

INDEMNITE TEMPORAIRE D'INAPTITUDE

(I.T.I)

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 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

Les Textes

- 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 après avoir indiqué la date de sa décision...

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 j
 - date de décision de reclassement de licenciement
 - rémunération ou non au cours de la période considérée

Formalisme de la demande

- Le formulaire a été communiqué aux médecins inspecteurs régionaux du travail par la Direction générale du travail
- La CPAM peut procurer aux Services de Santé au Travail des exemplaires papier de ce formulaire
- Il existe une version électronique du formulaire avec saisie à l'écran
Le formulaire est remis par le Médecin du Travail à l'assuré .

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

À 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 percevrai aucune rémunération liée à mon activité salariée je percevrai une rémunération au titre de mes jours de congés, du au je percevrai une rémunération liée à mon activité salariée (hors 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, 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 rante ? 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 pendant le mois suivant la date de l'avis d'inaptitude relatif à l'accident ou à la maladie professionnelle précitée(s) :

- je ne percevrai aucune rémunération liée à mon activité salariée
 je percevrai une rémunération au titre de mes jours de congés, du _____ au _____
 je percevrai une rémunération liée à mon activité salariée (soit 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, 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

À la suite de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant entraîné cette inaptitude, percevez-vous une rante ? 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

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⁽¹⁾ au titre de ses jours de congés, de au a perçu une rémunération⁽¹⁾ 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 votre salarié(e) a été déclaré(e) inapte.Vous devez indiquer si, au cours de la période considérée, vous avez versé à votre salarié une rémunération : maintien de salaire, congés payés, récupération du 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.**La loi 78.17 du 06-01-78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.La loi rend passible d'un an de prison ou d'un an d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, 421-1 Code pénal).

Accident du travail Maladie professionnelle

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)

NOTICE

Ce formulaire est destiné au salarié déclaré inapte à son poste de travail suite à un arrêt indemnisé au titre d'un accident du travail ou d'une maladie d'origine professionnelle.

Lorsque le médecin du travail considère que cette inaptitude est susceptible d'être en lien avec un accident ou une maladie professionnelle, il remet ce formulaire au salarié.

Il pourra ainsi bénéficier du versement de l'indemnité temporaire d'inaptitude pendant la période d'un mois maximum entre la date de l'avis d'inaptitude prononcée par le médecin du travail et la décision de reclassement ou de licenciement prise par l'employeur.

à destination du médecin du travail

Vous devez remettre ce formulaire au salarié, après l'avoir complété, lorsque vous constatez que l'inaptitude au poste de travail est susceptible d'être en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle.

à destination de l'assuré(e)

Après avoir complété les rubriques vous concernant :

- vous adressez le volet 1 à l'organisme d'assurance maladie dont vous dépendez et le volet 3 à votre employeur
- vous conservez le volet 2.

● Rémunération liée à l'activité salariée

Vous devez indiquer, en cochant la ou les case(s) correspondante(s), si, au cours du mois suivant la date de l'avis d'inaptitude, votre employeur :

- ne vous versera aucune rémunération,
- vous versera une rémunération au titre d'un congé payé de quelque nature que ce soit (congés payés, journées de récupération du temps de travail, etc.),
- vous versera une rémunération liée à votre activité salariée (maintien de salaire, etc.).

Ces informations ne visent que le poste de travail pour lequel vous avez été déclaré(e) inapte.

● Cas particulier

Si vous travaillez pour plusieurs employeurs, vous devez adresser un formulaire pour chaque emploi que vous occupez et pour lequel vous avez été déclaré(e) inapte par le médecin du travail.

Pour tous renseignements complémentaires, consultez votre organisme d'assurance maladie.

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

1ère 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 informant l'assuré lui est adressé.

Les conditions d'attribution

2ème 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

3ème 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

4ème condition

- **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). Jours de salaires maintenus, RTT, congés payés...
 - Principe de non cumul avec d'autres prestations. L'ITI n'est pas versée lorsque l'assuré perçoit des indemnités chômage (R 433.13), des IJ maladie (L 371.3) et des IJ maternité (L 371-2)
 - **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)

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)

Traitement de la demande d'ITI

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
- 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

Évaluation

- Un suivi accompagne la mise en place du dispositif
 - Difficultés d'application / réactivité
 - Taux d'acceptation et de refus
 - Analyse des items / risque – IP – durée arrêt de travail

Le déploiement de nouveaux applicatifs doit permettre l'enregistrement de ces données sur le plan national.