

**DEMANDE DE RECONNAISSANCE D’UNE MALADIE PROFESSIONNELLE**
Article 37-2 du décret 87-602 du 30 juillet 1987

**PARTIE AGENT**

# I– RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE DEMANDEUR :

# (VOIR NOTICE D’INFORMATION À L’ATTENTION DES FONCTIONNAIRES STAGIAIRES ET TITULAIRES TRAVAILLANT AU MOINS 28H/SEMAINE EN FIN DE DOCUMENT)

**COORDONNÉES DE LA COLLECTIVITÉ EMPLOYEUR :**

**Collectivité ou établissement** **:** …………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adresse :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………

….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………..…

**Dossier suivi par :** ……………..…………….………………………………………………………………………………………………………………………

**Téléphone :** ……………………………………………………………. **Courriel :** ………………………………………………………………………..

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’AGENT :**

**Nom :** …………………………………………………………………………….. **Prénom :** ……………………………………………………………….……

**Date de naissance :** …./…./……………. **Numéro de sécurité sociale :** …. ….…. ….…. ….…. ….….…. ….….…. ….….

**Adresse :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………

….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………..…

**Téléphone :** …………………………………………………………….. **Courriel :** ……….…………………………………………………………………..

**STATUT ET CATEGORIE DE L’AGENT :**

**STATUT :** [ ] Stagiaire [ ] Titulaire **CATÉGORIE :** [ ] A [ ] B [ ] C

**FILIÈRE :** ………………………………………………………………. **GRADE :** …………………………………………………………………………

**MÉTIER/FONCTION :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ACTIVITÉ HABITUELLE :** [ ] Bureau [ ] Atelier/terrain [ ] Petite enfance [ ] Personnel de soins

[ ] Cuisine [ ] Autre : ……………………………………………………………………………………………………………………….

# II– MOTIFS DE LA DEMANDE :

**Description du siège et de la nature de la ou des pathologies (indiquer les manifestations de la maladie que vous souhaitez porter à la connaissance de l’autorité territoriale) :** ……………………………………………..…………………….…………….

….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..…..…………….

….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..…..…………….

**Date de la 1ère constatation médicale de la maladie :** …./…./…………….

**Nom et adresse du médecin traitant :** ……………………………………………..…………………………………………………………….….………

….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..…..…………….

.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..…..…………….………

**Indiquer aussi précisément que possible les raisons conduisant à la demande de reconnaissance d’imputabilité au service de la maladie (lieu du risque, tâches exécutées, gestes effectués, environnement de travail, matériel et/ou machine et/ou produits utilisés) :** ………………………………………….….………………………………………………..………….…………………

..….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…..……….

.…………………………………………………………………………………………………………………………………….……………….…..…..…………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…...………..…

..….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…..……….

.…………………………………………………………………………………………………………………………………….……………….…..…..…………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…...………..…

..….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…..……….

..….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…..……….

..….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…..……….

..….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…..……….

..….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…..……….

**Avez-vous bénéficié d’arrêts de travail :** [ ] oui [ ] non

**Si oui, indiquez les périodes :** du …./…./……………. au …./…./…………….

 du …./…./……………. au …./…./…………….

 du …./…./……………. au …./…./…………….

**Avez-vous déjà bénéficié de soins :** [ ] oui [ ] non

**Si oui, lesquels :** ..….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…..……….

.…………………………………………………………………………………………………………………………………….……………….…..…..…………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…...………..…

**Avez-vous été hospitalisé(e) :** [ ] oui [ ] non

**Si oui, à quelle période :** du …./…./……………. au …./…./…………….

**PIÈCE À JOINDRE OBLIGATOIREMENT :**

[ ]  **Certificat médical initial (établit par le médecin traitant) indiquant la nature et le siège des lésions résultant de la maladie**

[ ]  **Résultats des examens prescrits par les tableaux (sous pli confidentiel), si la maladie est inscrite aux tableaux (art. L461-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale)**

**PIÈCES UTILES À L’INSTRUCTION DU DOSSIER POUVANT ÊTRE JOINTE
À LA DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE :**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Témoignages écrits[ ]  Fiches d’exposition aux risques[ ]  Bulletin d’hospitalisation | [ ]  Liste des différents métiers exercés intégrant les expositions au(x) risque(s)[ ]  Photos[ ]  Ordonnances médicales (sous pli confidentiel) |

[ ] Autres (préciser) : .......................................................................................................................................................

**Toutes les pièces de nature à étayer la matérialité des faits et de ses conséquences sont à fournir. Les documents médicaux comme les ordonnances ou autres, doivent être transmis sous pli confidentiel. Toutefois, le certificat médical initial, ceux de prolongation, et le final ne sont pas à mettre sous pli confidentiel.**

Fait à : ....................................................................... le : …./…./…………….
Signature de l’agent :

**NOTICE D’INFORMATION À L’ATTENTION DES FONCTIONNAIRES STAGIAIRES ET TITULAIRES TRAVAILLANT AU MOINS 28H/SEMAINE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous-même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle, l’autorité territoriale doit en être avertie au maximum dans un délai de 2 ans à compter :*** **- soit de la date de 1ère constatation médicale de la maladie,**
* **- soit de la date à laquelle vous avez été informé par certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle,**
* **- soit de la date d’entrée en vigueur des modifications des tableaux de maladie professionnelle du code de la sécurité sociale.**

**Cette déclaration va déclencher une procédure qui peut vous permettre de bénéficier du remboursement des frais occasionnés voire de bénéficier d’un congé d’invalidité temporaire imputable au service (CITIS) conformément aux dispositions des articles 37-1 à 37-20 du décret 87-602 du 30 juillet 1987.****RAPPEL DE LA NOTION DE MALADIE PROFESSIONNELLE :****Le tableau des maladies professionnelles (code de la sécurité sociale) distingue 3 catégories de maladies contractées en service :****1- Les maladies désignées par des tableaux mentionnés aux articles L.461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues par les tableaux sont présumées imputables au service.****2- Peut être reconnue comme étant d’origine professionnelle, une maladie désignée dans les tableaux de maladies professionnelles si le fonctionnaire établit qu’elle est directement causée 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).****3- Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles (dite maladie hors tableau) peut également être reconnue imputable au service si le fonctionnaire établit qu’elle est essentiellement et directement causée par l’exercice des fonctions et qu’elle entraine une incapacité permanente au moins égale à 25%.****CAS 1 : LA MALADIE CONTRACTÉE EN SERVICE NE GÉNÈRE PAS D’ARRÊT DE TRAVAIL :****La déclaration est nécessaire pour différentes raisons :****- Dans le cadre d’une maladie contractée en service, l’autorité territoriale doit prendre en charge le remboursement des arrêts de travail, soins et frais occasionnés par la maladie. Cette prise ne charge ne peut se faire que dans le cadre d’une déclaration écrite par le fonctionnaire et d’une acceptation par l’autorité territoriale.****ATTENTION : Pour ne pas vous pénaliser, la DRH va vous remettre des formulaires vous permettant de bénéficier de soins et de remboursement des frais occasionnés sans pour autant avoir à avancer les sommes nécessaires. Cependant, tant que l’autorité territoriale ne vous aura pas averti de sa décision de reconnaitre ou non l’imputabilité au service, les prestataires médicaux ne seront pas remboursés.****- Des mesures de prévention correctives peuvent être mises en œuvre pour éviter la survenance d’une telle maladie.****- La déclaration de maladie professionnelle peut être demandée par des organismes tiers si vous avez l’intention de bénéficier d’une allocation temporaire pour invalidité en cas d’invalidité permanente dès 1%, d’une réparation complémentaire ou d’une retraite pour invalidité.****CAS 2 : LA MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE GÉNÈRE UN ARRÊT DE TRAVAIL :****ATTENTION : Si la maladie contractée en service entraîne un arrêt de travail, vous devez le transmettre à l’autorité territoriale dans un délai de 48h suivant son établissement. Au-delà, le montant de votre rémunération sera en partie amputé.****Depuis le 10 avril 2019, le congé pour maladie contractée en service est remplacé par le CITIS. Ce dernier est accordé sur la demande écrite du fonctionnaire.****PROCÉDURE DE DÉCLARATION D’UNE MALADIE CONTRACTÉE EN SERVICE :** **Dans un délai maximal de 2 ans à compter de la date de la date de 1ère constatation médicale de la pathologie, la date à laquelle vous avez été informé par certificat médical du lien possible entre votre pathologie et votre activité professionnelle, la date d’entrée en vigueur des modifications des tableaux de maladie professionnelle du code de la sécurité sociale, il faut adresser à l’employeur, par tout moyen une déclaration de maladie contractée en service accompagnée des pièces nécessaires pour établir vos droits. Cette déclaration comporte :****- un formulaire précisant les circonstances de la maladie. ATTENTION : ce** |  | * **formulaire est à demander par écrit à l’autorité territoriale. Il est transmis dans un délai de 48h.**
* **- un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de la maladie ainsi que, le cas échéant, la durée probable de l’incapacité de travail en découlant. ATTENTION : depuis le 10 avril 2019, le respect des délais de déclaration est primordial. En cas de non-respect de ces délais, votre demande sera rejetée.**

**INSTRUCTION DE LA DEMANDE D’IMPUTABILITÉ AU SERVICE PAR L’AUTORITÉ TERRITORIALE :** **Afin de reconnaître l’imputabilité, en particulier lorsque l’affection résulte d’une maladie contractée en service, l’autorité territoriale peut :*** **demander au médecin du travail de se prononcer sur l’imputabilité au service de la maladie,**
* **faire procéder à une expertise médicale par un médecin agréé,**

**- diligenter une enquête administrative visant à établir la matérialité des faits et les circonstances ayant entrainés l’apparition de la maladie.****L’autorité territoriale doit respecter des délais pour vous répondre :*** **2 mois à compter de la réception de la déclaration ou des examens complémentaires prescrits par les tableaux des maladies professionnelles, lorsque l’imputabilité est évidente au vu de la déclaration et des pièces transmises par le demandeur.**

**- 5 mois à compter de la réception de la déclaration, en cas d’enquête administrative et/ou d’examen par un médecin agréé et/ou d’une saisine du conseil médical en formation plénière (pour les maladies ne remplissant pas toutes les conditions des tableaux ou les maladies hors tableaux).****ATTENTION : l’autorité territoriale vous informera de la nécessité d’examen et/ou d’enquête complémentaire et/ou de saisine du conseil médical en formation plénière. Au terme de ces délais, si l’instruction n’est pas terminée, vous serez placé en CITIS à titre provisoire.****a - L’imputabilité est rejetée :****Si l’imputabilité au service n’est pas reconnue, le placement en CITIS provisoire sera retiré et l’autorité territoriale procédera aux mesures nécessaires au reversement des sommes que vous aurez indûment perçues.****b- L’imputabilité au service est reconnue :*** **- La maladie contractée en service n’a pas généré d’arrêt de travail : l’autorité territoriale va prendre un arrêté reconnaissant l’imputabilité au service de votre maladie et procéder au remboursement des soins et frais occasionnés par la maladie.**
* **- La maladie contractée en service a généré un arrêt de travail : l’autorité territoriale va prendre un arrêté reconnaissant l’imputabilité au service de votre maladie et vous placer en CITIS pour la durée de l’arrêt de travail. Elle procédera au remboursement des soins et frais occasionnés par la maladie.**

**PENDANT LE CITIS :****a- Prolongation du congé initial ou des soins et frais liés à la maladie contractée en service :****Si votre état de santé nécessite la prolongation de l’arrêt de travail, vous devez adresser à l’autorité territoriale un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de la maladie ainsi que le cas échéant la durée probable de l’incapacité de travail en découlant.****b- Contrôle du bien-fondé des arrêts de travail :****L’autorité territoriale peut procéder à tout moment à une visite de contrôle par un médecin agréé. Le conseil médical formation plénière peut également faire procéder à une expertise médicale ou à une visite de contrôle.****Dès lors que le CITIS se prolonge au-delà de 6 mois, une visite de contrôle aura lieu au moins une fois par an.****ATTENTION : Vous devez vous soumettre à la demande de l’autorité territoriale ou du conseil médical formation plénière sous peine d’interruption du versement de votre rémunération.****c– Absence du domicile :****En cas d’absence de domicile, sauf cas d’hospitalisation, supérieure à 15 jours vous devez informer l’autorité territoriale des dates et lieux de séjours.****ATTENTION : En cas de non-respect de cette obligation, l’autorité territoriale peut suspendre le versement de votre rémunération.****d– Activité rémunérée :****Durant un CITIS vous devez cesser toute activité rémunérée à l’exception des activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation.****ATTENTION : En cas de non-respect de cette obligation, l’autorité territoriale interrompra le versement de votre rémunération et prendra les mesures nécessaires pour récupérer les sommes indûment perçues. La rémunération sera rétablie le jour où toute activité rémunérée non autorisée aura cessé.** |