Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

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 des articles 47-1 à 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986[1], vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, une déclaration comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie ;
- un certificat médical indiquant la nature 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 CONTRACTEES 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

[1] Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance ..... Nom d'usage .....

Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / .....

N° Sécurité sociale : .....

Adresse personnelle .....

.....

.....

Tel personnel .... Mail personnel .....

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation .....

Adresse du service d'affectation .....

.....

.....

Tel professionnel .... Mail professionnel .....

Statut et catégorie de l'agent

☐ Stagiaire ☐ Titulaire ☐ Contractuel (contrat d'au moins un an et temps complet) Catégorie ☐ A ☐ B ☐ C

Corps : ..... Grade : .....

Quotité de travail : ..... %

Précisez les jours travaillés : .....

Métier / Fonction : ..... Date d'entrée sur le poste : .....

Activité habituelle :

☐ Bureau ☐ Atelier/terrain ☐ Enseignement

☐ Laboratoire ☐ Autre (à préciser) : .....

Accidents de service ou maladies professionnelles antérieurs reconnus : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquer la ou les dates : .....

.....

.....

.....

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

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 et figurant en annexe II de ce code : ……

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…)*

……

……

……

……

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

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

……

……

……

Date de la première constatation médicale de la maladie : ……. / ……. / …….

Le cas échéant, date des arrêts de travail : du …….. au ……

du …….. au ……

du …….. au ……

Attestations de témoins éventuels ☐ Oui ☐ Non

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

……

……

Pièces jointes ☐ Certificat médical (*obligatoire*) ☐ Témoignages

☐ Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

☐ 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

☐ 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)