Nouveau Formulaire CERFA sécurisé pour les arrêts de travail établis au format papier

Cerfa n°10170*08



A compter du 1er septembre 2026

Utilisation obligatoire d'un certificat d'arrêt de travail sécurisé

Dans le cadre de l'évolution de la réglementation relative aux congés pour raisons de santé des agents publics, de nouvelles modalités concernant les avis d'arrêt de travail sont applicables.

Désormais, lorsqu'un arrêt de travail est présenté au format papier, celui-ci doit être établi par le professionnel de santé au moyen du formulaire **Cerfa sécurisé** : **CERFA n° 10170*08.**

Le recours à ce formulaire sécurisé constitue désormais la règle, afin de renforcer la sécurisation des avis d'arrêt de travail et lutter contre les falsifications.

Le formulaire officiel, en plus d'être identifié par la référence n° 10170*08, possède 7 points d'authentification sécurisés : étiquette holographique (volet 1), encre magnétique, etc.

🔎 Une vigilance particulière lors de la réception des arrêts

Les administrations doivent être attentives.

A compter du 1er septembre 2026, lors de la présentation d'un arrêt de travail établi au format papier, qu'il s'agisse d'un arrêt initial ou d'une prolongation, il est recommandé à l'employeur de vérifier la numérotation du Cerfa (***n°10170*08***), numéro identifiable en haut à gauche de chaque volet *(se référer au specimen annexé dessous)*.

⚠️ Désormais, un **arrêt de travail papier établi sur un ancien formulaire ne répond plus aux nouvelles exigences applicables**.

Les services gestionnaires des administrations doivent être particulièrement vigilants quant à la conformité du document transmis par l'agent et **ne plus accepter les anciens formulaires papier non sécurisés.**

Source réglementaire :

- ***Décret n° 2026-705 du 29 juillet 2026*** *relatif aux congés pour raisons de santé des agents publics civils et militaires.*

Procédure de transmission de l'avis d'arrêt de travail



cerfa
n° 50069#08

avis d'arrêt de travail
Notice
à destination du patient

Complétez les rubriques qui vous concernent ("l'assuré(e)" et "l'employeur"), puis selon votre situation :

- **Si vous êtes salarié(e) ou travailleur(euse) indépendant(e)** ❶
  Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail.**
  * si vous êtes salarié(e), adressez le volet 3 à votre employeur et faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur,
  * si vous êtes travailleur(euse) indépendant(e) , **conservez** le volet 3.
- **Si vous êtes fonctionnaire** ❶
  Adressez les volets 2 et 3 à votre employeur **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail** et conservez le volet 1 comportant les données médicales. Vous devrez présenter le volet 1 à toute requête du médecin agréé de votre administration.

📄 Volets 1, 2 et 3 : A qui sont-ils transmis ?

VOLET 1

Ce volet doit être conservé par l'agent, lorsqu'il souffre d'une pathologie d'ordre privé.
Il contient les données médicales relatives à l'arrêt de travail.
Il ne doit pas être transmis à l'employeur.

L'agent doit être en mesure de le fournir auprès d'un médecin agréé dans le cadre d'un contrôle diligenté par l'administration.

VOLET 2 et 3

Ces deux volets doivent être transmis à l'employeur dans les 48 heures suivant la date d'interruption du travail.

⚠️ ***L'employeur ne doit pas détenir le volet 1, car il n'a pas à connaitre la pathologie dont souffre l'agent (applicable uniquement dans le cadre des arrêts non pris au titre du CITIS).***

📌A retenir pour les collectivités

Si le certificat médical n'est pas conforme à la réglementation en vigueur, l'employeur devra en informer l'agent, qui devra lui même faire le nécessaire auprès de son médecin prescripteur afin de régulariser sa situation.
A défaut de régularisation, l'agent s'expose à ce que son absence soit considérée comme injustifiée et à une suspension de rémunération.

⏱️ Autre évolution à compter du 1er septembre :

La durée des arrêts de travail

Les prescriptions d'arrêt de travail sont désormais encadrées :

- **31 jours** maximum pour un **arrêt initial**
- **62 jours** maximum pour **chaque prolongation**.

→ Des dérogations restent possibles lorsque la situation médicale de l'agent le justifie et que le professionnel de santé apporte la justification requise sur le volet 1.

⚠️ **En cas de prolongation de l'arrêt de travail initial, la rémunération sera maintenue uniquement si l'arrêt est prolongé par le prescripteur initial ou le médecin traitant** (*sauf exceptions prévues par les textes*).

Source réglementaire :

- ***Décret n° 2026-705 du 29 juillet 2026*** *relatif aux congés pour raisons de santé des agents publics civils et militaires.*

cerfa n° 10170*08 PRN-TER

Avis d'arrêt de travail ☐ initial ☐ de prolongation (*)

volet 2, à adresser au service médical (qui le remettra aux services administratifs)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-44, L.315-2, L.321-1, L.323-6, L.376-1, L.433-1, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e) *(voir la notice à destination du patient)*

numéro d'immatriculation

nom et prénom

(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

adresse où le malade peut être visité *(si différente de votre adresse habituelle) :*

code postal ville n° téléphone

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

salarié(e) ☐ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ non salarié(e) agricole ☐ élu(e) local(e) ☐

artiste-auteur(e) affilié(e) SSAA ☐ sans emploi ☐ date de cessation d'activité : précisez votre situation (voir notice ❶)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? *(voir notice ❷)* : oui ☐ date :

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui ☐

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui ☐

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante *(voir notice ❸)* :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial ☐ médecin correspondant à la demande du médecin traitant ☐ à l'occasion d'une hospitalisation ☐

autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale n° téléphone e.mail :

adresse

les renseignements médicaux *(voir la notice à destination du praticien)*

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : .....

en téléconsultation ☐

• et prescris un arrêt de travail jusqu'au — *en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)* **et** *- en chiffres* inclus

en rapport avec une affection de longue durée *(voir notice ❶)* ☐

en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse *(voir notice ❷)* ☐

en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle ☐ Date AT/MP :

en rapport avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge *(voir notice ❽)* ☐ Date du décès :

sorties autorisées : oui ☐ à partir du *(voir notice ❹)*

sorties sans restriction : oui ☐ à partir du *(voir notice ❺)*

activité(s) autorisée(s) : ..... oui ☐ à partir du *(Voir notice ❻)*

• et prescris un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au *(voir notice ❼)*

en rapport avec une affection de longue durée *(voir notice ❶)* ☐

en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle ☐ Date AT/MP :

identification du praticien (nom et prénom)

identifiant

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

n° de la structure *(AM, FINESS ou SIRET)*

date signature du praticien

SPECIMEN

cerfa
n° 10170*08
PRN-TER

Avis d'arrêt de travail ☐ initial ☐ de prolongation (*)

volet 3, à adresser à votre EMPLOYEUR ou au POLE EMPLOI

(art. L.162-4-1-1er al, L.162-4-4, L.315-2, L.321-1, L.323-6, L.376-1, L.433-1, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e) *(voir la notice à destination du patient)*

numéro d'immatriculation

nom et prénom

(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

adresse où le malade peut être visité *(si différente de votre adresse habituelle) :*

code postal ville n° téléphone

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

salarié(e) ☐ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ non salarié(e) agricole ☐ élu(e) local(e) ☐

artiste-auteur(e) affilié(e) SSAA ☐ sans emploi ☐ date de cessation d'activité : précisez votre situation (voir notice ❶)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? *(voir notice ❷)* : oui ☐ date :

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale n° téléphone e.mail :

adresse

les renseignements médicaux *(voir la notice à destination du praticien)*

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : .....

• et prescris un arrêt de travail jusqu'au - *en toutes lettres :* *(à compléter obligatoirement)* **et** - *en chiffres* inclus

en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse *(voir notice ❷)* ☐

en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle ☐ Date AT/MP :

sorties autorisées : oui ☐ à partir du *(voir notice ❹)*

sorties sans restriction : oui ☐ à partir du *(voir notice ❺)*

activité(s) autorisée(s) : ..... oui ☐ à partir du *(Voir notice ❻)*

• et prescris un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au *(voir notice ❼)*

en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle ☐ Date AT/MP :

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

date signature du praticien

SPECIMEN