



## DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM : non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, su budget propre des universités...

Vous êtes fonctionnaire titulaire, stagiaire ou non titulaire recruté à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an 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 86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre à votre supérieur hiérarchique une déclaration comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie ;
- un certificat médical accident du travail maladie professionnelle (cerfa n°11138\*04), volets 1 et 2 originaux, 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 modification 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 entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail à votre supérieur hiérarchique 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 droit et obligations des fonctionnaires*

1. Il s'agit tout d'abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L461-1 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 rapporter 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 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.

### RAPPEL DES PIECES NECESSAIRES A L'INSTRUCTION DU DOSSIER DE MALADIE PROFESSIONNELLE

#### Avec la déclaration :

- Un certificat médical initial original accident du travail (Cerfa n° 11138\*04), volets 1 et 2 portant mention des lésions (sous pli confidentiel)
- Le rapport du supérieur hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent
- Le rapport du médecin de prévention

#### En cours de soins :

- Le(s) certificat(s) médical(aux) de prolongation d'arrêt de travail et/ou de soins, de date à date
- Les comptes rendus des examens réalisés

#### A la fin des soins :

- Le certificat médical final attestant de la guérison ou de la consolidation des lésions ou de la pathologie

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

La déclaration est à retourner à l'adresse suivante :

**RECTORAT DE L'ACADEMIE DE DIJON**  
**DIRH5 bureau des accidents de service et des maladies professionnelles**  
**2G rue du Général Delaborde**  
**BP81921**  
**21019 DIJON cedex**

Pour plus d'information sur les accidents de service / travail, merci de consulter le dispositif accident de travail maladie professionnelle de l'académie via le lien suivant :

<http://www.ac-dijon.fr/pid32615/accident-de-service-de-travail-maladie-professionnelle.html>  
ou sur le site ac-dijon.fr, rubrique personnels



**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME**

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Situation familiale :  célibataire     marié(e)     pacsé(e)     séparé(e)     divorcé(e)     veuf(ve)

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Numéro d'agent (NUMEN) : \_\_\_\_\_

Numéro INSEE : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : .....

.....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Téléphone (*obligatoire*) : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle (*obligatoire*) : ..... @ .....

**STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :**

stagiaire     titulaire     non titulaire (temps plein et à l'année)     Maître à titre définitif

A     B     C

**CORPS DISCIPLINE FONCTION** (*en toutes lettres*) : .....

.....

**QUOTITE DE SERVICE** : ..... %

**PRECISEZ LES JOURS TRAVAILLES** : .....

**SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :**

Nom et adresse du lieu d'affectation : .....

.....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_ Adresse électronique service : ..... @ .....

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

**Activité habituelle :**

bureau     atelier / terrain     autre (à préciser).....

laboratoire     enseignement    .....

**L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou de travail ou d'une ou plusieurs maladies professionnelles ?**     OUI     NON

**Si oui, précisez la(les) date(s):** .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE**

**DESIGNATION 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 : .....

**DATE DE LA PREMIERE CONSTATATION MEDICALE DE LA MALADIE :** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**LIEU PRECIS D'EXPOSITION AU RISQUE ET NATURE DU RISQUE (s'il est connu) :** .....

**CIRCONSTANCES DE L'APPARITION DES TROUBLES ET DESCRIPTION DES FONCTIONS LIEES 0 LEUR APPARITION**  
(environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire, etc..., tâche exécutée, geste effectué, machine, outils ou produits utilisés, etc...) :

**A compléter par la fiche de poste établie par le supérieur hiérarchique**

**ELEMENT MATERIEL EVENTUELLEMENT ASSOCIE A LA MALADIE PROFESSIONNELLE (machine, appareil, produit) :** .....

**DESCRIPTION DU SIEGE ET DE LA NATURE DE LA OU DES PATHOLOGIES :**

Fournir obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les pathologies.

**ATTESTATIONS DE TEMOINS EVENTUELS :**       OUI                       NON

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

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) .....

Sollicite le bénéfice des dispositions :

- 1) Pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant disposition statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- 2) Pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005,
- 3) Pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à ....., le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Signature obligatoire de l'agent**

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).