



**DEMANDE DE RECONNAISSANCE  
DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

Article 37-2 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987  
([Dossier à remettre au médecin de prévention/du travail](#))

**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 activités de la victime**

Stagiaire       Titulaire      Catégorie :  A    B    C  
Grade : .....  
 Temps complet     Temps non complet >28h     Temps partiel : ..... %  
Métier / Fonction : .....  
Activité habituelle :  
 Bureau     Atelier/terrain     Petite enfance     Cuisine  
 Autre : .....

## 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 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie : ...../...../.....

Nom et adresse du médecin traitant : .....

Indiquer de manière précise 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 : .....

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 déjà été hospitalisé(e) :  oui  non

Si oui, dates : du ..... au .....  
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**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiches d'exposition aux risques               | <input type="checkbox"/> Témoignages écrits                                   |
| <input type="checkbox"/> Photos  | <input type="checkbox"/> Bulletin d'hospitalisation                           |
| <input type="checkbox"/> Ordonnances médicales (sous pli confidentiel) | <input type="checkbox"/> Résultats d'examens médicaux (sous pli confidentiel) |

Fait à ..... le .....  
Signature de l'agent :

Page à compléter par l'agent

### III – RAPPORT CIRCONSTANCIE DE L’AUTORITE HIERARCHIQUE

Le supérieur hiérarchique fournit les éléments d’appréciation nécessaire à la DRH. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur l’imputabilité au service de la maladie.

Nom du responsable hiérarchique : .....

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

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

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

Horaires de travail : .....

.....  
.....

Le fonctionnaire est-il susceptible d’assurer des astreintes :  oui  non

Si oui, fréquence et durée : .....

.....

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,...) : .....

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

Fait à ..... le .....

Signature de l’autorité hiérarchique :

**IMPORTANT** : en application de l’article 37-4 du décret du 30/07/1987, l’autorité territoriale peut solliciter une expertise auprès d’un médecin agréé. Cette expertise est vivement recommandée pour favoriser la bonne instruction du dossier, et à éclairer utilement chacun des intervenants dans leur appréciation du cas présenté.

#### IV - 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 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 DRH**

- Certificat médical (obligatoire même sans prescription d'arrêt de travail) indiquant la nature et le siège des lésions résultant de la maladie
- Fiche de poste
- Avis du médecin de prévention
- Avis médecin agréé (si expertise)
- Témoignages écrits
- Bulletin d'hospitalisation
- Ordonnances médicales (sous pli confidentiel)
- Résultats d'examens médicaux (sous pli confidentiel)
- Liste des différents métiers exercés intégrant les expositions aux risques

##### **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 : .....

##### **Avis du médecin de prévention :**

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

##### **Avis du médecin agréé (si expertise demandée) :**

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

*Page à compléter par l'autorité territoriale*

V – DECISION FINALE DE L’AUTORITE TERRITORIALE

- Maladie imputable
- Maladie non imputable
- Saisine de la commission de forme

Motivations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ..... le .....

Signature de l’autorité territoriale