

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

**PARTIE EMPLOYEUR**

## **Vous avez adressé à votre agent le formulaire de déclaration d’une maladie professionnelle afin qu’il le complète. À réception de ce document complété, Il convient désormais que vous procédiez à l’instruction de cette demande.**

## **Pour cela, complétez le présent document qui comprend :**

## **le rapport circonstancié du responsable hiérarchique,**

## **l’avis du médecin du travail,**

## **le rapport d’information du médecin du travail (dans le cas d’une non présomption d’imputabilité par ce professionnel),**

## **l’enquête administrative,**

## **la décision de l’autorité territoriale.**

# I- RAPPORT CIRCONSTANCIÉ DU RESPONSABLE HIÉRARCHIQUE :

## **Le supérieur hiérarchique fournit les éléments d’appréciation nécessaires à la DRH. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur l’imputabilité au service de l’accident ou de la maladie.**

**Date d’arrivée de l’agent dans la collectivité :** …./…./…………….

**Nature des fonctions exercées dans la collectivité :** ……………………………………………..…………………………………………………………………………..…………………………………………….….……

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

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

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

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

**Horaires de travail :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lundi :** de ….h…. à ….h…. et de ….h…. à ….h….  **Mardi :** de ….h…. à ….h…. et de ….h…. à ….h….  **Mercredi :** de ….h…. à ….h…. et de ….h…. à ….h….  **Jeudi :** de ….h…. à ….h…. et de ….h…. à ….h…. | **Vendredi :** de ….h…. à ….h…. et de ….h…. à ….h…. **Samedi :** de ….h…. à ….h…. et de ….h…. à ….h….  **Dimanche :** de ….h…. à ….h…. et de ….h…. à ….h…. |

**Le fonctionnaire est-il susceptible d’assurer des astreintes ?** oui non

Si oui, préciser la fréquence et la durée : ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….…..…..…………

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

**Avis sur l’exposition au risque et la nature du risque :** ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….…..…..…………

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

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

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

**Avis sur la description des troubles et des circonstances de leur apparition :** ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….…..…..…………

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

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

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

**Avis sur les éléments matériels éventuellement associés à la maladie professionnelle *(machine, appareil, bruit, produit…)* :** ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….…..…..…………

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

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

**Nature des fonctions antérieurement exercées (liste et périodes, emplois publics et privés confondus) :**

Du …./…./……………. au …./…./……………. : ……….……………………………………….…………………………………………….…………………..

Du …./…./……………. au …./…./……………. : ……….……………………………………….…………………………………………….…………………..

Du …./…./……………. au …./…./……………. : ……….……………………………………….…………………………………………….…………………..

Du …./…./……………. au …./…./……………. : ……….……………………………………….…………………………………………….…………………..

Du …./…./……………. au …./…./……………. : ……….……………………………………….…………………………………………….…………………..

**IMPORTANT : en application de l’article 37-4 du décret du 30 juillet 1987, l’autorité territoriale peut solliciter une expertise auprès d’un médecin agréé. Cette expertise est vivement recommandée toutes les fois où elle est de nature à favoriser la bonne instruction du dossier, et à éclairer utilement chacun des intervenants dans leur appréciation du cas présenté.**

Fait à …………………………………… le …./…./…………….

Signature du responsable hiérarchique :

# II- AVIS DU MÉDECIN DU TRAVAIL SUR LA DEMANDE DE RECONNAISSANCE D’IMPUTABILITÉ AU SERVICE D’UNE MALADIE PROFESSIONNELLE:

***(Fonctionnaires stagiaires ou titulaires à temps complet ou à temps non complet ≥ 28h)***

**Est constitutif d’une maladie professionnelle :**

* 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.
* 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, y compris lorsque 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 mais que la maladie est directement causée par l'exercice des fonctions.
* Toute maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mais qui est **essentiellement et directement** causée par l'exercice des fonctions et qui entraîne une incapacité permanente égale ou supérieure à 25% (ce taux, correspondant à l’incapacité que la maladie est susceptible d’entrainer. Il est déterminé par le conseil médical en formation plénière compte tenu du barème indicatif d’invalidité).

|  |  |
| --- | --- |
| Nom-Prénom de l’agent : | |
| Date de naissance : | |
| Employeur : | |
| Date de la visite : | Date de déclaration de la maladie : |

**Avis du médecin du travail :**

Avis favorable à l’imputabilité de la maladie au service - l’ensemble des conditions inscrites au tableau sont remplies:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tableau maladie n° : | Latéralité :  gauche  droite  bilatéralité | |
| Date de début de la maladie professionnelle : | |  |
| Commentaire éventuel: | | |
|  | | |

\*Saisine du conseil médical formation plénière sur l’imputabilité de la maladie au service **par l’employeur** au motif que :

l’ensemble des conditions inscrites au tableau de maladie professionnelle ne sont pas remplies :

Délai de prise en charge non respecté

Durée d’exposition non respectée

Liste limitative des travaux ne correspond pas

la maladie n’est pas désignée par les tableaux.

**Nom et signature du médecin du travail**

|  |
| --- |
| **\*** Dans ce cas de figure, une copie du présent document sera également transmise au conseil médical en formation plénière pour étude du dossier, accompagnée de son rapport d’information **(ce rapport devra être transmis par le Médecin du travail, sous pli confidentiel directement au conseil médical en formation plénière).**  Dans tous les cas l’original ou une copie du présent document sera transmise à l’autorité territoriale. Un exemplaire sera conservé par le médecin du travail. |

**▶Rapport d’information à transmettre au conseil médical en formation plénière par le Médecin du travail**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom-Prénom de l’agent : | |
| **Eléments complémentaires à l’attention des membres du conseil médical** | |
|  | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Nom et signature du médecin du travail Date :**

# III-ENQUÊTE ADMINISTRATIVE DE L’AUTORITÉ TERRITORIALE :

**L’enquête administrative est obligatoire dans le cas d’une maladie hors tableau.** Elle est recommandée dans le cas d’une maladie d’origine professionnelle.

## Une maladie d’origine professionnelle est une maladie désignée dans l’un des tableaux des maladies professionnelles pour laquelle l’ensemble des conditions de délai de prise en charge, de durée d’expositions ou de liste limitatives ne sont pas respectées.

Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles (dites « maladies hors tableaux») 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 entraine une incapacité permanente au moins égale à 25%.

Il n’y a pas de présomption d’imputabilité. Le fonctionnaire ou ses ayants droits doivent établir que la maladie d’origine professionnelle ou la maladie hors tableau est directement causée par l’exercice des fonctions.

**PIÈCES FOURNIES PAR LE DEMANDEUR ET LA DRH :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Certificat médical initial (même sans prescription d’arrêt de travail)**  Fiche de poste  Avis du médecin du travail  Témoignages écrits  Bulletin d’hospitalisation  Liste des différents métiers exercés intégrant les expostions aux risques | Fiches d’exposition aux risques  Avis du médecin agréé (si expertise)  Photos  Ordonnances médicales (sous pli confidentiel) |

Autres (préciser) : .......................................................................................................................................................

**AMBIANCE DE TRAVAIL :**

Rayonnements et/ou radiations

Produits dangereux (toxiques, irritants, nocifs, …)

Ambiance bruyante

Poussières diverses (poussière de bois, silice, plomb, amiante, …)

Produits biologiques (sang, eaux usées, …)

Travail pénible (manutentions fréquentes, lourdes et/ou répétitives, et/ou prolongées, matériel vibrant)

Ergonomie au poste de travail

Mauvaise posture au poste de travail

Agent infectieux

Effort intense

Autres (précisez) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………..........

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avis du médecin du travail : ……………………………………………………………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avis du médecin agréé (si expertise demandée) : ……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# IV- DÉCISION FINALE DE L’AUTORITÉ TERRITORIALE:

**Maladie imputable**  **Maladie non imputable**

**Saisine du conseil médical en formation plénière**

**Motivations :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Accident imputable au service **□** Accident non imputable au service **□** Saisine commission de réforme Motivations :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fait à …………………………………… le …./…./…………….

Signature de l’autorité territoriale (et cachet) :