Adjoint technique territorial principal de 2ème classe FONCTIONS : Entretien de la voirie et des bâtiments

LATERALITE de l'AGENT : .....

TEMPS COMPLET : ☒ TEMPS INCOMPLET : ☐ TEMPS PARTIEL : ☐

Préciser le nombre d'heures mensuelles : .....

Catégorie Sédentaire : ☒ Catégorie Active : ☐

DATE DE TITULARISATION : 01/02/2007 CATEGORIE : ☐ A ☐ B ☒ C

MEDECIN DE PREVENTION : Docteur Christophe JANNET

Y a-t-il eu antérieurement une saisine du comité médical ou de la commission de réforme ?

☒ Oui ☐ Non Si oui préciser pour quel motif : aptitude aux fonctions voir PJ

Objet de la saisine de la commission de réforme

- ☐ Imputabilité au service de l'accident *(en cas de doute ou de contestation)*
- ☐ Imputabilité au service d'une maladie professionnelle *(en cas de doute ou de contestation)*
- ☐ Imputabilité au service d'une maladie contractée en service *(en cas de doute ou de contestation)*
- ☐ Imputabilité d'une rechute à un accident de service ou maladie professionnelle
- ☐ Prise en charge de frais médicaux
- ☐ Reclassement, Consolidation, Aptitude ou Inaptitude *(rayer les mentions inutiles)*
- ☐ Pension d'invalidité imputable au service
- ☐ Pension d'invalidité non imputable au service
- ☐ Mise à la retraite d'un agent pour invalidité du conjoint, ou de l'enfant
- ☐ Allocation temporaire d'Invalidité (ATI) – suite à l'accident ou maladie imputable
- ☐ Révision de l'ATI (quinquennale, sur demande, en cas de nouvel accident ou à la radiation des cadres)
- ☐ Allocation d'invalidité temporaire (AIT) – versée en disponibilité d'office pour maladie
- ☐ Majoration tierce personne
- ☒ Autres cas : retraite pour invalidité

A AUSSAC-VADALLE, le 19/11/2021.

Cachet et signature

Le Maire,

MAIRIE D'AUSSAC-VADALLE (Charente)

Gérard LIOT

(1) Préciser les dates

DEPARTEMENT DE LA CHARENTE

CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION
PUBLIQUE TERRITORIALE

COMITE MEDICAL DEPARTEMENTAL
des agents territoriaux des communes et établissements publics

PROCES VERBAL Séance du 09/11/2021

Collectivité : *Mairie de AUSSAC-VADALLE*

Nom et prénom de l'agent : **Monsieur LALUT Pascal**
Né(e) le : 11/09/1962
Qualité : Adjoint technique principal 2ème classe

Objet de la saisine : Aptitude aux fonctions

AVIS DU COMITE :

- **En l'absence de reclassement, M. Lalut est inapte de manière totale et définitive à l'exercice de toutes fonctions.**
- **La disponibilité d'office pour maladie est prolongée du 27.10.2021 et jusqu'au terme de la procédure de retraite pour invalidité.**

En cas de CLM – Arrêté du 14-3-1986 : - article 1
- article 2
- article 3

Observations :

Les médecins membres du comité médical,

Le médecin spécialiste de l'affection