# **ARRÊTÉ**

# **PORTANT REFUS DE RECONNAÎTRE L’IMPUTABILITÉ AU SERVICE DE L’ACCIDENT SURVENU LE *………………….. / DE LA MALADIE CONSTATÉE LE ………………………* DE (nom et grade de l’agent)** *uniquement en cas d’arrêt de travail* **ET PLACANT (nom et grade de l’agent) EN CONGE DE MALADIE ORDINAIRE**

*Ne concerne que les agents affiliés à la CNRACL*

# **Le Maire (Le Président) de…………………………………………………..**

**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** l'[article 115](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=AEDC3382EF2BAF33C68E7891D2FCFDC8.tplgfr27s_3?idArticle=JORFARTI000036339323&cidTexte=JORFTEXT000036339197&dateTexte=29990101&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech=) de la loi n° 2017-1837du 30 décembre 2017 de finances pour 2018,

*Uniquement pour les agents ayant au moins 3 enfants à charge ET affiliés à la CNRACL – et en cas d’arrêt de travail*

**Vu** le décret 60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial, et notamment le II de l’article 4,

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

*Uniquement pour les agents bénéficiaires de la NBI – et en cas d’arrêt de travail*

**Vu** le décret n°93-863 du 18 juin 1993 relatif aux conditions de mise en œuvre de la nouvelle bonification indiciaire dans la fonction publique territoriale, et notamment l’article 2,

**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,

*Uniquement en cas d’arrêt de travail*

**Vu** la circulaire du 13 mars 2006, relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps complet ou à temps non complet contre les risques maladie et accidents de service,

*Uniquement si la délibération instituant le régime indemnitaire prévoit le maintien de celui-ci en cas de congé de maladie – et en cas d’arrêt de travail*

**Vu** la délibération du ……………………………………………, instituant le régime indemnitaire,

**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)*,

*Si octroi d’un CITIS à titre provisoire en raison des délais d’instruction de la demande*

**Vu** l’arrêté en date du ……………., plaçant M……………………… en congé pour invalidité imputable au service à titre provisoire du …………………….. au …………………….,

**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 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 arrêt de travail avec prolongation(s),*

**Vu** le(s) certificat(s) médical(ux), en date du ..................., établi(s) par le Dr……………………….., prescrivant à M………………………. un (des) arrêt(s) de travail du ………………………… au ………………………..,

**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…………………

*Uniquement en cas d’arrêt de travail*

**Vu** *(viser les arrêtés relatifs à l’octroi de congé de maladie ordinaire sur la période de référence)***,**

*Uniquement en cas d’arrêt de travail > à 6 mois*

**Vu** l’avis du comité médical du ……………….. favorable à la prolongation du congé de maladie ordinaire au-delà de six mois, soit du…………… au ………………..,

*Uniquement en cas d’arrêt de travail*

**Considérant** que sur la période de référence, M........................ n’a pas bénéficié de congé de maladie ordinaire **ou** a bénéficié des congés de maladie suivants :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Dates* | *Nombre de jours* | *rémunérés à plein traitement* | *rémunérés à demi-traitement* |
| Du….. au …… |  |  |  |
| Du….. au …… |  |  |  |

**ARRÊTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **ARTICLE 1** | L’imputabilité au service de l’accident survenu le ...................................... / la maladie constatée le ……………………… n’est pas reconnue. |
| **ARTICLE 2** | Les dépenses relatives aux soins seront réglées par M. ………………………………. |
| **ARTICLE X :** | *Si octroi d’un CITIS à titre provisoire en raison des délais d’instruction de la demande*  L’arrêté en date du ……………., plaçant M……………………… en congé pour invalidité imputable au service à titre provisoire du …………………….. au ……………………. est retiré et remplacé par le présent arrêté. L’administration procèdera aux mesures nécessaires au reversement des sommes éventuellement indûment versées. |
| **ARTICLE X** | *Uniquement en cas d’arrêt de travail*  M. ……………………………………. est placé*(e)* en congé de maladie ordinaire du ……………………………….. au ……………………………….. |
| **ARTICLE X :** | *Uniquement en cas d’arrêt de travail*  Le *(date du premier jour du congé)*, M…………………………. ne percevra aucune rémunération. *Selon situation de l’agent :*L’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement. |
| **ARTICLE X** | *Uniquement en cas d’arrêt de travail*  Du ……………….. au ……………………….., M .................................... percevra son plein traitement, *uniquement pour les agents bénéficiaires de la NBI :* *ainsi que la NBI*.  *Selon situation de l’agent :*Pendant cette période, l’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement.  *Uniquement si la délibération instituant le régime indemnitaire prévoit le maintien de celui-ci en cas de congé de maladie : Les primes et indemnités sont maintenues du……………. au ………………….. (préciser les modalités).* |
| **ARTICLE X** | *Uniquement en cas d’arrêt de travail*  Du ……………….. au ……………………….., M .................................... percevra *la moitié /* *uniquement pour les agents ayant au moins 3 enfants à charge ET affiliés à la CNRACL :* *les deux tiers* du traitement afférent à l’indice ............, *uniquement pour les agents bénéficiaires de la NBI :* *ainsi que de la NBI*.  *Selon situation de l’agent :*Pendant cette période, l’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement.  *Uniquement si la délibération instituant le régime indemnitaire prévoit le maintien de celui-ci en cas de congé de maladie : Les primes et indemnités sont maintenues du……………. au ………………….. (préciser les modalités).* |

**ARTICLE X** : 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 X :** 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*