

# Déclaration de reconnaissance de maladie professionnelle

## 1. Renseignements administratifs concernant le demandeur

### Coordonnées de la collectivité employeur

Collectivité ou établissement : .....

Adresse : .....

Dossier suivi par : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

### Renseignements concernant l'agent

Nom de naissance : ..... Prénom : ..... Sexe : .....

Nom d'usage (si différent) : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

### Statut et activités de la victime

Stagiaire       Titulaire      Catégorie  A  B  C

Filière : ..... Grade : .....

Temps complet       Temps non complet > 28h       Temps Partiel : .....%

Métier / Fonction : .....

Date d'entrée dans la collectivité : .....

Activité habituelle :

Administratif       Technique/Entretien/Atelier/Collecte...       Petite Enfance

Personnel de soins       Cuisine       Autre : .....

## 2. Motif de la demande (à compléter par l'agent)

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) :

.....  
.....

Si maladie inscrite aux tableaux prévus à l'art. R461-3 du code de la sécurité sociale N° et titre :

.....

Date de la première 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 bénéficié de soins :  Oui  Non

Si oui, lesquels : .....

.....

Avez-vous été hospitalisé(e) :  Oui  Non

Si oui, date : du ..... au .....

• **Pièces à joindre obligatoirement**

- Certificat médical 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 L. 461-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale).

• **Pièces utiles à l'instruction du dossier pouvant être jointe à la déclaration de maladie professionnelle**

- Fiches d'exposition aux risques     Liste des différents métiers exercés intégrant les expositions aux risques     Témoignages écrits     Bulletin d'hospitalisation
- Photos     Autres (préciser) : .....

**Joindre obligatoirement le certificat médical**

**initial** (même sans arrêt de travail) ainsi que toute autre pièce de nature à étayer la matérialité des faits et de ses conséquences. Les documents médicaux doivent être transmis sous pli confidentiel.

Fait à ..... Le .....

Signature de l'agent :

### 3. Rapport circonstancié de l'autorité hiérarchique

Le supérieur hiérarchique fournit les éléments d'appréciation nécessaires à l'instruction du dossier. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie.

Date d'entrée de l'agent dans la collectivité : ...../...../.....

Date d'affectation sur le poste : ...../...../.....

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

Horaires de travail :

Lundi : de ..... à ..... et de ..... à ..... Vendredi : de..... à..... et de..... à.....

Mardi : de ..... à ..... et de ..... à ..... Samedi : de..... à.....et de..... à.....

Mercredi : de ..... à .....et de ..... à ..... Dimanche : de..... à.....et de.....à.....

Jeudi : de .....à .....et de ..... à .....

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 ...../...../..... : .....

**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 de l'autorité territoriale :

## 4. Avis du médecin du travail

Maladie professionnelle (désignée aux tableaux et répondant à l'ensemble des conditions) :  Non  Oui <sup>(1)</sup>

Maladie d'origine professionnelle :  Non  Oui <sup>(2)</sup>

Maladie hors tableau :  Non  Oui <sup>(2)</sup>

Si oui saisine du Conseil médical

Date retenue de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale : ..... / ..... / .....

### Joindre un rapport écrit motivant l'avis.

(1) Transmettre le rapport à l'employeur (2) Transmettre le rapport au Conseil médical

Fait à ..... le .....

Signature du médecin du travail :

## 5. 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 entraîne 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 collectivité

- Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)
- Fiche de poste
- Avis du médecin de prévention
- Témoignages écrits
- Bulletin d'hospitalisation
- Liste des différents métiers exercés intégrant les expositions aux risques
- Autres (à préciser) : .....
- Fiches d'exposition aux risques
- Avis médecin agréé (si expertise)
- Photos

### 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 (à préciser) :

.....

Avis du médecin de prévention :

.....

Avis du médecin agréé (si expertise demandée)

.....

.....

## 6. Décision finale de l'autorité territoriale

- Maladie imputable                       Maladie non imputable                       Saisine Conseil médical

Motivations :

.....

.....

(Détailler, si besoin, les motivations dans un rapport complémentaire.)

Fait à ..... le .....

Signature de l'autorité territoriale :