**ARRÊTÉ DE REFUS D’IMPUTABILITE AU SERVICE DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE**

**D’un fonctionnaire CNRACL**

**DE Mr(Mme**) ...................................................................................

**DANS LE GRADE DE** .....................................................................

Le Maire (ou le Président) de .......................................................................................................................

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires et notamment son article 21 bis,

*(le cas échéant si agent stagiaire)* Vu le décret de 92-1194du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 **relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux et notamment ses articles 37-1 à 37-20,**

Vu la déclaration de l’agent en date du ………….. comprenant :

* le formulaire de déclaration ………………………. (*de maladie professionnelle*) précisant les circonstances de ………….(la maladie) reçu le ……………,
* le certificat médical indiquant la maladie constatée le ……………

 (*le cas échéant*) Vu les résultats de l’enquête administrative en date du……..,

Vu l’expertise du médecin agréé en date du ……,

Vu le rapport du médecin du travail établi le …… par le Docteur….

Vu l'avis (*favorable ou défavorable*) du conseil médical en formation plénière en date du …………………..

(*le cas échéant si l’agent a été placé en CITIS provisoire*), Vu l’arrêté n°……….plaçant M. Mme………………en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre conservatoire,

*La présente décision porte refus du CITIS à l’agent, il est essentiel que l’autorité territorial démontre pourquoi elle refuse ce CITIS à l’agent. La motivation d’un acte peut se faire par référence à des annexes. Il est dès lors conseillé de mettre en annexe de la présente décision les éléments de motivation (ex : l’avis du conseil médical en formation plénière, les conclusions administratives du médecin agréé). La notification de la décision à l’agent doit comprendre les annexes.*

Considérant que le conseil médical en formation plénière a émis un avis (favorable ou défavorable) à l'imputabilité au service de la maladie constatée le………….. par avis du …. annexé à la présente décision,

 (***pour la maladie professionnelle conditions partiellement remplies dans le tableau*)**

Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M. (Mme)………….. ne remplit que partiellement les conditions des tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L461-1 et……..(*détailler la motivation : ex et qu’il n’est pas établi qu’elle soit directement causée par l’exercice des fonctions exercées, préciser les fonctions exercées donner les éléments relatifs au degré, à la durée d’exposition ou à l’intensité de l’exposition au risque qui motivent le fait que la collectivité refuse l’imputabilité au service) ;*

*Considérant que l’enquête administrative réalisée démontre…*

*(le cas échéant) Considérant que l’expertise médicale établie le ….. par le docteur …., médecin agréé conclut …………….(d’un état antérieur préexistant,……) selon les conclusions administratives ci-annexées.*

**(*pour la maladie professionnelle hors tableau*)**

Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M. (Mme)………….. est une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et……….(*détailler la motivation : ex et qu’il n’est pas établi qu’elle soit essentiellement et directement causée par l’exercice des fonctions, en fonction des éléments apportés au dossier par l’agent (qui a la charge de la preuve) donner les éléments relatifs à l’exposition au risque qui motivent le fait que la collectivité refuse l’imputabilité au service) ;*

*Considérant que l’enquête administrative réalisée démontre…*

*(le cas échéant) Considérant que l’expertise médicale établie le ….. par le docteur …., médecin agréé conclut …………….(d’un état antérieur préexistant,……) selon les conclusions administratives ci-annexées.*

*(le cas échéant)* Considérant le taux d’IPP fixé par le conseil médical en formation pléière est évalué à xx% et qu’il ne correspond pas au seuil d’application de 25% fixé à l’article R.461-8 du Code de la sécurité sociale ,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

La maladie professionnelle déclarée par M …... (grade) n’est pas reconnue imputable au service.

**Article 2 :**

M.(Mme) .........................., (*nom de jeune fille*) ............................, est placé(e) en congé pour maladie ordinaire (*ou CLM ou CLD si l’agent était dans cette position dans l’attente de la décision de MP)* à compter du……………

**Article 3 :**

(*Le cas échéant*) l’arrêté n°……….plaçant M. Mme………………en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre conservatoire est retiré.

(*Le cas échéant*) Il sera procédé aux mesures nécessaires au reversement des sommes indûment versées.

**Article 4 :**

Le Directeur Général est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :

 - Notifié à l'intéressé(e).

**Ampliation adressée au** :

- Président du Centre de Gestion

- Comptable de la collectivité

Fait à ................................................, le .....................................

**Le Maire (ou le Président**), Le Maire (ou le Président)

- Certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,

- Informe que le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois à compter de la présente notificationou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

**Notifié le**  .............................................................................

**Signature de l'agent**