**ARRÊTÉ PORTANT RECONNAISSANCE DE L’IMPUTABILITÉ AU SERVICE DE *L’ACCIDENT SURVENU LE ………………….. / DE LA MALADIE CONSTATÉE LE ………………………* DE (nom et grade de l’agent)**

*Ne concerne que les agents affiliés à la CNRACL*

*Si octroi d’un congé de maladie, préférer le modèle « invalidité temporaire imputable au service »*

**Le Maire (Le Président) …………………………,**

**Vu** la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires, et notamment l’article 21 bis,

**Vu** la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale,

**Vu** le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié, relatif à l’organisation des comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, et notamment le titre VI bis,

*Uniquement pour les agents à temps non complet > ou = à 28h*

**Vu** le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois à temps non complet, (si agent à temps non complet > 28h)

*Uniquement pour les agents stagiaires*

**Vu** le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale, et notamment l’article 7,

**Vu** l’arrêté du 4 août 2004, relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière,

**Vu** l’arrêté en date du *(viser le dernier arrêté de situation administrative de l’agent : titularisation, avancement, temps complet, non complet… avec échelon IB et IM)*,

**Vu** la déclaration transmise par M ……………………………, en date du ……………………….., comprenant le formulaire précisant les circonstances de l’accident survenu le …………………………….. / de la maladie constatée le ………………………., et un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions *(préciser les informations contenues dans le certificat médical)*, d’une part, et, prescrivant à M………………………. un arrêt de travail du ………………………… au ……………………….., d’autre part,

*Si octroi maladie professionnelle*

**Vu** le constat, par le médecin de prévention, que la maladie satisfait à l’ensemble des conditions prévues par les tableaux de maladies professionnelles / le rapport du médecin de prévention indiquant que la maladie ne satisfait pas à l’ensemble des conditions prévues par les tableaux de maladies professionnelles (ou n’est pas désignée dans les tableaux de maladies professionnelles),

**Vu**, *le cas échéant, en fonction des documents transmis et de la situation*

* *la demande de reconnaissance de l’imputabilité au service de l’accident de service survenu le ...................................... / la maladie constatée le ……………………… transmise par M …………………. en date du ………………..*
* *la déclaration de l’agent, en date du …………….., préciser éventuellement le contenu*
* *le rapport du responsable, en date du ………, préciser éventuellement le contenu*
* *l’expertise du Dr………………………….., médecin agréé, en date du …………, préciser éventuellement le contenu*

*Uniquement si la commission de réforme a été saisie*

**Vu** l’avis de la Commission de Réforme, en date du ……………., favorable / défavorable à la reconnaissance de l’imputabilité au service de l’accident survenu le …………………. / de la maladie constatée le…………………

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1** : L’accident survenu à M ………………………., */* La maladie déclarée par M………………….. est reconnu*(e)* imputable au service.

**ARTICLE 2** : A compter du …………………………., les honoraires médicaux et les frais directement entraînés par l’accident / la maladie seront pris en charge par la collectivité sur présentation des justificatifs.

**ARTICLE 3** : Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé*(e)*.

Ampliation adressée :

- au Président du Centre de Gestion,

- à l’agent comptable de la collectivité.

**ARTICLE 4** : Le Maire (Le Président) certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte, informe que le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir, devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois, à compter de la présente notification.

**Fait à…………………………….**

**Le………………………………..**

***Notifié le :………………………***

*Signature de l'agent*

***POUR MEMOIRE***

*Délais de déclaration*

*En cas d’arrêt de travail, l’agent doit transmettre le certificat médical dans un délai de 48h suivant son établissement, sous peine d’une réduction de sa rémunération.*

*Le formulaire de déclaration d’un accident de service ou d’une maladie professionnelle est transmis à l’agent par l’autorité territoriale dans un délai de 48h maximum suivant la demande de l’agent.*

*La déclaration d’accident de service ou de trajet est transmise à l’autorité territoriale dans le délai de 15 jours à compter de l’accident ou à compter de la constatation médicale des lésions, si celle-ci est survenue dans un délai de 2 ans à compter de l’accident, sous peine d’être rejetée.*

*La déclaration de maladie professionnelle est transmise à l’autorité territoriale dans le délai de 2 ans à compter de la constatation médicale de la maladie, ou de la date à laquelle l’agent est informé du lien possible entre la maladie et l’activité professionnelle, ou de la date d’entrée en vigueur des modifications des tableaux de maladies professionnelles, sous peine d’être rejetée.*

*Pour se prononcer sur l’imputabilité au service de l’accident, de la maladie, de l’arrêt de travail et de ses prolongations, l’autorité territoriale dispose d’un délai d’1 mois pour les accidents de service ou de trajet, et de 2 mois pour les maladies professionnelles, à compter de la date de déclaration. Ce délai peut être prolongé de 3 mois si une enquête administrative est diligentée, si une expertise est demandée et/ou si la commission de réforme est saisie.*

*Procédure d’octroi*

*L’autorité territoriale peut procéder :*

* *à une expertise médicale par un médecin agréé si* 
  + *les circonstances de l’accident paraissent de nature à détacher l’accident du service,*
  + *il s’agit d’une maladie professionnelle ;*
* *à une enquête administrative visant à établir la matérialité des faits et des circonstances.*

*La commission de réforme est saisie :*

* *lorsqu’une faute personnelle ou tout autre circonstance particulière est potentiellement de nature à détacher l’accident du service ;*
* *lorsqu’un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est potentiellement de nature à détacher l’accident de trajet du service ;*
* *lorsque l’affection résulte d’une maladie contractée en service dans les cas suivants :*
  + *plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux prévues par les tableaux de maladies professionnelles ne sont pas remplies,*
  + *il s’agit d’une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles (pour que l’imputabilité soit reconnue, il faut établir que la maladie est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente à un taux de 25%).*