Direction des Ressources Humaines
Service Temps de travail, Absences et Retraite
Congés et temps de travail
accident-travail@paysdelaloire.fr

DEMANDE DE RECONNAISSANCE D'UNE PATHOLOGIE AU TITRE DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE POUR UN AGENT TITULAIRE OU STAGIAIRE

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous-même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle.

Conformément aux dispositions Code général de la fonction publique (livre VIII, titre II, section 4), vous devez transmettre **à votre gestionnaire Congés et temps de travail de la DRH**, une déclaration comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie ;
- un certificat médical indiquant la nature, la date de 1ère constatation et le siège de la maladie ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Cette déclaration doit être transmise **dans un délai de deux ans** à compter de :
- la date de la première constatation médicale de la maladie,
Ou
- de la date à laquelle vous avez été informé par un certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle,
Ou
- en cas de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale alors que vous êtes déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

Si la maladie entraine un arrêt de travail,
vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement

MALADIES CONTRACTÉES EN SERVICE

Article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

1. Il s'agit tout d'abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.
2. Peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle, les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées 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 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 %.

COMMENT COMPLETER LE FORMULAIRE

Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se reporter au certificat médical.
En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.
Lieu d'exposition au risque : indiquer le ou les lieux d'exposition en précisant pour chaque lieu la période d'exposition (du … au …).
Fiche d'exposition au risque (Article L. 4163-1 du Code du travail) : fiche de suivi établie par un employeur lorsqu'une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels).
Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale : à préciser par votre médecin.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions qui pourraient vous apparaître utiles

DEMANDE DE RECONNAISSANCE D'UNE PATHOLOGIE AU TITRE DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE *

Date de première constatation de la maladie : /_____/_____/_____/

(Important : vous devez être en activité au moment de la date de 1ère constatation de cette maladie) :

IDENTITÉ DE LA VICTIME

Prénom : ……

NOM d'usage : ……

NOM de naissance : ……

Date et lieu de naissance : ____/____/____ à ……

Adresse : ……

Code postal : __/__/__/__/__ Ville : ……

☎ Travail : ____/____/____/____/____ ☎ Domicile : ____/____/____/____/____

N° sécurité sociale : __/___/___/___/_____/_____/___

Centre sécurité sociale : ……

Mutuelle : ……

Situation administrative :

Statut : ❒ Titulaire ❒ Stagiaire

Filière : ❑ Administrative ❑ Technique ❑ Culturelle ❑ Sportive

Catégorie : ❑ A ❑ B ❑ C

Grade : ……

Spécialité : ……

Résidence administrative (Commune du lieu de travail) : ……..

Direction / Etablissement : ……

Pôle ou Affectation : ……

Fonctions (joindre la fiche de poste complétée en collaboration avec votre supérieur hiérarchique – annexe 2) : ……

Temps de travail : ❑ Temps complet Temps partiel Pourcentage de temps : _____%

Ancienneté : dans la direction / l'établissement : ……..

*Copie à transmettre à l'assistante de prévention

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

Désignation de la maladie :

……

……

……

……

……

……

Le cas échéant, numéro et titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R. 461-3 du code de la sécurité sociale :

……

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque *(s'il est connu)* :

……

……

……

……

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition *(environnement, tâche exécutée, geste effectué, etc.)* :

……

……

……

……

……

……

Elément matériel éventuellement associé à la malade professionnelle *(machine, appareil, produit…)* :

……

……

……

……

……

……

DESCRIPTION DU SIÈGE ET DE LA NATURE DE LA OU DES PATHOLOGIES

Indiquer les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

……

……..

……..

Le cas échéant, date des arrêts de travail :

du …… au ……

du …… au ……

du …… au ……

Pièces à joindre au dossier :

☐ Un certificat médical initial (cerfa n°11138*04) mentionnant une date de 1ère constatation de la maladie professionnelle, le nom de la pathologie et une date de soins et/ou d'arrêt de travail en cours

☐ Témoignages éventuels

☐ Fiche de poste

☐ Pli confidentiel – secret médical : à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel – secret médical »

☐ Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale

☐ Etat détaillé des différents emplois occupés, permettant d'apprécier les conditions et la durée d'exposition à un risque professionnel, notamment les emplois antérieurs pouvant être à l'origine de la maladie et le descriptif de poste actuel (à compléter en collaboration et signatures de l'agent et du supérieur hiérarchique), (exemplaire en annexe 2),

☐ Les dates d'accident de service antérieurs ou de constatation des maladies professionnelles reconnues ayant entrainé une incapacité permanente partielle et leur taux d'IPP correspondant. A ce titre, vous voudrez bien compléter et signer l'attestation sur l'honneur (exemplaire en annexe 1),

☐ Autres documents médicaux (copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister) :

……

……..

……..

……..

Je soussigné (prénom et nom) ……..

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (date de déclaration) :

Signature de l'agent (ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu **)**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), **M(me)……..,** né(e) le ___/___/_____
n° Sécurité Sociale : /____/____/____/____/_____/_____/___,
Grade : ……
employé(e) par la Région des Pays de la Loire depuis le ___/___/_____, **atteste** :

☐(*) ne pas détenir, à la date du ___/___/_____, de taux d'incapacité permanente partielle préexistant lié à un accident de service ou à une maladie professionnelle antérieurs, reconnu par un employeur relevant de la fonction publique.

☐(*) détenir un taux d'incapacité permanente partielle de …….. % au titre de l'accident de service du ___/___/_____
et ne pas percevoir d'Allocation Temporaire d'Invalidité (mentionner l'employeur public : ……).

☐(*) percevoir une Allocation Temporaire d'Invalidité suite au taux de …. %, pour la période du ___/___/_____ au ___/___/_____
au titre de l'accident de service du ___/___/_____ reconnu imputable :

- ☐ *par un employeur relevant de la Fonction Publique Territoriale : …… accordée par l'ATIACL sous le numéro n° …….. et versée par la Caisse de Dépôts et Consignations.*
- ☐ *par un employeur relevant d'une autre fonction publique : …… versée par les Pensions Civiles et Militaires ou autre : à préciser : ……*

(Rayer la mention non concernée et préciser le nom de l'employeur).

☐(*) percevoir une Allocation Temporaire d'Invalidité suite au taux de … %, pour la période du ___/___/_____ au ___/___/_____
au titre de la maladie professionnelle constatée le ___/___/_____ reconnue imputable :

- ☐ *par un employeur relevant de la Fonction Publique Territoriale : …… accordée par l'ATIACL sous le numéro n° …….. et versée par la Caisse de Dépôts et Consignations.*
- ☐ *par un employeur relevant d'une autre fonction publique : …… versée par les Pensions Civiles et Militaires ou autre : à préciser : ……*

(Rayer la mention non concernée et préciser le nom de l'employeur).

(*) Fournir copie des justificatifs

Cette attestation est établie en vertu des dispositions relatives au décret n°63-1346 du 24 décembre 1963 et par le décret n°2005-442 du 2 mai 2005 relatifs à l'attribution de l'Allocation Temporaire d'Invalidité aux fonctionnaires relevant de la fonction publique.

Cette attestation est délivrée pour faire valoir ce que de droit dans le cadre de la maladie professionnelle constatée le ___/___/_____ et pourra être transmise à tout organisme concerné.

Fait à ……., le ___/___/_____

Date et signature

DESCRIPTIF DU POSTE

Occupé par : **NOM – Prénom** : ……
Date de naissance : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/
Lycée / Direction : ……
……
Métier : ……
Horaires de travail : ……

Ancienneté dans les fonctions : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/
Description du poste occupé depuis le : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

……
……
……

Activités principales :

Description des tâches effectuées :	Produits émis (ex : poussières de bois, amiante…	Produits utilisés :	Matériels utilisés :	Nombre H/semaine	Nombre H/jour

Activités secondaires :

Description des tâches effectuées :	Produits émis (ex : poussières de bois, amiante...	Produits utilisés :	Matériels utilisés :	Nombre H/semaine	Nombre H/jour

Equipement de protection individuelle porté :

Règlementaire (lié au métier) : ……
Spécifique à l'agent : ……

RISQUES LIES AU POSTE	
Type de risques liés au poste	**Description des risques (Fréquence, niveaux)**
Risques liés à l'environnement de travail (bruit, température, éclairage…)	
Risques chimiques (utilisation de produits toxiques, gaz…)	
Risques biologiques et infectieux	
Risques électriques	
Risques liés aux équipements de travail (machines-outils, outils véhicules…)	
Risques routiers (conduite de véhicules, déplacements en voiture...)	
Risques liés à l'activité physique (port de charges lourdes, gestes répétés…)	
Risques de chute (travail en hauteur, escaliers)	
Risques liés à l'organisation du travail (poste isolé, contraintes horaires particulières, astreintes, travail de nuit, travail en extérieur, déplacements)	
Contraintes psychologiques (mission d'encadrement, travail avec un public sensible…)	
Autres (précisez)	

Descriptif de poste complété par : NOM-Prénom …….
Fonction ……..
Fait à ……, le…….

Signature et cachet de l'autorité fonctionnelle ou du supérieur hiérarchique	**Signature de l'agent**