

Les écrits en médecine du travail

Échanges médecins du travail et médecins conseils

Contexte

- **Allongement de la durée de travail**
- **Salariés plus âgés**
- **Augmentation des IJ en 2014 (4 % en maladie et 3 % en AT-MP)**
- **L'emploi au sein des Plans de Santé Publique (plan maladies chroniques – plan psychiatrie et santé - plan cancer – plan maladies neuro végétatives).**
Tous ces plans régionaux de santé traitent du retour à l'emploi.

Contexte

4 % de croissance des arrêts maladie en 2014 en neutralisant la grippe

- Plus de bénéficiaires
- Les arrêts < 6 mois : 62 % de la croissance totale
- TMS et troubles mentaux majoritaires
- Augmentation des montants versés aux assurés de plus de 60 ans
- Augmentation du temps partiel thérapeutique (croissance des IJ de 15 %)
- Augmentation des IJ chez les pensionnés liée à l'augmentation du nombre des invalidités

Activités de contrôle et partenariats

- **Gestion précoce des arrêts de travail en maladie et en AT-MP**
- **Démarche PDP et développement d'actions de remobilisation**
Travail en réseau associant service médical , service social , médecins du travail , sameth
- **Augmentation de l'activité du CRRMP faisant intervenir des praticiens hospitaliers mais aussi médecin du travail à l'aide de leurs écrits**
- **Augmentation des contentieux relatifs aux AT-MP faisant intervenir juristes , médecins conseils , médecins de recours**
- **Retraite anticipée pour pénibilité et commissions pluridisciplinaires incluant la DIRECCTE**
identification d'un risque – AT ou MP de 10 % ou plus – 17 ans d'exercice dans la profession à risque – lien à établir entre la pathologie et le travail

Secret médical

- Code Pénal et article 226-13

Article 226-13 : la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000€ d'amendes

Articles L 315-1 css et L 1112-1 du code de la SP

Dérogation au secret médical et médecins conseils

- **Les médecins conseils de l'AM ont accès dans le respect des règles de déontologie médicale, aux informations lorsqu'elles sont nécessaires dans l'exercice de leurs missions**

Secret médical

Art R4127-50 CSP et déontologie médicale

Le médecin doit ,sans céder à aucune demande abusive , faciliter l'obtention des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit ,

A cette fin il est autorisé sauf opposition du patient à communiquer au médecin conseil les renseignements médicaux strictement indispensables

Art L441-6 et L441-7 CSS et dérogation au secret médical en AT

CMI – CP – CF

Art L461-5 CSS et MP :la nature de la maladie est indiquée par le médecin sur le certificat de MP

Partage des informations avec les médecins du travail

- 1- les écrits réglementaires

Article D 323-3 du CSS

En cas d'interruption de travail de plus de trois mois , le médecin conseil peut saisir le médecin du travail pour avis sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail ,

Le médecin traitant et l'assuré sont informés de cette démarche ,

Dans le cadre de ses missions le médecin du travail , après examen de pré reprise communique au médecin conseil sous 20 jours les éléments pertinents à prendre en considération dans l'exercice de ses missions , afin de préparer le retour à l'emploi

Article R4624-23 Code du Travail

- à l'initiative du salarié, du médecin traitant ou du médecin conseil des organismes de sécurité sociale, lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, un examen peut être sollicité préalablement à la reprise du travail, en vue de faciliter la recherche des mesures nécessaires. L'avis du médecin du travail devra être sollicité à nouveau lors de la reprise effective de l'activité professionnelle.

Partage des informations avec les médecins du travail

- En AT-MP : arrêt en cours

Utilisation de l'imprimé cerfa N° 60 3823 à 2 volets

- Indication sur la durée de l'arrêt , la nature et le siège des lésions par le médecin conseil
- Indication sur l'aptitude ou non au poste et les mesures envisagées par le médecin du travail

En maladie : imprimé type non cerfatisé

- Nature des lésions ou pathologie non précisées
- Réponse du médecin du travail non formalisée mais portant toujours sur les capacités de retour au travail et les modalités (poste à adapter , temps nécessaire, temps partiel ---)

DEMANDE D'AVIS AU MEDECIN DU TRAVAIL
(articles R 434 - 34 du Code de la Sécurité Sociale et R 241 - 51 du Code du Travail)

COMPLÉTER PAR L'ORGANISME ET À CONSERVER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Numero d'Immatriculation _____
Nom Patronymique _____
Nom d'Usage (facultatif) _____
Prénom _____
Adresse _____

Profession _____
Dénomination de _____
l'employeur et _____
Adresse de _____
l'établissement _____
d'attache _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT OU LA MALADIE

ACCIDENT DU TRAVAIL
 ACCIDENT DE TRAJET

DATE _____
NUMERO _____

MALADIE PROFESSIONNELLE

DATE _____
NUMERO _____
REFERENCE _____
au tableau des maladies professionnelles.

ORIGINE DE LA DEMANDE
 MEDECIN TRAITANT DE LA VICTIME
 MEDECIN CONSEIL
 VICTIME

DESCRIPTIF MEDICAL

SIEGE ET NATURE DES LESIONS, ATTEINTE FONCTIONNELLE PREVISIBLE :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ARRET DE TRAVAIL :

● DUREE DE L'ARRET DE TRAVAIL prescrit par le medecin traitant du _____ cas _____

● DATE previsible de la REPRISE DU TRAVAIL _____

● DATE previsible de la CONSOLIDATION _____

● I.P.R. probable INFÉRIEURE À 10 % _____

● I.P.R. probable ÉGALE OU SUPÉRIEURE À 10 % _____

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES :

IDENTIFICATION DU MEDECIN CONSEIL

Fait à _____

Le _____

SIGNATURE DU MEDECIN CONSEIL

**REPRISE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE D'UNE VICTIME ATTEINTE
D'UNE INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE**

AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL
(articles R 434 - 34 du Code de la Sécurité Sociale et R 241 - 51 du Code du Travail)

A COMPLETER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL ET A RETOURNER DANS LES QUINZE JOURS AU MEDECIN CONSEIL, SOUS PLI CONFIDENTIEL, A L'AIDE DE L'ENVELOPPE JOINTE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

Numero d'immatriculation	_____	Profession	_____
Nom Patronymique	_____	Dénomination de l'employeur et	_____
Nom d'Usage (facultatif)	_____	Adresse de l'établissement	_____
Prénom	_____	d'attache	_____
Adresse	_____		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT OU LA MALADIE

<input type="checkbox"/> ACCIDENT DU TRAVAIL	} DATE _____	<input type="checkbox"/> MALADIE PROFESSIONNELLE	} DATE _____
<input type="checkbox"/> ACCIDENT DE TRAJET		} NUMERO _____	

ORIGINE DE LA DEMANDE

- MEDECIN TRAITANT DE LA VICTIME
- MEDECIN CONSEIL
- VICTIME

AVIS MEDICAL

EXAMEN REALISE LE _____

L'ASSURE(E) :

- PARAIT APTE A REPENDRE SON POSTE DE TRAVAIL ANTERIEUR DANS L'ENTREPRISE
 - a la date prévisible
 - après la date prévisible
- PARAIT APTE A REPENDRE SON POSTE ANTERIEUR DANS L'ENTREPRISE
 - sans mesure particulière
 - après aménagement du poste
 - dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique (1)
 - dans le cadre d'un contrat de rééducation professionnelle (2)
- PARAIT INAPTE A REPENDRE SON POSTE DE TRAVAIL ANTERIEUR DANS L'ENTREPRISE MAIS APTE A Y OCCUPER UN AUTRE POSTE
 - sans mesure particulière
 - après aménagement du poste
 - dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique (1)
 - dans le cadre d'un contrat de rééducation professionnelle (2)
 - après une période de rééducation professionnelle assurée hors de l'entreprise
- PARAIT INAPTE A REPENDRE TOUT POSTE DE TRAVAIL DANS L'ENTREPRISE MAIS APTE A OCCUPER UN EMPLOI EN MILIEU ORDINAIRE DE TRAVAIL
- PARAIT INAPTE AU TRAVAIL EN MILIEU NON PROTEGE

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES :

IDENTIFICATION DU MEDECIN DU TRAVAIL

Fait à _____

Le _____

SIGNATURE DU MEDECIN DU TRAVAIL

Contact Service médical : Docteur

Numéro de téléphone du secrétariat :

Adresse :

Demande d'avis au médecin du travail

N° immatriculation :

Nom de l'entreprise ou de l'employeur :

Profession exercée :

Cher confrère,

Je viens d'examiner M _____ qui est en arrêt de travail depuis le _____ et j'aimerais connaître votre avis sur sa capacité à reprendre son travail ou dans la négative, si un aménagement de poste est possible dans l'entreprise.

Dans le cadre de l'article D 323-3 du code de la Sécurité Sociale et conformément à l'article R4624-23 du Code du Travail je vous sollicite en vue d'un examen médical de pré-reprise.

Je vous précise que j'ai avisé M _____ de cette démarche ainsi que son médecin traitant le docteur _____

Je vous remercie de m'informer de vos conclusions et reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Veillez croire, cher confrère, à l'assurance de mes meilleures salutations.

Docteur
Praticien Conseil

Partage des informations avec les médecins du travail

- **Reconnaissance de Maladie professionnelle**
- **Dans le cadre du dispositif des tableaux ou article L 461-1 CSS 2^{ème} 3^{ème} et 4^{ème} alinéa**

Après déclaration de MP la Caisse ouvre une enquête administrative et elle informe l'employeur , le médecin du travail et l'inspection du travail .

**C'est l'employeur qui a à charge de faire suivre le courrier « à l'attention du médecin du travail » accompagné du questionnaire et de la DMP .
le médecin du travail fera retour des informations au médecin conseil**

Risques Professionnels

Contact
Téléphone 36.46
Sécurité sociale
Prénom, Nom
Identifiant
Date A.T./M.P
N° du dossier

Date Le 19 Juin 2015

Objet Transmission d'une déclaration de maladie professionnelle

Madame, Monsieur,

L'assuré(e) cité(e) en références a établi une déclaration de maladie professionnelle. Je vous adresse copie en application de l'article R.441-11 du Code de la sécurité sociale. Cette déclaration m'est parvenue, accompagnée du certificat médical initial tendinopathie epaule gauche, le 11 Juin 2015.

L'instruction de ce dossier est en cours et une décision devrait être prise à cet égard, dans un délai de trois mois à compter de la date mentionnée ci-dessus, en application de l'article R.441.10 du Code de la sécurité sociale.

Dans l'hypothèse où un délai complémentaire serait nécessaire au traitement de ce dossier, je ne manquerais pas de vous en aviser, en application de l'article R.441-14 du Code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, je vous saurais gré de bien vouloir transmettre au médecin du travail de votre établissement un exemplaire de la déclaration de maladie professionnelle en courrier joint.

Merci de bien vouloir également me communiquer ses coordonnées.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Votre correspondant Risques Professionnels,

PJ : Copie de la déclaration de maladie professionnelle
Courrier à l'attention du médecin du travail.
Copie du certificat médical initial

Risques Professionnels

Contact
Téléphone 36.46
Sécurité sociale
Prénom, Nom
Date A.T./M.P
N° du dossier

A l'attention du Médecin du travail
auprès de l'entreprise

Date Le 19 Juin 2015

Objet Transmission d'une déclaration de maladie professionnelle

Docteur,

L'assuré(e) cité(e) en références a établi une déclaration de maladie professionnelle, laquelle m'est parvenue le 11 Juin 2015 accompagnée du certificat médical indiquant tendinopathie epaule gauche.

En application de l'article R 441-11 du Code de la sécurité sociale, je vous en adresse un double.

Je vous prie d'agréer, Docteur, mes salutations distinguées.

Votre correspondant Risques Professionnels,

PJ: Déclaration de maladie professionnelle

Risques Professionnels

Contact
N° sécurité sociale
Prénom, Nom
Date A.T./M.P

Adresse de retour

Service Médical
Secrétariat du service médical
MEDECIN CONSEIL 331 CPAM
DU VAR
83082 TOULON CEDEX

• **Avis sur la pathologie déclarée**

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

• **Avis sur son origine**

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

• **Avis sur le risque d'exposition dans l'entreprise**

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

• **Commentaires**

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

Cachet - signature du médecin du travail de l'entreprise

Coordonnées du médecin du travail :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Date :

Partage des informations avec les médecins du travail

- Dans le cadre du dispositif complémentaire de reconnaissance des MP , un dossier complet doit être présenté au CRRMP selon l'article D 461-29 CSS.
- Le médecin du travail interrogé doit donner sa réponse dans le délai d'un mois ,

Parmi les 6 documents répertoriés :

l'avis motivé du médecin du travail portant sur la maladie , la réalité de l'exposition au risque présent dans l'entreprise , la participation du médecin du travail est essentielle sauf lorsqu'elle est matériellement impossible .

Risques Professionnels

Contact **Jacky BAILLY**
Téléphone **0 820 904 172**
sécurité sociale **1.40.01.72.181.001.01**
Prénom, Nom **Exemple COURRIER**
Date A.T./M.P **15 septembre 2007**
N° du dossier **07.09.15.44.1**

Docteur SOIGNETOUT
13, rue de la Santé
72000 LE MANS

Date **Le 21 septembre 2007**

“rappel”

Objet **Système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles**
Demande d'avis motivé

Docteur,

L'assuré(e) cité(e) en références a établi une déclaration de maladie professionnelle qui m'est parvenue le **17 septembre 2007** et dont une photocopie vous a été envoyée. Cette déclaration était accompagnée d'un certificat médical indiquant “**tendinopathie de la coiffe des rotateurs**”.

Pour me permettre d'adresser le dossier au secrétariat du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, en application de l'article L.461-1-3^{ème} et 4^{ème} alinéa du Code de la sécurité sociale, je vous invite à compléter le questionnaire joint en annexe, votre avis étant obligatoire.

La victime exerçait son activité professionnelle, en dernier lieu, auprès :
Entreprise FABRIQUE TOUT
145, avenue du Travail
72000 LE MANS.

Votre avis motivé sur la maladie et la réalité de l'exposition à un risque professionnel présent dans l'entreprise, devra être adressé dans le délai d'un mois, en application de l'article D.461-29 du Code de la sécurité sociale, au service médical, sous pli confidentiel.

Je vous prie d'agréer, Docteur, mes salutations distinguées.

Votre Correspondant des Risques Professionnels,

Jacky BAILLY

PJ : Questionnaire

Partage des informations avec les médecins du travail

Elle devra être systématiquement recherchée et effective dans les 3 domaines suivants :

- Participation à la caractérisation médicale et à l'enquête étiologique en étroite collaboration avec les médecins conseils et les praticiens spécialistes
- Participation à la caractérisation des expositions
- Formulation d'un avis sur l'éventuelle relation qui semble exister entre la maladie soumise à l'instruction et les expositions professionnelles du demandeur

Partage des informations avec les médecins du travail

Dossier du CRRMP

- L'avis du médecin du travail est présent dans le dossier
- Il est recherché par le médecin conseil qui assure le secrétariat du Comité , en amont de la séance
- Il est recherché en séance du Comité

Dans ce cas la demande de renseignement est signée conjointement par le praticien hospitalier qui siège en séance et le médecin conseil

L'avis du médecin du travail se fera alors sur papier libre .

Concernant les demandes de MP au titre du 4^{ème} alinéa pour RPS il a été proposé au questionnaire spécifique à destination du médecin du travail ,

Annexe 1 : fiche proposée pour le recueil de l'avis motivé du médecin du travail

● Avis sur la pathologie déclarée

- Avez-vous constaté cette pathologie ?

- Depuis quelle date ?

- Dans quelles circonstances ?

- Existait-il, à votre connaissance, des raisons extraprofessionnelles particulières pouvant expliquer l'apparition de cette pathologie (pathologies personnelles, contexte familial, relations sociales, ...) ?

● Avis sur le risque d'exposition dans l'entreprise

- Quels ont été les postes occupés et les activités exercées à ces postes avant l'apparition de cette pathologie ?

- Existait-il des situations particulières à ces postes, pouvant expliquer l'apparition de cette pathologie (particularités organisationnelles, managériales, relationnelles, ...) ?

- Des mesures spécifiques ont-elles été mises en œuvre au sein de l'entreprise ? Quel impact ont-elles eu ?

● Avis sur son origine

- Selon vous, la pathologie a-t-elle une origine essentiellement professionnelle ?

Partage des informations avec les médecins du travail

- La non réponse du médecin du travail est retrouvée lorsqu'il s'agit d'un dossier géré dans le cadre du CRRMP
- En l'absence de cet avis l'instruction du dossier est poursuivie afin d'éviter de pénaliser le demandeur .

Cette non réponse peut entraîner une annulation de la décision du CRRMP par certains TASS avec renvoi devant un 2^{ème} Comité pour obtenir les informations manquantes .

Temps partiel thérapeutique

- Prescrit par le médecin traitant
- Accepté par l'employeur
- La CPAM maintien ou tout ou partie les JJ pendant cette période
- Les textes :
 - en maladie : articles L326-3 et R323-3 CSS
 - en AT-MP : articles L433-1 et R 433-15 CSS

Durée de l'arrêt à temps complet précédent le temps partiel thérapeutique

Aucune durée exigée :

Possibilité de TPT : dès 1 jour en AT/MP et en ALD

: dès 4 jours en maladie

Temps partiel thérapeutique

- Il est admis qu'une prescription de TPT peut être indemnisée même si elle succède à une reprise à temps complet afin d'éviter la prescription d'un nouvel arrêt à temps complet

La période de reprise de travail ne doit pas excéder 1 mois

Il en est de même d'une période de congés payés

Contrôle du Service Médical

- En AT/MP le médecin conseil doit obligatoirement donner son avis sur la reprise à temps partiel

Il s'agira d'un accord lorsque cette reprise est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure (articles L433-1 et R 433-15 CSS)

Temps partiel thérapeutique

- **Article R433-15**
- **Lorsque la victime reprend avant sa guérison ou la consolidation de sa blessure un travail léger avec l'autorisation de son médecin traitant, elle doit immédiatement en aviser la caisse primaire et lui adresser :**
- **1°) un certificat du médecin traitant accordant ladite autorisation ;**
- **2°) une attestation de l'employeur indiquant la nature exacte de l'emploi et la rémunération correspondante. Une nouvelle attestation patronale doit être adressée par la victime à la caisse primaire lors de tout changement survenu dans la nature de l'emploi occupé ou le montant de la rémunération perçue.**
- **En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin-conseil, il est procédé à un nouvel examen conformément aux dispositions du chapitre 1er du titre IV du livre 1er.**
- **Si le médecin-conseil ou le médecin expert reconnaît que le travail est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure, la caisse primaire décide, s'il y a lieu, le maintien total ou partiel de l'indemnité, compte tenu de l'attestation prévue au premier alinéa du présent article ou, si celle-ci n'a pas été produite ou lui paraît insuffisante, au vu des résultats de l'enquête effectuée.**
- **La caisse primaire notifie sa décision à la victime par lettre recommandée.**

Temps partiel thérapeutique

- Les modalités de contrôle en maladie sont les mêmes que pour un arrêt à temps complet (articles L315-1 et 2)
- Les décisions sont notifiées par la CPAM
- La voie de recours est l'expertise médicale L141 CSS

Invalidité et inaptitude

- 2 concepts différents

Invalidité :

réduction de la capacité de travail des 2/3

Fait suite le plus souvent à un arrêt de travail de longue durée

La notion d'invalidité recouvre « *l'état dans lequel se trouve un assuré lorsqu'il subit de par son état de santé une réduction d'au moins 2/3 (66,66 %) de sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie dans l'emploi occupé antérieurement* » (art. L 341-1 et art. R 341-2 CSS).

Inaptitude pour le médecin conseil

Réduction de la capacité de travail de 50 % et danger grave à la poursuite de son emploi

Permet d'obtenir la retraite dès 62 ans

Inaptitude pour le médecin du travail :

Impossibilité à reprendre le poste de travail

Licenciement pour inaptitude médicale

En principe proposition d'un autre poste si l'entreprise s'y prête

INDEMNITE TEMPORAIRE D'INAPTITUDE

- Suite au prononcé d'inaptitude par le Médecin du Travail à l'issue de deux examens espacés de 2 semaines , l'employeur dispose d'un mois pour reclasser ou licencier le salarié déclaré inapte

Au cours de cette période le salarié antérieurement ne percevait ni rémunération ni indemnités journalières

- L'ITI initiée par les partenaires sociaux vient compléter la prise en charge du salarié déclaré inapte suite à un AT ou une MP.
Elle est entrée en vigueur depuis le 1er Juillet 2010

Les conditions d'attribution

1. Un accident ou une maladie reconnue d'origine professionnelle
2. Un arrêt de travail indemnisé au titre de l'AT/MP
3. Une inaptitude susceptible d'être en lien avec l'AT/MP
4. L'absence de rémunération liée à l'activité salariée

Les conditions d'attribution

1^{ère} condition

- **Un accident ou une maladie reconnue d'origine professionnelle :**
 - D.433-2 du CSS impose que l'accident ou la maladie déclarée soit reconnue au titre de l'assurance AT/MP, à titre initial ou de rechute
 - Les personnes dont le sinistre est en cours d'instruction ne peuvent bénéficier de l'ITI. Dans ce cas, la caisse devra suspendre l'examen de la demande d'ITI et la réexaminer en cas de reconnaissance. Un courrier en informant l'assuré lui est adressé.

2^{ème} condition

- **Un arrêt de travail indemnisé au titre de l'AT/MP :**
 - Dès lors que l'attribution de l'ITI consiste à maintenir le versement de l'IJ servie antérieurement, l'AT/MP doit avoir entraîné un arrêt de travail indemnisé.

Les conditions d'attribution

3^{ème} condition

- **Une inaptitude susceptible d'être en lien avec l'AT/MP:**
 - **Le rôle du médecin du travail :** le salarié est déclaré inapte par le MT au poste de travail qu'il occupe. Il est nécessaire qu'un lien entre l'inaptitude et l'AT/MP soit établi (D.433-3). Le médecin devra l'attester dans le formulaire.
 - **Le rôle du service médical :** le service de l'ITI est soumis au contrôle du SM (D.433-2). Si le SM n'a signalé aucune présomption d'incapacité permanente, son avis sera obligatoirement sollicité sur l'imputabilité de l'ITI à l'AT ou MP ayant entraîné l'inaptitude. Dans les autres cas, cet avis est facultatif.

Les conditions d'attribution

● L'absence de rémunération liée à l'activité salariée :

● En cas d'employeur unique:

- Principe de non cumul avec une rémunération liée à l'activité salariée de l'assuré (L.433-1 5ème alinéa).
- Principe de non cumul avec d'autres prestations.

● En cas de pluralité d'employeurs

- Le salarié peut bénéficier d'une fraction de l'ITI pour le poste de travail pour lequel il a été déclaré inapte(D.433-3).

»

Formalisme de la demande

- **S 6110 = « demande d'indemnité temporaire pour inaptitude »
Cerfa n° 14103*01 formulaire**
- **Volets 1 et 2 : à remplir par le médecin du travail**
- **Volets 1-2-3 : à compléter par l'assuré :**
 - volet 1 => CPAM
 - volet 2 => conservé par l'assuré
 - volet 3 => employeur
- **Volet 3 complété par l'employeur et adressé à la CPAM dans les 8 jours avec mention :**
 - date de décision de reclassement de licenciement
 - rémunération ou non au cours de la période considérée

Traitement de la demande d'ITI

1. Le médecin du travail

A l'issue de l'arrêt de travail, le salarié est déclaré inapte au poste de travail occupé.
Le médecin du travail, à l'aide du formulaire, atteste d'un lien possible entre cette inaptitude et l'AT ou MP

2. La CPAM

Dès réception du formulaire, la Caisse saisit la demande

- En attente si AT/MP initial de rechute non reconnu
- Création de la demande et avis au Service médical (D 433.2)

3. Le Service médical

Il est obligatoirement interrogé par la CPAM s'il n'a signalé aucune présomption d'IP.

Si le médecin conseil estime qu'il n'existe pas de lien entre l'AT/MP et la décision d'inaptitude, la Caisse notifie un refus administratif au versement de l'ITI.

Si le médecin conseil estime qu'il existe un lien entre l'AT/MP et la décision d'inaptitude, la Caisse notifie un avis favorable au versement de l'ITI et procède au calcul de l'ITI

4. Notification de l'avis par la Caisse : à la victime et à l'employeur

Le calcul de l'indemnité

- Le montant de l'ITI est égal à celui de l'indemnité journalière versée pendant l'arrêt de travail, en lien avec l'AT/MP ayant entraîné l'inaptitude (article D 433.4)
- Montant réduit en cas de perception d'une rente
- Montant proratisé en cas de multi employeurs
- Versement au lendemain de l'avis d'inaptitude et pour une durée maximum d'un mois (D 433.5)

Sauf si :

- ↳ rémunération ou congés perçus (volet 1)
- ↳ reclassement ou licenciement avant 1 mois

Les Textes

Article 100 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2009 et article L 433-1 – 5ème alinéa du Code de la Sécurité Sociale .

L'article 100-1 a introduit à l'article L.433-1 du CSS une disposition visant au maintien du versement de l'indemnité journalière au salarié déclaré inapte suite à un AT ou une MP pendant la période d'1 mois maximum entre l'avis d'inaptitude délivré par le médecin du travail et le reclassement effectif ou le licenciement du salarié

Les Textes

- **Décret n° 2010-244 du 9 mars 2010 ou conditions requises pour percevoir l'indemnisation temporaire d'inaptitude (ITI) suite à un AT ou MP**
- **Circulaire ministérielle n° 2010-240 du 1er juillet 2010 ou modalités d'application de l'ITI**
- **Lettre réseau LR-DRP-32/2010 du 8 juillet 2010 et mise en œuvre de l'ITI**
- **Article D 433.2 : Le service de l'ITI est soumis au contrôle du Service médical**
- **Article D 433.3 : le formalisme de la demande d'ITI**
- **Article D 433.4 : Montant de l'ITI versée**
- **Article D 433.5 : Modalités de versement de l'ITI**
- **Article D 433.6 : Retour par l'employeur d'un volet à la CPAM**

DEMANDE D'INDEMNITE TEMPORAIRE D'INAPTITUDE

(Articles L. 433-1 et D. 433-2 à D. 433-8 du Code de la sécurité sociale, article D. 4624-47 du Code du travail)

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

• **identification**

nom et prénom

n° d'immatriculation

adresse

• **renseignements relatifs à l'accident du travail ou la maladie professionnelle**

date de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant conduit à l'inaptitude

A la suite de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant entraîné cette inaptitude, percevez-vous une rente ? NON OUI

• **coordonnées de l'employeur** (ces informations ne concernent que le poste de travail pour lequel vous avez été déclaré(e) inapte)

nom, prénom et dénomination sociale de votre employeur

adresse

• **attestation** (avant de remplir cette attestation, lire les rubriques 1 et 2 de la notice jointe)

Je soussigné(e), M/Mme/Mlle....., déclare sur l'honneur que pendant le mois suivant la date de l'avis d'inaptitude relatif à l'accident ou à la maladie professionnelle précité(s) :

je ne percevrai aucune rémunération liée à mon activité salariée

je percevrai une rémunération au titre de mes jours de congés, du

je percevrai une rémunération liée à mon activité salariée (hors jours de congés), correspondant à jours payés

Je précise que j'ai un (ou plusieurs) autre(s) employeur(s) : oui non

Fait à le

Signature de l'assuré(e)

A COMPLETER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL

Je soussigné(e), Dr....., certifie avoir établi le un avis d'inaptitude pour
M/Mme/Mlle....., qui est susceptible d'être en lien avec l'accident du travail ou la maladie
professionnelle en date du

Fait à le

Signature du médecin du travail et cachet du service

DEMANDE D'INDEMNITE TEMPORAIRE D'INAPTITUDE

(Articles L.433-1 et D.433-2 à D.433-8 du Code de la sécurité sociale, articles D.4024-4^o du Code du travail)

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

• **identification**

nom et prénom

n° d'immatriculation

adresse

• **renseignements relatifs à l'accident du travail ou la maladie professionnelle**

date de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant conduit à l'inaptitude

A la suite de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant entraîné cette inaptitude, percevez-vous une rente ? NON OUI • **coordonnées de l'employeur** (Ces informations ne concernent que le poste de travail pour lequel vous avez été déclaré(e) inapte)

nom, prénom ou dénomination sociale de votre employeur

adresse

• **attestation** (avant de remplir cette attestation, lire les rubriques ① et ② de la notice jointe)

Je soussigné(e), M/Mme/Mlle..... déclare sur l'honneur que pendant le mois suivant la date de l'avis d'inaptitude relatif à l'accident ou à la maladie professionnelle précité(s) :

 je ne percevais aucune rémunération liée à mon activité salariée je percevais une rémunération au titre de mes jours de congés de au je percevais une rémunération liée à mon activité salariée (soit jours de congés), correspondant à jours payésJe précise que j'ai un (ou plusieurs) autre(s) employeur(s) : oui non

Fait à..... le

Signature de l'assuré(e)

A COMPLETER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL

Je soussigné(e), Dr..... certifie avoir établi le un avis d'inaptitude pour
M/Mme/Mlle....., qui est susceptible d'être en lien avec l'accident du travail ou la maladie
professionnelle en date du

Fait à..... le

Signature du médecin du travail et cachet du service

DEMANDE D'INDEMNITE TEMPORAIRE D'INAPTITUDE

(Articles L.433-1 et D.433-2 à D.433-8 du Code de la sécurité sociale, articles D.4624-47 du Code du travail)

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

• identification

num. et prénom

n° d'immatriculation

adresse

• renseignements relatifs à l'accident du travail ou la maladie professionnelle

date de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant conduit à l'inaptitude

A la suite de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant entraîné cette inaptitude, percevez-vous une rente ? NON OUI

• coordonnées de l'employeur (Ces informations ne concernent que le poste de travail pour lequel vous êtes déclaré(e) inapte)

num. prénom ou dénomination sociale de votre employeur

adresse

Fait à le

Signature de l'assuré(e)

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), M./Mme/Mlle employeur de M./Mme/Mlle

certifie qu'entre la date de l'avis d'inaptitude et celle de son reclassement ou de son licenciement, l'intéressé(e) :

- n'a perçu aucune rémunération⁽¹⁾ liée à son activité salariée
- a perçu une rémunération⁽²⁾ au titre de ses jours de congés de au
- a perçu une rémunération⁽³⁾ liée à son activité salariée (hors jours de congés), correspondant à jours payés

Date de reclassement

Date de licenciement

n° SIRET

Signature de l'employeur et cachet de l'entreprise

Fait à le

(1) Ces informations ne concernent que le poste de travail pour lequel vous êtes déclaré(e) et déclaré(e) inapte.

(2) Pour deux emplois si, au cours de la période considérée, vous avez exercé à votre activité une rémunération : mensualité de salaire, congés payés, rémunération de temps de travail, etc.

Vous devez adresser ce formulaire à l'organisme d'assurance maladie de votre salarié(e) dans les 8 jours qui suivent la décision de reclassement, acceptée par le(la) salarié(e), ou la décision de licenciement.