

## Congé pour invalidité temporaire imputable au service

Le décret n°2019-301 du 10 avril 2019 instaure le droit à un congé pour invalidité temporaire imputable au service dans la fonction publique territoriale. Il est entré en vigueur le lendemain de sa publication, soit le 13 avril 2019.

Le CITIS s'adresse aux fonctionnaires et stagiaires territoriaux affiliés à la CNRACL, c'est-à-dire ayant une durée hebdomadaire de service supérieure à 28h.

En substance, la collectivité accordant un CITIS à un de ses fonctionnaires prend en charge les honoraires et les frais médicaux liés à l'accident de service, de trajet ou de la maladie professionnelle mais aussi le maintien de la rémunération de l'agent (plein traitement).

### CE QUI CHANGE AU 13 AVRIL 2019

---

#### **Avant**

Charge de la preuve au fonctionnaire : il doit prouver que son accident ou sa maladie est en lien avec le service.

L'agent n'avait aucun délai pour transmettre la déclaration d'accident ou de la maladie à l'autorité territoriale.

#### **Après**

Le CITIS vient remplacer le congé pour accident de service ou maladie qui était prévu à l'article 57 2° de la loi 84-53 du 26 janvier 1984.

Charge de la preuve à la collectivité : elle doit prouver que l'accident ou la maladie est détachable du service.

Le décret prévoit un délai pour :

- Transmettre une déclaration,
- Prendre une décision d'imputabilité ou de non-imputabilité,
- Transmettre une déclaration en cas de rechute

Un certain nombre d'obligations pour l'autorité territoriale et le fonctionnaire sont précisées.

### PROCEDURE

---

Pour obtenir un CITIS, le fonctionnaire, ou un ayant-droit, doit adresser par tout moyen, une déclaration d'accident de service, de trajet ou de maladie professionnelle à l'autorité territoriale.

Cette déclaration comprend :

- Un formulaire détaillant les circonstances de l'accident ou de la maladie. Il est fourni par l'autorité territoriale au fonctionnaire qui en fait la demande, dans un délai de 48 heures.
- Un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ou la maladie ainsi que, le cas échéant, la durée probable de l'incapacité de travail en découlant.

### DELAIS DE TRANSMISSION

---

#### **Dans le cas d'un accident :**

**Article 47-3 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986** (extrait)

*I. La déclaration d'accident de service ou de trajet prévue à l'article 47-2 est adressée à l'administration dans le délai de quinze jours à compter de la date de l'accident.*

*Ce délai n'est pas opposable à l'agent lorsque le certificat médical prévu au 2° de l'article 47-2 est établi dans le délai de deux ans à compter de la date de l'accident. Dans ce cas, le délai de déclaration est de quinze jours à compter de la date de cette constatation médicale.*

Le délai de **principe** d'envoi du formulaire de déclaration d'accident de service ou de trajet est de 15 jours à compter la date de l'accident, les conséquences d'un accident sur l'état de santé de la victime étant, dans la majorité des cas, immédiates.

Dans la situation où l'impact de l'accident sur l'état de santé de la victime n'est pas immédiatement décelé, la déclaration demeure possible pendant 2 ans à compter de l'accident mais doit être effectuée dans les 15 jours de sa constatation médicale.

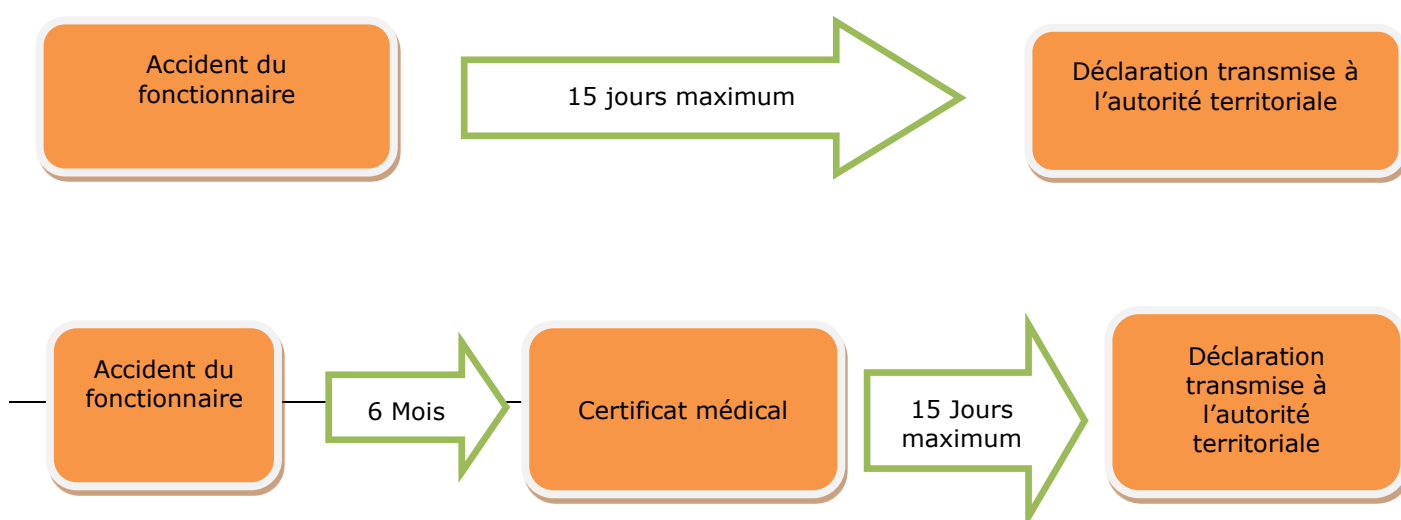
**Exemple 1** : un agent fait une chute dans le cadre de son service et ne souffre d'aucune douleur immédiate. Il ne fait pas de déclaration d'accident mais, des douleurs apparaissant, il consulte, 3 semaines après sa chute, son médecin qui diagnostique une entorse.

L'agent dispose d'un délai de 15 jours à compter de cette consultation médicale pour effectuer sa déclaration d'accident de service.

**Exemple 2** : un agent se trouve impliqué dans un vol à main armée sur son lieu de travail.

Il ne fait pas de déclaration d'accident mais la multiplication de troubles du sommeil et de crises d'anxiété le conduit à consulter, 3 mois après l'événement, son médecin qui diagnostique un choc traumatique différé.

L'agent dispose d'un délai de 15 jours à compter de ce diagnostic pour effectuer sa déclaration d'accident de service.



### Dans le cas d'une maladie professionnelle :

Le fonctionnaire a 2 ans, à compter de la date de la première constatation de la maladie, pour transmettre une déclaration à l'autorité territoriale.

### Accident ou maladie qui entraîne un arrêt de travail :

Le certificat médical est à envoyer dans les 48 heures, exactement comme pour un arrêt de travail classique.

### Non-respect des délais :

La demande du fonctionnaire est rejetée sauf les cas suivants :

- Lorsque le fonctionnaire est victime d'un acte de terrorisme (article L 169-1 du code de la sécurité sociale)
- Lorsque le fonctionnaire justifie d'un cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes.

## INSTRUCTION DE LA DEMANDE

Même si la déclaration d'accident ou de maladie est transmise dans les délais réglementaires à l'administration, l'agent ne peut bénéficier du CITIS que lorsque celle-ci aura notifié la décision correspondante. Dans l'attente de cette décision et pendant toute la durée d'instruction, il est placé en

congé de maladie et les honoraires médicaux et frais médicaux liés à cet accident ou à cette maladie demeurent à sa charge.

**Au cours de l’instruction, l’autorité territoriale peut :**

- Demander une expertise médicale via un médecin agréé,
- Diligenter une enquête administrative afin d’établir la matérialité des faits :
- Saisir le Conseil médical en cas de doute sur l’imputabilité du service (fait ou faute personnelle de l’agent, circonstance particulière...)

Le cas échéant, le fonctionnaire devra être informé.

Dans le cas d’une **déclaration au titre de la maladie professionnelle**, le médecin du travail est consulté. Il remet un rapport écrit au conseil médical sauf s’il constate que la maladie satisfait à l’ensemble des conditions du tableau de la CPAM. Dans ce cas, il en informe l’autorité territoriale.

**Les délais pour prendre une décision sont les suivants :**

	<b>Accident de service</b>	<b>Accident de trajet</b>	<b>Maladie professionnelle</b>
Délai d'instruction	1 mois	1 mois	2 mois (et le cas échéant, dès réception des examens complémentaires prescrits par les tableaux de maladies professionnelles)
Point de départ du délai	Réception de la déclaration et du certificat médical (lorsque les 2 éléments ne sont pas envoyés simultanément, le délai commence à courir à réception du dernier élément reçu)	Réception de la déclaration et du certificat médical (lorsque les 2 éléments ne sont pas envoyés simultanément, le délai commence à courir à réception du dernier élément reçu)	Réception du dossier <b>complet</b> : -déclaration -certificat médical  -si maladie inscrite aux tableaux : résultats des examens prescrits par les tableaux
Délai supplémentaire	3 mois	3 mois	3 mois
Situations ouvrant droit à délai supplémentaire	-Examen par un médecin agréé -saisine conseil médical	-Enquête administrative -Examen par un médecin agréé -saisine conseil médical	-Enquête administrative -Examen par un médecin agréé -saisine conseil médical

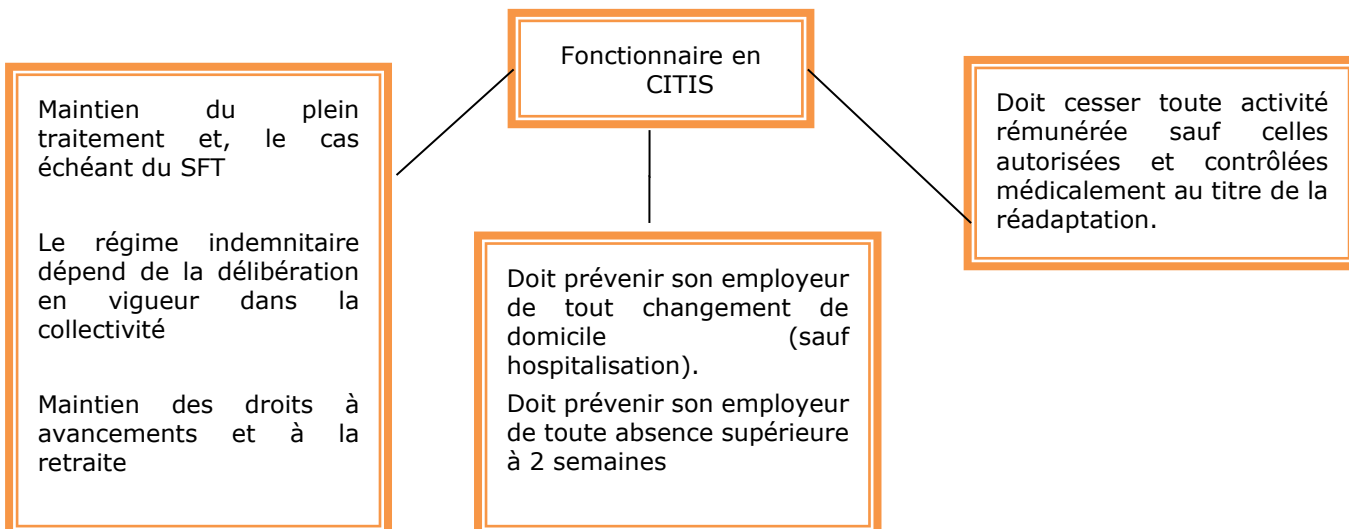
**Au terme de ces délais, lorsque l'instruction par l'administration n'est pas terminée, l'agent est placé en CITIS à titre provisoire pour la durée indiquée sur le certificat médical prévu au 2° de l'article 47-2 et au dernier alinéa de l'article 47-9 du décret 86-442.**

La collectivité prend alors un arrêté de placement en CITIS à titre provisoire. Cette décision doit préciser qu'elle peut être annulée si l'imputabilité n'est pas reconnue et que la collectivité prendra toutes mesures utiles afin de récupérer les sommes indûment versées. L'arrêté est notifié au fonctionnaire.

Si la collectivité reconnaît l'imputabilité alors elle prend un arrêté reconnaissant l'imputabilité et, le cas échéant, place le fonctionnaire en CITIS pour la durée de l'arrêt de travail.

Dans le cas contraire, elle prend un arrêté de non-reconnaissance de l'imputabilité au service, après avis du conseil médical. Cette décision est une décision individuelle défavorable, qui, en tant que telle, doit être motivée. La motivation doit contenir des éléments de droit et de fait.

**PENDANT LE CITIS**



### Vacance d'emploi :

Pendant les douze premiers mois d'un CITIS, l'agent blessé ou malade conserve son emploi. Au-delà, l'administration peut déclarer la vacance du poste.

Cette déclaration de vacance n'est ni obligatoire, ni automatique et n'est possible qu'après 12 mois **consécutifs** de CITIS. Plusieurs critères peuvent être pris en compte pour déclarer ou non la vacance du poste, notamment :

- la continuité du service ;
- le fait que bien qu'ayant dépassé les 12 mois consécutifs de CITIS, l'agent est susceptible de reprendre le service à brève échéance.

#### **Article 47-11 Décret n° 86-442 du 14 mars 1986**

*Lorsqu'un fonctionnaire est en congé pour invalidité temporaire imputable au service depuis plus de douze mois consécutifs, son emploi peut être déclaré vacant.*

Affectation à la reprise

L'agent reprend ses fonctions sur le poste auquel il était affecté au moment de son placement en CITIS sauf si son emploi a été déclaré vacant ou a été supprimé.

#### **Article 47-12 Décret n° 86-442 du 14 mars 1986**

*Au terme du congé pour invalidité temporaire imputable au service, le fonctionnaire apte à reprendre ses fonctions est réintégré dans son emploi ou, à défaut, réaffecté dans un emploi correspondant à son grade, le cas échéant en surnombre. Lorsqu'il est réintégré en surnombre, ce surnombre est résorbé à la première vacance d'emploi de son grade.*

*Dans ces dernières situations, l'agent est réintégré en surnombre si nécessaire dans un emploi correspondant à son grade.*

### Obligations de l'agent en CITIS :

#### ➤ **Contrôle médical**

- ✓ Contre visite annuelle obligatoire au-delà de 6 mois de CITIS

Elle doit procéder **obligatoirement** à cette contre-visite au moins 1 fois par an au-delà de 6 mois de prolongation du congé initialement accordé (article 47-10 Décret 86-442).

Cette contre visite permet de s'assurer que :

- L'état de santé de l'agent justifie son maintien en arrêt de travail
- Que cet état de santé demeure lié à l'accident ou à la maladie dont il a été victime et qui a été reconnu imputable au service
- Que la prise en charge des frais d'honoraires médicaux demandée est en lien avec cet accident ou cette maladie.

Au-delà de 12 mois de CITIS en continu, elle peut également permettre à l'employeur de s'assurer que l'inaptitude de l'agent à ses fonctions demeure temporaire.

Si les conclusions de l'expertise indiquent que cette inaptitude est définitive, l'employeur doit saisir le conseil médical qui se prononcera sur l'inaptitude à l'exercice des fonctions de son corps, avec possibilité de reclassement, ou à l'exercice de toutes fonctions, sans possibilité de reclassement.

Il est recommandé, en conséquence, pour toute expertise médicale sollicitée au-delà de 12 mois de CITIS en continu de demander au médecin agréé, en complément des points évoqués ci-dessus :

- si l'inaptitude de l'agent à exercer ses fonctions demeure provisoire ;
- dans la négative, si son état de santé permet d'envisager un reclassement dans un autre corps ;
- dans la négative, d'indiquer le taux d'invalidité de l'agent.

- ✓ Contre-visite sur demande de l'employeur à tout moment

En dehors de la contre visite annuelle obligatoire, l'administration a la possibilité, à tout moment, de vérifier si l'état de santé de l'agent nécessite son maintien en CITIS et si les frais et honoraires médicaux dont la prise en charge lui est demandée sont en lien avec ce CITIS. Elle fait procéder la contre-visite par un médecin agréé.

Le conseil médical **peut** être saisi pour avis, soit par l'administration, soit par l'intéressé, des conclusions du médecin agréé.

Lorsque l'administration ou le conseil médical fait procéder à une expertise médicale ou à une contre-visite de l'agent, celui-ci doit se soumettre à la visite du médecin agréé sous peine d'interruption du versement de sa rémunération jusqu'à ce que cette visite soit effectuée (article 47-13 Décret 86-442).

Les prolongations d'arrêt pour tout arrêt supérieur à 1 an seront également soumises en conseil médical. La question de l'aptitude ou de l'inaptitude sera posée. L'article L 27 du code des Pensions Civiles et Militaires de retraite dispose qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois à compter de sa mise en congé, la collectivité peut saisir le conseil médical afin qu'elle se prononce sur l'aptitude ou l'inaptitude de l'agent.

➤ **Changement de domicile** (Article 47-15 du décret n°86-442)

- Pendant la durée du congé, **il doit informer son employeur** :

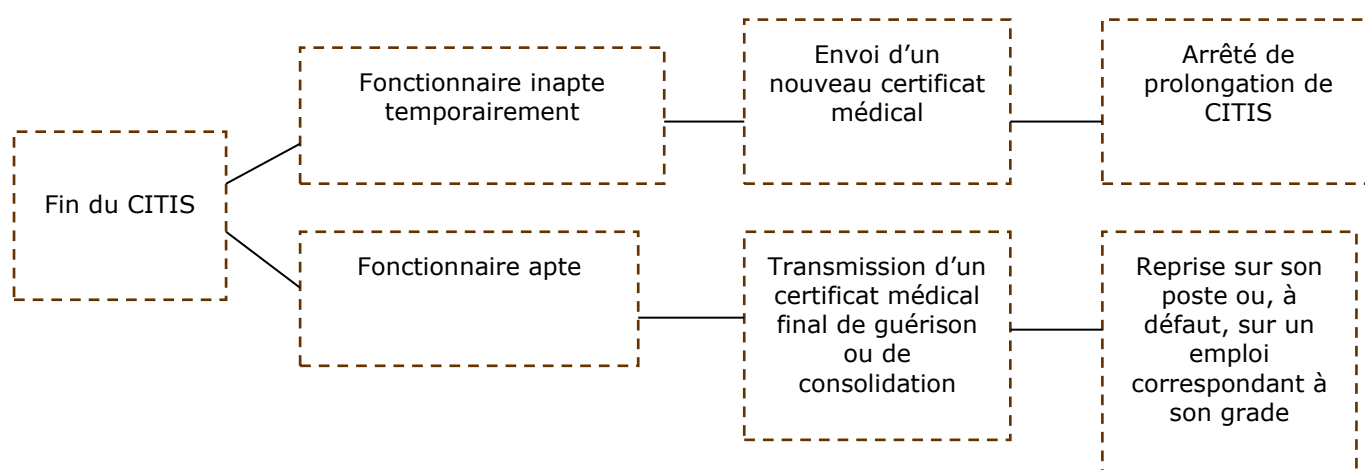
- de tout changement de domicile (sauf hospitalisation) ;
- de toute absence du domicile de plus de deux semaines ;
- de ses lieux et dates de séjour.

A défaut, le versement de la rémunération pourra être interrompu.

➤ **Exercice d'une activité rémunérée** (article 47-16 du décret 86-442)

Le fonctionnaire **doit cesser toute activité rémunérée** (à l'exception des activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation et les activités mentionnées à l'alinéa 1 V de l'article 25 septies de la loi du 13 juillet 1983, soit les oeuvres de l'esprit), à défaut, le versement de la rémunération pourra être interrompu. L'autorité territoriale prend les mesures pour faire reverser les sommes perçues au titre du paiement du traitement et des accessoires. La rémunération est rétablie à compter du jour où l'intéressé a cessé toute activité rémunérée non autorisée.

## AU TERME DU CITIS



Le CITIS n'a pas de durée maximale, il se prolonge jusqu'à ce que l'agent soit en état de reprendre son service ou jusqu'à la mise à la retraite.

La reprise de fonction se fait sur le temps de travail de l'agent ou, sur sa demande, à temps partiel thérapeutique après avis concordants du médecin agréé et du médecin traitant. En cas d'avis divergents, le conseil médical doit être saisi.

Lorsqu'il est guéri ou que les lésions sont stabilisées, le fonctionnaire **transmet à l'autorité territoriale un certificat médical de guérison ou de consolidation.**

**Consolidation** : après la période de soins, l'état de santé de l'agent s'est stabilisé et il est désormais possible d'évaluer le degré d'incapacité permanente partielle (IPP) dont il reste atteint. La consolidation avec séquelles peut permettre la prise en charge des frais dès lors qu'il y aura rechute ou troubles imputables à l'accident et appréciation des séquelles.

**Guérison** : guérison avec retour à l'état antérieur ou guérison avec possibilité de rechute ultérieure ce qui permettra la prise en charge des frais dès lors qu'il y aura rechute imputable à l'accident.

Si le certificat final délivré par le praticien indique que l'accident est consolidé, la collectivité doit soumettre le dossier à un médecin agréé pour déterminer la date de consolidation et établir le taux d'incapacité permanente partielle (IPP). L'agent pourra prétendre sous certaines conditions au versement d'une Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI).

#### **En cas de rechute :**

En cas de rechute nécessitant un traitement médical, un nouveau CITIS pourra être octroyé.

Le fonctionnaire a 1 mois, à compter de la date du certificat médical, pour faire sa déclaration.

S'il y a une rechute, cela peut donner lieu à **un nouveau CITIS**. Elle est déclarée dans un **délai d'un mois** à compter de sa constatation médicale (l'arrêt sera communiqué dans les 48 heures). Les critères de reconnaissance de l'imputabilité de la rechute sont les mêmes que pour la déclaration initiale. La rechute suppose un fait nouveau à savoir soit une aggravation de la lésion initiale, soit l'apparition de nouveaux troubles liés à l'accident ou la maladie après la guérison ou la consolidation.

- Au terme du CITIS, le fonctionnaire apte à reprendre ses fonctions est **réintégré dans son emploi** ou à défaut, **réaffecté dans un emploi correspondant à son grade**. A défaut, l'agent est placé en surnombre.

- Lorsque l'état de santé de l'agent est stabilisé, le conseil médical donnera son avis sur le caractère provisoire ou définitif de l'inaptitude constatée et, le cas échéant, sur l'aptitude de l'agent à occuper un emploi adapté à son état de santé.

- Dans l'hypothèse d'une inaptitude permanente et définitive à continuer d'exercer ses fonctions, la collectivité recherchera des solutions de reclassement professionnel pour l'agent concerné.
- En cas d'inaptitude à tous les emplois du grade, l'agent pourra bénéficier d'une période de préparation au reclassement. L'avis du comité médical pourrait être requis pour ce type d'inaptitude.
- 
- En cas d'une inaptitude définitive à toutes fonctions, les démarches de mise à la retraite pour invalidité seront engagées. Il en sera de même si l'agent n'a pas pu bénéficier d'une solution de reclassement.

### **CAS PARTICULIERS**

---

#### **Mobilité :**

Un agent qui effectue une **mobilité** dans un emploi relevant du régime spécial (pensions civiles ou CNRACL) au sein de la fonction publique territoriale et inter fonctions publiques (mutation, détachement et intégration) peut demander le bénéfice d'un CITIS :

	Employeur accordant le congé	La charge du congé (maintien du traitement, honoraire et frais médicaux)
Au titre d'un accident ou d'une maladie contractée pendant sa mobilité	L'employeur d'affectation	L'employeur d'affectation

Maladie contractée avant sa mobilité	L'employeur d'affectation à la date de sa déclaration après avis de l'employeur d'origine	Remboursés par l'employeur d'origine
Rechute liée à un accident ou une maladie antérieure reconnu imputable au service	L'employeur d'affectation à la date de sa déclaration après avis de l'employeur d'origine	Remboursés par l'employeur d'origine

En cas de rechute consécutive à un accident survenu dans une autre collectivité, c'est la collectivité auprès de laquelle s'est produit l'accident qui prend en charge le remboursement des frais (CAA Nantes n° 96NT01134 du 7 décembre 2001, commune d'Orléans c/ commune de Checy). Le fonctionnaire bénéficie d'un congé pour accident de service au sein de sa dernière collectivité. Celle-ci demande le remboursement d'un demi-traitement à la collectivité antérieure le cas échéant si l'agent en maladie ordinaire était payé à demi-traitement.

Il est certain que c'est la collectivité auprès de laquelle s'est produit l'accident qui doit assumer les conséquences financières mais aucune disposition statutaire ne prévoit les modalités pratiques de prise en charge.

Le fonctionnaire victime d'une rechute consécutive à un accident de travail s'étant produit alors qu'il n'était pas affilié au régime spécial des fonctionnaires territoriaux (*appréciation du caractère de rechute par la CPAM, article R 443-2 du code de la sécurité sociale*) est placé en congé de maladie ordinaire pendant la durée de son incapacité à exercer ses fonctions. La collectivité est subrogée de plein droit à l'agent dans ses droits aux indemnités journalières qui lui sont dues (*article R 433-12*).



### **Fonctionnaire mis à disposition :**

C'est la collectivité d'origine qui prend la décision d'octroi d'un CITIS.

### **Fonctionnaire employé à temps non complet dans plusieurs collectivités affilié à la CNRACL :**

Le fonctionnaire territorial qui occupe des emplois permanents à temps non complet dans plusieurs collectivités ou établissements publics bénéficie du congé pour invalidité temporaire imputable au service.

Il adresse la déclaration à l'autorité territoriale auprès de laquelle il exerce les fonctions ayant conduit à la survenance de l'accident ou de la maladie. Lorsque cette autorité décide de placer le fonctionnaire en CITIS, cette décision est transmise sans délai aux autres employeurs du fonctionnaire qui le placent aussi en CITIS pour la même durée.

La collectivité ou l'établissement auquel la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie est imputable prend en charge les honoraires et autres frais médicaux directement entraînés par l'accident ou la maladie.

### **Fonctionnaire placé antérieurement dans un congé maladie :**

Si un CITIS est accordé alors qu'un congé de maladie ordinaire (CMO), de longue maladie (CLM) ou de longue durée (CLD) avait été antérieurement accordé pour la même pathologie, la première période du CITIS démarre le premier jour du CMO, CLM ou CLD accordé en premier lieu.

## **TRANSMISSION ET POINT DE DEPART DES DELAIS**

---

Toute déclaration d'accident ou de maladie déposée avant l'entrée en vigueur du décret, soit **avant le 13 Avril 2019**, n'est pas soumise aux conditions de formes et de délais du décret.

Les délais de transmission de la déclaration par le fonctionnaire à l'autorité courent à compter du **1<sup>er</sup> juin 2019**.

## **REFERENCES JURIDIQUES :**

---

**Ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017, article 10, met en place le CITIS**

**Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifié sur les droits et obligations du fonctionnaire, article 21.**

**Décret n°2019-301 du 10 avril 2019 fixe les modalités du CITIS.**

[Guide pratique des procédures Accidents de service-Maladies professionnelles -DGAFP-avril 2019](#)

## FORMULAIRE DE DECLARATION

ACCIDENT DE SERVICE

ACCIDENT DE TRAJET

(FONCTIONNAIRE CNRACL)

Formulaire à compléter et à remettre au service des ressources humaines dans les 15 jours suivant l'accident.

N'oubliez pas de joindre un certificat médical

### Etat civil de la victime

Nom et prénom de l'agent : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Email.....

Numéro de Sécurité sociale : .....

### Situation administrative

Fonctionnaire :  titulaire  stagiaire

Durée hebdomadaire :

Temps complet  Temps non complet ..... (précisez la durée hebdomadaire)

Grade : .....

Service d'affectation : .....

Poste : .....

Fonctions exercées (dans votre poste actuel)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Collectivité employeur (à remplir par la collectivité)

Nom : .....

Adresse.....

.....

Tél..... Email.....

Nom de la personne à contacter pour le suivi de votre dossier ou toute question sur la déclaration :

.....Tél : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT**

Date de l'accident : ..... Heure de survenance de l'accident : .....

Horaires de travail le jour de l'accident

Matin de ..... à .....

Après-midi de ..... à .....

Lieu de l'accident (décrivez précisément le lieu où s'est produit l'accident):

.....

Précisez s'il s'agit :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> lieu de travail habituel                                       | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet aller/retour entre la résidence habituelle et le lieu de travail               |
| <input type="checkbox"/> lieu de travail occasionnel (ex : travail sur plusieurs sites) | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet aller/retour entre le lieu de prise habituelle des repas et le lieu de travail |
| <input type="checkbox"/> lieu de restauration habituel                                  | <input type="checkbox"/> lors d'un déplacement pour le compte de la collectivité (mission, tournée...)                     |
| <input type="checkbox"/> lieu de télétravail  | <input type="checkbox"/> autre :(formation..).....   |

**En cas d'accident de trajet, le trajet a-t-il fait l'objet d'un détour pour nécessité de la vie courante ?**

Oui       Non

Si oui, décrivez la raison du détour (achat de pain, déposer ou récupérer les enfants à la garderie, nourrice, école...) .....

.....

**Activité exercée lors de l'accident (les circonstances de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que vous faisiez))**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Description et nature de l'accident (décrire l'évènement ayant conduit à l'accident, comment s'est produit l'accident ou la blessure : chute, agression..., que s'est-il passé exactement lors de l'accident ?)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**L'accident a-t-il été causé par un ou des tiers ?       Oui       Non**

Si Oui (si connu précisez les nom, prénom et coordonnées du ou des tiers responsables)

.....  
.....  
.....

**Y-a-t-il eu des témoins de l'accident ? \_\_\_\_\_**

Oui

Non

si Oui (précisez les nom, prénom et coordonnées du ou des témoins)

.....

.....

.....

.....

**Le siège des lésions** (à indiquer par une croix sur le schéma)

.....

.....

<input type="checkbox"/> Tête			<input type="checkbox"/> Face (yeux, nez, bouche, oreille, ouïe...)	
<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Cou, dos et colonne vertébrale	
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Epaule	<input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Droit			<input type="checkbox"/> Gauche
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Droit
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Droit			<input type="checkbox"/> Gauche
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/> Droit
<input type="checkbox"/> Thorax (1)				<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Abdomen (2)			<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Bassin / hanche/ cuisse / fesses (3)				<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Droit
	<input type="checkbox"/> Gauche			<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Droit
	<input type="checkbox"/> Gauche			<input type="checkbox"/> Gauche

**Est-ce votre 1<sup>er</sup> accident de service ou de trajet survenu dans votre carrière ?**

Oui  Non

si Non (précisez la date de chaque accident et l'employeur)

- .....

- .....

- .....

**En cas de rechute d'un accident déjà reconnu imputable au service** (à remplir le cas échéant)

Date de survenance de l'accident initial : .....

Date de la rechute : .....

Employeur ayant reconnu l'accident : .....

**Pièces jointes dans le cadre de la déclaration d'un accident de service**

- certificat médical d'accident du travail (obligatoire)  bulletin d'hospitalisation
- ordre de mission (*s'il y a lieu*)
- rapport de police (*s'il y a lieu*)
- témoignages
- pli confidentiel – secret médical (*documents joints comportant des informations à caractère médical sous enveloppe cachetée indiquant « pli confidentiel - secret médical »*)
- Autres documents médicaux (copie des ordonnances) ou tout autre document médical en lien avec l'accident, à lister :  
.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné(e) (nom, prénom).....  
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)



# FORMULAIRE DE DECLARATION

## MALADIE PROFESSIONNELLE (FONCTIONNAIRE CNRACL)

Formulaire à compléter et à remettre au service des ressources humaines  
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

### Etat civil de la victime

Nom et prénom de l'agent : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Email.....

Numéro de Sécurité sociale : .....

### Situation administrative

Fonctionnaire :  titulaire  stagiaire

Durée hebdomadaire :

Temps complet  Temps non complet ..... (précisez la durée hebdomadaire)

Grade : .....

Service d'affectation : .....

Poste : .....

Date d'entrée dans les fonctions actuelles : .....

Fonctions exercées (dans votre poste actuel)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Collectivité employeur (à remplir par la collectivité)

Nom : .....

Adresse.....

Tél..... Email.....

Nom de la personne à contacter pour le suivi de votre dossier ou toute question sur la déclaration :

.....Tél : .....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

**Date de la première constatation de la maladie :** .....

(figurant sur le certificat médical initial)

**Désignation de la maladie déclarée :** .....

Numéro et titre du tableau correspondant à la maladie ou des maladies inscrite(s) 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 (si votre médecin y fait référence): .....

**Description du siège et de la nature de la ou des pathologies** (Indiquez la nature et les manifestations de la maladie que le médecin a constaté)

.....  
 .....  
 .....

**Etes-vous ?**       Droitier       Gaucher

**Situation professionnelle à la date de constatation de la maladie** (Occupiez-vous effectivement votre poste, étiez-vous en congés annuels, en congés de maladie ou dans une autre situation : accident du travail, maternité, congé parental, disponibilité...).....  
 .....  
 .....

**Situation professionnelle dans les 12 mois précédents la date de constatation de la maladie** (Occupiez-vous effectivement votre poste, étiez-vous en congés de maladie ou dans une autre situation : accident du travail, maternité, congé parental, disponibilité...).....  
 .....  
 .....

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

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

Lieu d'exposition au risque (atelier, garage, piscine, crèche...)	Nature du risque (chimique, sonore, thermique,...)	Date de début*	Date de fin*	Employeur (en rapport avec la période d'exposition au risque)





**Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition** (environnement de travail, tâche exécutée, geste effectué, etc.), décrivez en quoi ces situations de travail sont-elles liées à l'apparition de votre maladie :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle** (machine, appareil, produit ou substance utilisée ...) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**En cas de rechute d'une maladie déjà reconnue imputable au service** (à remplir le cas échéant)

Date de survenance de la maladie initiale : .....

Date de la rechute : .....

Employeur ayant reconnu la maladie initiale.....

**Pièces jointes dans le cadre de la déclaration d'une maladie professionnelle**

certificat médical de maladie professionnelle (obligatoire)

témoignages

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)

.....  
.....  
.....  
.....

Fiche de poste indispensable

Je soussigné(e) (nom, prénom).....

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)