

DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(version novembre 2022)

Article 37-2 du décret 87-602 du 30 juillet 1987

I – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE DEMANDEUR

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 catégorie de l'agent

☐ Stagiaire

☐ Titulaire

Catégorie : ☐ A ☐ B ☐ C

Corps : Grade :

☐ Temps complet

☐ Temps non complet > 28h

☐ Temps partiel : %

Métier / Fonction :

Activité habituelle :

☐ Bureau

☐ Atelier / terrain

☐ Petite enfance

☐ Personnel de soins

☐ Cuisine

☐ Autre :

Nom de l'agent :

Date :

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 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 déjà bénéficié de soins : ☐ oui

☐ non

Si oui, lesquels :

Avez-vous été hospitalisé (e) :

☐ oui

☐ non

Si oui, date : du au

Pièce 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 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

☐ Photos

☐ Bulletin d'hospitalisation

☐ Ordonnances médicales (sous pli confidentiel)

☐ Autres (à préciser) :

Joindre obligatoirement le certificat initial établi par le médecin traitant, ainsi que toutes les pièces médicales indispensables à l'examen du dossier (sous plis cachetés) à destination du médecin du travail et éventuellement du Conseil médical formation plénière (voir notice jointe)

Fait à le

Signature de l'agent :

Date :

III – RAPPORT CIRCONSTANCIE DE L'AUTORITE HIERARCHIQUE

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'entrée de l'agent dans la collectivité :

Nature des fonctions exercées dans la collectivité :

Horaires de travail :

Lundi : de à et de à

Mardi : de à et de à

Mercredi : de à et de à

Jeudi : de à et de à

Vendredi : de à et de à

Samedi : de à et de à

Dimanche : de à et de à

Le fonctionnaire est-il susceptible d'assurer des astreintes ? : ☐ oui ☐ non

Si oui fréquence et durée :

Avis sur le 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 :

Fait à le

Signature de l'autorité territoriale :

Nom de l'agent :

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, voire obligatoire selon votre contrat d'assurance, 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.

IV – AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL

Maladie professionnelle : ☐ non ☐ oui

Maladie d'origine professionnelle : ☐ non ☐ oui

Maladie hors tableau : ☐ non ☐ oui



Si oui, saisine du Conseil médical formation plénière

Date retenue de la 1^{ère} constatation médicale :

Motivations :

Fait à le

Signature du médecin du travail :

Nom de l'agent :

Date :

V- ENQUETE ADMINISTRATIVE DE L'AUTORITE 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 ou une maladie hors tableau.

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'exposition ou de liste limitative 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 DRH

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

VI – DECISION FINALE DE L'AUTORITE TERRITORIALE

- ☐ Maladie du tableau → pas de saisine du Conseil médical formation plénière
- ☐ Maladie d'origine professionnelle → Saisine obligatoire du Conseil médical formation plénière *
- ☐ Maladie hors tableau → Saisine obligatoire du Conseil médical formation plénière *

Motivations :

*informer le médecin du travail de la décision de saisir le Conseil médical formation plénière. Son rapport qu'il enverra directement au Conseil médical formation plénière viendra compléter le dossier transmis par l'autorité territoriale. Ce document est obligatoire (art 15 de l'arrêté du 4 août 2004)

IMPORTANT

SUITE A LA DECISION DE L'AUTORITE TERRITORIALE, UN ARRETE. DOIT ETRE REDIGE

Fait à le

Signature de l'autorité territoriale :

Nom de l'agent :

Date :