

Direction des Ressources Humaines  
Service Ressources, Pilotage et Perspectives – Pôle Pensions et Accidents du Travail  
@ : [pensions@inserm.fr](mailto:pensions@inserm.fr)

## DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

**A remplir uniquement par les fonctionnaires et agents sur CDI ou CDD d'une durée ≥ à un an\***

### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME**

Nom : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Adresse personnelle : .....

N° de matricule : .....

Tél. personnel : ..... Mail personnel : .....

Si votre dossier est examiné par le Conseil Médical (formation plénière) ou la CPAT (Commission Paritaire chargée d'émettre des avis en matière d'Accidents du Travail et maladies professionnelles), souhaitez-vous que vos coordonnées personnelles soient communiquées aux Représentants du Personnel ?  Oui  Non

### **COORDONNEES ADMINISTRATIVES**

Délégation Régionale : ..... Affectation : .....

Adresse de la structure : .....

Tél professionnel : ..... Mail professionnel : .....

### **SITUATION PROFESSIONNELLE**

Statut :  Stagiaire  Titulaire  CDI (*hors CDI de mission scientifique*)  CDD ≥ à un an \*

Position :  Activité  Détachement  Mise à disposition

Grade : ..... Date d'entrée à l'Inserm : .....

Quotité de travail : .....%

Préciser les jours travaillés : **L M M J V S D**

Métier / Fonction : ..... Date d'entrée en fonction sur le poste : .....

Activité habituelle :

Laboratoire  Animalerie  Administratif  Autre (à préciser) : .....

### **AUTRES INFORMATIONS**

Avez-vous déjà été victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle auparavant ?  Oui  Non

A quelle(s) date(s) : .....

Taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) reconnu : .....

Organisme qui a géré l'accident ou la maladie professionnelle (nom, adresse): .....

\*(*hors CDD de projet, CDD post doc, fondement code de la recherche, CPJ*)

**NATURE DE LA MALADIE**

Désignation de la maladie : .....

.....

Numéro du tableau inscrit au code la sécurité sociale (s'il est connu) : .....

Date de constatation de la maladie : .....

Le cas échéant, date de l'arrêt de travail initial : .....

Avez-vous déjà été exposé au même facteur de risque chez un ou plusieurs autres employeur(s) ? :  Oui  Non

Chronologie des expositions

Nom de l'employeur 1 : ..... Date de début : ..... Date de fin : ..... Métier : .....

Nom de l'employeur 2 : ..... Date de début : ..... Date de fin : ..... Métier : .....

Nom de l'employeur 3 : ..... Date de début : ..... Date de fin : ..... Métier : .....

Nom de l'employeur 4 : ..... Date de début : ..... Date de fin : ..... Métier : .....

**DESCRIPTION DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES**

En précisant le lieu précis d'exposition au risque et nature du risque

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

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition (métier, environnement, tâche exécutée, geste(s) effectué(s), etc...)

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

**DESCRIPTION DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES** (suite)

Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle (machine, appareil, produit...) au regard de votre parcours professionnel

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

**PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A LA PRESENTE DECLARATION :**

Un certificat médical initial (volet 1 ou volet à conserver par la victime) **même si prescription d'arrêt de travail** que vous pouvez transmettre sous pli confidentiel

Ce certificat doit être établi selon le formulaire réglementaire (cerfa 11138\*06) par le médecin ayant constaté la nature et le siège des lésions, avec indication de la période de soins prévisibles. **Aucun document ne doit être transmis à la sécurité sociale.**

Avis d'arrêt de travail (volet 1 ou volet à conserver par la victime)

Tout autre document en lien avec la maladie (examens médicaux, bulletin d'hospitalisation...)

Vous pouvez compléter votre déclaration par des précisions de toute nature sur papier libre et/ou annexer toutes pièces d'éléments de contexte

Observations écrites

Pièces complémentaires

Préciser lesquelles : .....

Je soussigné(e) (*Nom et Prénom*) .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à ..... le.....

Signature de l'agent :

**VISA DU DIRECTEUR D'UNITE OU DU CHEF DE SERVICE**

Nom du supérieur hiérarchique : .....  
Adresse mail : ..... Tél. : .....  
Fonction de l'agent : .....  
Observations : .....  
.....  
.....  
.....  
Fait à ..... le.....  
Signature du directeur d'unité/chef de service, ou de son représentant dûment habilité :

**PARTIE ADMINISTRATIVE**

**VISA DE LA DELEGATION REGIONALE**

Date d'affectation de l'agent sur ce poste : .....  
L'administration a-t-elle procédé à un aménagement des conditions de travail et/ou des fonctions de l'agent ?  
 Oui     Non  
Si oui, à quelle date : .....  
Mesures mises en œuvre : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PIECES A JOINDRE PAR LA DR - POLE RH A LA PRESENTE DECLARATION :**

- Une fiche de poste ;
- Un rapport du médecin du travail et le cas échéant le questionnaire annexe pour les maladies hors tableaux ;
- La copie des 3 dernières fiches de visite médicale ;
- Une analyse du poste de travail établie par le conseiller de prévention ;
- Le cas échéant : l'historique des différents emplois et des affectations de l'agent.

Dossier suivi par :  
Médecin du travail : .....  
Gestionnaire Ressources Humaines : .....  
Fait à ..... le.....  
Signature du Délégué Régional ou de son représentant dûment habilité :

## ANNEXE

### MALADIE A CARACTERE PROFESSIONNEL (HORS TABLEAUX)

#### QUESTIONNAIRE A COMPLETER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL ET A JOINDRE AU RAPPORT DETAILLE SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL DE L'AGENT

Date de la dernière visite médicale : .....

Avez-vous constaté la pathologie déclarée par l'agent ?     Oui     Non

Depuis quelle date ? : .....

Selon vous, les conditions de travail de l'agent sont-elles de nature à expliquer ou aggraver la pathologie présentée ? :

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

A la date du recrutement, l'agent présentait-il des antécédents de nature à favoriser l'apparition de la maladie ? :

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

L'agent a-t-il bénéficié de mesures spécifiques (aménagement de poste, reclassement, achat de matériel adapté...) ? :

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

Depuis quelle date ? :

A votre avis, quel a été leur impact ? .....

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

Existe-t-il, à votre connaissance, des éléments d'origine extraprofessionnelle en lien avec cette pathologie (état antérieur, activités extérieures, situation personnelle...) :

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

Fait à ..... le .....

Signature :