

**MISSION D'EXPERTISE AUPRES  
D'UN MEDECIN AGREE**

**Accident de service ou de trajet  
Maladie professionnelle**

Madame, Monsieur, cher Confrère,

Dans le cadre de vos attributions de médecin agréé, nous vous confirmons que vous êtes mandaté pour effectuer une **mission d'expertise auprès de notre Agent** :

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Grade :**

• adresse :

.....  
.....  
.....

• poste occupé : .....

• temps de travail : ..... h ..... hebdomadaires

• l'agent relève du statut :       **IRCANTEC**       **CNCRACL**

Cet agent a déclaré :

un accident de service survenu le ..... / ..... / .....

un accident de trajet survenu le ..... / ..... / .....

une maladie avec demande de prise en charge au titre de la MP à compter du ..... / ..... / .....

Il présente à ce titre un arrêt de travail jusqu'au ..... / ..... / .....

Le cas échéant ses droits à congés prendront fin le ..... / ..... / .....

Vous trouverez ci-joint les pièces relatives au dossier dont la fiche de poste.

Votre mission est d'examiner le patient afin de répondre aux questions suivantes :

1/ Selon le cas :

a) accident de service / de trajet :

- L'accident est-il imputable au service ?
- Préciser la nature des lésions (examen clinique précis et détaillé) et indiquer si elles sont en lien direct avec l'accident

b) maladie professionnelle :

la pathologie présentée par l'agent figure-t-elle dans le tableau des maladies professionnelles ?

Si oui, préciser chacun des items suivants :

- le délai d'exposition au risque et le délai de prise en charge permettent-ils la reconnaissance de la pathologie en maladie professionnelle ?
- les tâches réalisées par l'agent et les gestes et postures de travail qui en découlent peuvent-elles être à l'origine de la maladie professionnelle ?
- si l'ensemble des trois conditions précédentes ne sont pas remplies, la pathologie en cause peut-elle être assimilée à une maladie imputable au service ?

Si non, est-il possible de considérer que :

- la pathologie est-elle directement imputable à l'activité professionnelle habituelle de l'agent ?
- la maladie est-elle essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et entraîne-t-elle une incapacité permanente partielle au moins égale à 25% du barème d'invalidité retenu pour les maladies professionnelles ?

2/ L'arrêt en cours est-il médicalement justifié ?

3/ Existe-t-il un état antérieur préexistant nécessitant de définir la part qui doit s'imposer à l'employeur ?

4/ Statuer sur la prise en charge des soins et frais médicaux prescrits au titre de l'accident ou de la MP depuis le .....

5/ L'état de santé de l'agent lui permet-il de reprendre une activité professionnelle (le cas échéant avant sa fin de droits) ? dans l'affirmative, préciser la date de reprise et les conditions de celle-ci : restrictions éventuelles, aménagements utiles, temps complet ou temps partiel thérapeutique (en préciser la quotité)

6/ Dans l'hypothèse d'une inaptitude, en préciser les modalités (temporaire, totale et définitive à ses fonctions, à toutes les fonctions de son grade, à toutes fonctions).

Si un reclassement professionnel peut être envisagé, indiquer les postes ou emplois susceptibles d'être occupés.

En cas d'inaptitude totale et définitive à toutes fonctions, évaluer le taux d'invalidité et remplir le formulaire AF3 joint au présent courrier

7/ Si l'état de santé de l'agent n'est plus évolutif, vous prononcer sur la consolidation, et en préciser la date, ainsi que le taux d'IPP

8/ Si l'agent est consolidé, statuer sur la nécessité d'une prise en charge de soins post-consolidation en précisant leur nature, leur durée et/ou leur fréquence

## Note d'informations

Nous avons informé l'agent de la date de l'examen médical que vous avez fixé au ....., en lui demandant d'apporter son dossier médical. Merci de nous contacter avant tout changement de la date du rendez-vous.

Dans le cas où l'agent ne se présente pas à l'expertise, merci de nous contacter par téléphone le jour même, afin que nous vous transmettions par fax/mail un document pré rempli vous permettant de nous confirmer son absence par écrit.

Nous vous remercions de ne pas accepter de modification de rendez-vous par le patient et de l'orienter vers sa collectivité/employeur.

**Dans le cas où vous fixez une reprise à court terme ou une modification de prise en charge,** nous vous remercions de nous adresser vos conclusions le jour de l'examen afin que nous les transmettions au plus vite au responsable du service.

**Dans les 5 jours** : nous vous demandons de bien vouloir nous communiquer vos conclusions administratives (selon modèle ci-après) par fax ou par mail.

**Puis dans un délai de 21 jours maximum,** vous nous adresserez le dossier complet incluant :

- vos conclusions administratives signées et rédigées distinctement du rapport médical (celles-ci ne doivent pas comporter de diagnostic médical autre que celui déclaré par l'agent et pouvant relever de la maladie ordinaire),
- votre rapport médical complet sous enveloppe confidentielle.
- votre facture d'honoraires dûment complétée (+ RIB s'il s'agit de votre première mission)

Merci de veiller à indiquer dans votre rapport par quelle collectivité vous êtes mandaté.

Ci-dessous un modèle que vous pouvez compléter pour  
nous adresser vos

**CONCLUSIONS ADMINISTRATIVES**

Pour l'agent : ..... né le : ..... / ..... / .....

qui occupe le poste : .....  
 fin de droits à congés :  Non communiqué  fin le ..... / ..... / ..... MO\_CLM\_CGM\_CLD\_DO

Evènement :  accident  maladie professionnelle  Date de début ..... / ..... / .....

Pathologie Antérieure susceptible d'interférer :  NON  
 (à détailler dans le rapport)  OUI /du fait de séquelles avec IPP antérieure = ..... %  
 OUI /autre pathologie continuant à évoluer.

**Imputabilité de l'évènement actuel**

- Pathologie actuelle réputée sans lien avec l'exercice professionnel
- Accident de Service survenu le ..... / ..... / ..... à .....h.....
- Accident de Trajet survenu le ..... / ..... / ..... à .....h.....  
 (bien décrire les circonstances dans le rapport)
- A une rechute en date du ..... / ..... / .....  
 Pour la MP N° ..... déjà reconnue le ..... / ..... / .....  
 Pour l'accident précédemment reconnu le ..... / ..... / .....
- Nouvelle MP s'incluant dans le tableau N° ..... / En précisant le côté  Droit  Gauche  
 (concordance tableau attestée pour durée exposition + délai prise en charge + tâches réalisées)
- AUTRE Pathologie (maladie d'origine professionnelle ou hors tableau)

(à détailler dans le rapport)

L'arrêt de travail en cours est-il médicalement justifié :  OUI  NON

**Une amélioration de son état de santé est-elle encore possible :**

- NON / La CONSOLIDATION est fixée à la date du ..... / ..... / .....
- OUI / Prévoir une nouvelle évaluation à compter du ..... / ..... / .....

**Capacité actuelle à la reprise des activités professionnelles :**

- NON / Besoin de temps pour terminer la cicatrisation
- NON / Agent jugé définitivement inapte à toutes fonctions
- NON / Inapte à son poste mais pas à toutes les fonctions du grade
- NON / Définitivement inapte à toutes les fonctions du grade mais pas à toutes fonctions
- OUI à Temps Complet (retour à la quotité initiale de temps de travail)
- OUI à Temps Partiel Thérapeutique / Entourer la quotité proposée 50 – 60 – 70 – 80 – 90 %

**Nécessité de prévoir un aménagement en collaboration avec le Médecin de Prévention :**

- OUI  NON

En cas de CONSOLIDATION merci d'indiquer le Taux d'Incapacité Permanente Partielle IPP = ..... %

(IPP / Uniquement le taux imputable à ce nouvel évènement)

**En cas de CONSOLIDATION dire s'il y a lieu de prendre en charge des soins post consolidation :**

- Jusqu'à quelle date : ..... / ..... / .....
- Merci de préciser quels soins :
- NON pas de soins post-consolidation à prévoir

Date de l'Expertise : ..... / ..... / .....

Signature Médecin + Cachet



15