

Note d'information

Le Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service (CITIS), qu'est-ce que ça change ?

Références juridiques :

- décret n° 2019-301 du 12 avril 2019

Le fonctionnaire CNRACL en activité a droit à un Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service (CITIS) lorsque son incapacité temporaire de travail est consécutive à un accident reconnu imputable au service, à un accident de trajet ou à une maladie contractée en service.

→ La présomption d'imputabilité

Avant la parution du décret, la Commission de Réforme était saisie en cas de simple doute de la collectivité sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie.

A présent, il existe une réelle **présomption d'imputabilité**. Si l'autorité territoriale souhaite réfuter l'imputabilité, elle devra démontrer qu'il existe un fait personnel du fonctionnaire ou que toute autre circonstance particulière est de nature à détacher l'accident du service.

→ Les délais de déclaration et d'instruction raccourcis

Pour déclarer un accident de service, l'agent doit respecter un délai de :

- **15 jours** à compter de la date du certificat médical indiquant la nature des lésions ;
- **15 jours** à compter de la consultation médicale, visite ayant lieu dans un délai maximum de deux ans (exemple : si des douleurs apparaissent plusieurs semaines après l'accident et que l'agent décide alors de consulter son médecin).

Pour déclarer une maladie professionnelle, l'agent doit respecter un délai de :

- **2 ans** suivant la date de la première constatation médicale de la maladie.

L'autorité territoriale doit également respecter des délais d'instruction suite à la demande de son agent :

- **1 mois** en cas d'accident de service ou de trajet ;
- **2 mois** en cas de maladie professionnelle.

Un délai supplémentaire de 3 mois est possible lorsque la collectivité procède à des investigations complémentaires, en fonction du type de déclaration.

→ **L'information**

Lorsqu'elle a connaissance d'une pathologie, la collectivité a un **rôle d'information** à l'égard de son agent notamment sur le respect des délais de déclaration.

→ **Les modalités de déclaration**

Depuis la parution du décret, l'agent a l'obligation, pour effectuer sa déclaration, de transmettre un certificat médical accompagné d'un **formulaire** précisant les circonstances de l'accident ou de la maladie.

Le Centre de Gestion met à la disposition des collectivités un formulaire type dont le modèle (joint en annexes) est disponible sur son site internet. Il est vivement conseillé aux collectivités d'utiliser ce formulaire. En effet, en cas de demande non conforme, celle-ci sera automatiquement rejetée.

→ **Le CITIS provisoire**

Le **CITIS provisoire** intervient à l'expiration du délai d'instruction (délai supplémentaire de trois mois compris). Dans cette position, l'agent perçoit son plein traitement et la collectivité prend en charge les frais de ses soins.

L'autorité territoriale doit signifier à son agent que cette décision peut être retirée lorsque, au terme de l'instruction, elle ne constate pas l'imputabilité au service. Elle doit également informer l'agent qu'elle procédera, le cas échéant, aux mesures nécessaires liées au reversement des sommes indûment versées.

→ **L'information obligatoire du médecin de prévention**

L'autorité territoriale doit obligatoirement **informer le médecin** de prévention de chaque déclaration d'accident de service ou de maladie professionnelle.

Le médecin de prévention doit étudier chaque déclaration de maladie professionnelle et distinguer trois cas :

1. La maladie est inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale et remplit les conditions (répond aux différents critères). Dans ce cas, le médecin de prévention doit en informer la collectivité par un avis simple.
2. La maladie est inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale mais ne remplit pas les conditions. Dans ce cas, le médecin de prévention établit un rapport à destination de la Commission de Réforme. La collectivité est informée en ce sens et doit saisir la Commission de Réforme.

3. La maladie n'est pas inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, le médecin de prévention établit un rapport à destination de la Commission de Réforme. La collectivité est informée en ce sens et doit saisir la Commission de Réforme.

→ Les démarches à effectuer auprès de l'assurance statutaire

Lorsqu'un CITIS survient, la collectivité doit le notifier auprès de son assureur statutaire en respectant les délais de déclaration impartis, conformément aux conditions générales du contrat d'assurance souscrit. Cette notification peut se faire par la transmission de la déclaration d'accident, ou la transmission du certificat médical initial s'il s'agit d'une maladie professionnelle.

Dans l'attente des pièces complémentaires, l'assureur pourra ainsi enregistrer le sinistre dans le respect des délais contractuels.

Attention, le délai de déclaration à respecter auprès de l'assureur peut varier en fonction des organismes d'assurance.

Les pièces complémentaires à la déclaration d'accident ou de maladie professionnelle permettant l'exploitation du dossier devront, quant à elles, être communiquées à l'assurance dans le délai requis à compter de la date de survenance du risque pour les accidents de travail, ou de la date d'établissement du certificat médical pour les maladies professionnelles.

N. B. pour les collectivités assurées auprès de CNP Assurances :

- Les expertises diligentées dans le cadre du CITIS, dites expertises statutaires, pour reconnaissance des imputabilités au service ou reconnaissance de maladies professionnelles à destination de la Commission de Réforme, ne seront pas prises en charge par CNP Assurances. Les démarches devront donc être effectuées par l'employeur directement auprès d'un médecin agréé.
- Seules les expertises de suivi obligatoire tous les 6 mois, dites expertises médicales, pourront être diligentées par les collaborateurs de l'Unité Assurance, et prises en charge par la CNP, afin de déterminer si les arrêts et/ou les soins sont toujours en lien avec le risque d'origine.

Des modèles d'actes sont à votre disposition sur le site www.maisondescommunes85.fr, rubrique Centre de Gestion / Carrière et Paie / Modèles d'actes / Lettre M / Maladie.

Pour plus d'informations, contacter :

- L'unité Instances médicales : instances.medeicales@cdg85.fr ;
- L'unité Gestion statutaires : gestion.des.carrieres@cdg85.fr.
- Le service Assurance statutaire : assurance.statutaire@cdg85.fr

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – D'ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes fonctionnaire territorial, stagiaire ou titulaire CNRACL et êtes victime d'un accident de service ou de trajet. En vertu des articles 37-2 et 37-3 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, il convient **d'adresser** par tout moyen à l'autorité territoriale et notamment au service ressources humaines de la collectivité ou de l'établissement public une **déclaration d'accident de service ou de trajet dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident.**

La déclaration d'accident de service comportent :

- Le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- Un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Si l'accident entraîne un arrêt de travail, le certificat médical doit être transmis à l'autorité territoriale dans un délai de 48h suivant son établissement.

FORMULAIRE DE DECLARATION

ACCIDENT DE SERVICE ACCIDENT DE TRAJET
(FONCTIONNAIRE CNRACL)

*Formulaire à compléter et à remettre au service des ressources humaines
N'oubliez pas de joindre un certificat médical*

Etat civil de la victime

Nom et prénom de l'agent :

.....

Adresse :

.....

.....

Tél :

Email.....

Numéro de Sécurité sociale :

.....

Situation administrative

Fonctionnaire : titulaire stagiaire

Durée hebdomadaire :

Temps complet Temps non complet (précisez la durée hebdomadaire)

Grade :

Service d'affectation :

.....

.....

Poste :

.....

.....

Fonctions exercées (dans votre poste actuel)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Collectivité employeur (à remplir par la collectivité)

Nom :

.....

Adresse.....

.....

Tél.....

Email.....

Nom de la personne à contacter pour le suivi de votre dossier ou toute question sur la

déclaration :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : Heure de survenance de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident

Matin de à

Après-midi de à

Lieu de l'accident (décrivez précisément le lieu où s'est produit l'accident):

.....

Précisez s'il s'agit :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> lieu de travail habituel | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet aller/retour entre la résidence habituelle et le lieu de travail |
| <input type="checkbox"/> lieu de travail occasionnel (ex : travail sur plusieurs sites) | |
| <input type="checkbox"/> lieu de restauration habituel | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet aller/retour entre le lieu de prise habituelle des repas et le lieu de travail |
| <input type="checkbox"/> lieu de télétravail | |
| <input type="checkbox"/> autre :
(formation..)..... | <input type="checkbox"/> lors d'un déplacement pour le compte de la collectivité (mission, tournée...) |

En cas d'accident de trajet, le trajet a-t-il fait l'objet d'un détour pour nécessité de la vie courante ?

- Oui Non

Si oui, décrivez la raison du détour (achat de pain, déposer ou récupérer les enfants à la garderie, nourrice, école...).....

.....

Activité exercée lors de l'accident (les circonstances de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que vous faisiez)

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

Description et nature de l'accident (décrire l'évènement ayant conduit à l'accident, comment s'est produit l'accident ou la blessure : chute, agression..., que s'est-il passé exactement lors de l'accident ?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'accident a-il été causé par un ou des tiers ? Oui Non

Si Oui (si connu précisez les nom, prénom et coordonnées du ou des tiers responsables)

.....

.....

.....

.....

Y-a-t-il eu des témoins de l'accident ? Oui Non

si Oui (précisez les nom, prénom et coordonnées du ou des témoins)

.....

.....

.....

.....

Le siège des lésions (à indiquer par une croix sur le schéma)

.....

.....

.....

<input type="checkbox"/> Tête			<input type="checkbox"/> Face (yeux, nez, bouche, oreille, ouïe...)	
<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Cou, dos et colonne vertébrale	
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Droit			<input type="checkbox"/> Gauche
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Droit
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Droit			<input type="checkbox"/> Gauche
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/> Droit
<input type="checkbox"/> Thorax (1)				<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Abdomen (2)			<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Bassin / hanche/ cuisse / fesses (3)				<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Droit
	<input type="checkbox"/> Gauche			<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Droit
	<input type="checkbox"/> Gauche			<input type="checkbox"/> Gauche

Est-ce votre 1^{er} accident de service ou de trajet survenu dans votre carrière ? Oui Non
si Non (*précisez la date de chaque accident et l'employeur*)

-
-
-

En cas de rechute d'un accident déjà reconnu imputable au service (à remplir le cas échéant)

Date de survenance de l'accident

initial :

Date de la rechute :

.....
.....

Employeur ayant reconnu l'accident

Pièces jointes dans le cadre de la déclaration d'un accident de service

- certificat médical d'accident du travail (obligatoire) bulletin d'hospitalisation
- ordre de mission (*s'il y a lieu*)
- rapport de police (*s'il y a lieu*)
- témoignages
- pli confidentiel – secret médical (*documents joints comportant des informations à caractère médical sous enveloppe cachetée indiquant « pli confidentiel - secret médical »*)
- Autres documents médicaux (copie des ordonnances) ou tout autre document médical en lien avec l'accident, à lister :

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

*Je soussigné(e) (nom,
prénom).....*

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

Fait à Le (date de déclaration)

.....

Signature de l'agent (ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Vous êtes fonctionnaire territorial stagiaire ou titulaire CNRACL et vous êtes affecté par une maladie que vous-même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle. En vertu des articles 37-2 et 37-3 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, il convient **d'adresser** par tout moyen à l'autorité territoriale et notamment au service ressources humaines de la collectivité ou de l'établissement public une **déclaration de maladie professionnelle** comportant :

- Le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie,
- Un certificat médical 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 le fonctionnaire est **informé par certificat médical du lien possible entre sa maladie et l'activité professionnelle** ;
- ou, en cas **de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale** si le fonctionnaire est 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**, le **certificat médical doit être transmis à l'autorité territoriale dans un délai de 48h** suivant son établissement.

**FORMULAIRE DE DECLARATION
MALADIE PROFESSIONNELLE

(FONCTIONNAIRE CNRACL)**

*Formulaire à compléter et à remettre au service des ressources humaines
N'oubliez pas de joindre un certificat médical*

Etat civil de la victime

Nom et prénom de l'agent :

.....

Adresse :

.....

.....

Tél :

Email.....

Numéro de Sécurité sociale :

.....

Situation administrative

Fonctionnaire : titulaire stagiaire

Durée hebdomadaire :

Temps complet Temps non complet (précisez la durée hebdomadaire)

Grade :

Service d'affectation :

.....

.....

Poste :

.....

.....

Date d'entrée dans les fonctions

actuelles :

Fonctions exercées (dans votre poste actuel)

.....

.....

.....

.....

.....

Collectivité employeur (à remplir par la collectivité)

Nom :

.....

Adresse

.....

.....

Tél.....

Email.....

Nom de la personne à contacter pour le suivi de votre dossier ou toute question sur la
déclaration :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

Date de la première constatation de la maladie :

.....
(figurant sur le certificat médical initial)

Désignation de la maladie déclarée :

.....

Numéro et titre du tableau correspondant à la maladie ou des maladies inscrite(s) 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 *(si votre médecin y fait référence):*

.....

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies *(Indiquez la nature et les manifestations de la maladie que le médecin a constaté)*

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

Etes-vous ?

Droitier

Gaucher

Situation professionnelle à la date de constatation de la maladie *(Occupiez-vous effectivement votre poste, étiez-vous en congés annuels, en congés de maladie ou dans une autre situation : accident du travail, maternité, congé parental, disponibilité...)*.....

.....
.....

Situation professionnelle dans les 12 mois précédents la date de constatation de la maladie *(Occupiez-vous effectivement votre poste, étiez-vous en congés de maladie ou dans une autre situation : accident du travail, maternité, congé parental, disponibilité...)*.....

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

Le cas échéant, date des arrêts de travail :

du..... au.....

du..... au.....

du..... au.....

du..... au.....

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (s'il est connu) (* début et fin d'exposition au risque)

Lieu d'exposition au risque (atelier, garage, piscine, crèche...)	Nature du risque (chimique, sonore, thermique,...)	Date de début*	Date de fin*	Employeur (en rapport avec la période d'exposition au risque)

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition
(environnement de travail, tâche exécutée, geste effectué, etc.), décrivez en quoi ces situations de travail sont-elles liées à l'apparition de votre maladie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle (machine, appareil, produit ou substance utilisée ...) :

.....

.....

.....

.....

.....

<p><u>En cas de rechute d'une maladie déjà reconnue imputable au service</u> (à remplir le cas échéant)</p> <p><u>Date de survenance de la maladie</u> initiale :</p> <p><u>Date de la rechute</u> :</p> <p>.....</p> <p>Employeur ayant reconnu la maladie</p>

Pièces jointes dans le cadre de la déclaration d'une maladie professionnelle

- certificat médical de maladie professionnelle (obligatoire)
- témoignages
- pli confidentiel – secret médical (*à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel - secret médical »*)
- Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale
- Autres documents médicaux (copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e) (nom, prénom).....
certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.
Fait à Le (date de déclaration)
Signature de l'agent (ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)