



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard  Lyon 1

UFR DE MEDECINE LYON-EST

ANNÉE 2018 N°

***Particularités des arrêts maladie et accidents du travail en
fonction du régime de protection sociale du patient :
Une revue des données réglementaires***

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **22 Mars 2018**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

BRUSCHET Alain né le 06/04/1988 à Villeurbanne
Et
BOCQUET Julie née le 09/04/1989 à Annecy

Sous la direction de Docteur ZORZI Frédéric

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie

Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale

Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levrero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliat	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire

Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du jury :

Professeur Laurent LETRILLIART,

Vous avez accepté de présider notre jury de thèse et nous vous en remercions. Vous avez pris le temps de nous conseiller tout au long de notre travail et vous nous avez soutenus dans notre projet. Nous n'oublierons pas votre bienveillance.

Professeur Alain BERGERET,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

Professeur Cyrille COLIN,

Vous nous faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans notre jury de thèse. Vous vous êtes rendu disponible pour nous rencontrer et nous conseiller sur notre travail. Nous vous prions de bien vouloir accepter notre respectueuse considération.

Docteur Frédéric ZORZI,

Vous êtes à l'initiative de ce travail qui a débuté voilà bientôt deux ans par un mémoire. Vous avez su garder les troupes motivées même quand elles n'avançaient plus à travers les méandres des textes législatifs. Les précieux conseils que vous nous avez donnés à la fin de vos consultations dans votre cabinet ou en cercle des thésards ont porté leurs fruits. Cela a été un plaisir de travailler avec vous. Recevez notre sincère gratitude.

Remerciements à nos familles et amis :

Pour Alain :

A mes parents,

Je n'en serai pas là aujourd'hui sans vous.

A ma maman poule qui est toujours là pour moi, d'un soutien moral et logistique sans faille.

A mon père, toujours disponible quand j'ai besoin de lui et toujours de bons conseils.

Je ne le dis que trop rarement mais je vous aime.

A mon frère et mes sœurs,

Julien, les mots ce n'est pas trop notre domaine mais sache qu'un petit frère ne devient pas ce qu'il est sans son grand-frère.

Lydie, tu as été présente dans les coups durs. Grâce à toi je ne manquerai jamais de respect à une infirmière.

Marie, tu m'as ouvert la voie pendant toute ma scolarité. « Le petit frère » te remercie.

A ma grand-mère,

Grany, je ne me laisserai jamais de tes récits. C'est grâce à toi si j'apprécie tant mes patients âgés.

A mon Juan,

Mon ami, tu me soutiens dans ces études depuis plus de 10 ans. Tu mériterais que j'inscrive ton nom sur ma future plaque. Ta fidélité et ta droiture sont sans faille. Les moments que l'on passe ensemble que ce soit de confiance ou de détente me sont toujours aussi précieux après toutes ces années. Merci et surtout ne change rien.

A Patinou et Pipou,

Vous êtes un exemple d'équilibre pour moi. Merci de votre soutien et de votre amitié.

A Flore et Loulou,

Notre trio de choc m'est très cher. Sans vous je ne serai pas « l'attaquant » que je suis actuellement. Que Macklemore résonne encore longtemps !

A Xavier,

Nous nous sommes suivis depuis la seconde jusqu'à l'internat. J'ai toujours admiré ta rigueur (moins ton orchidoclastie occasionnelle). Tu es un exemple de persévérance. Merci l'ami.

Au reste du groupe des Bressans (CV, Rital, Jacques, Niogret, Jojo),

Certes on se voit moins mais vous restez le socle de ma stabilité.

A Albane,

Merci d'être là tout simplement...

J'espère que tu feras de moi un vrai ardéchois.

Au Dr Philippe ALOGNA,

Tu es le médecin que j'aimerais devenir. Merci pour ton accueil chaleureux et tes conseils. Ces six mois à Vallon Pont d'Arc furent trop courts.

Au Dr Florence TARPIN-LYONNET,

J'ai appris la patience, l'écoute et l'empathie lors de nos visites drômo-ardéchoises. Merci pour votre

gentillesse.

Au Dr Coralie GUICHARD,

Ton humour et ta bonne humeur étaient un phare dans le brouillard du Revermont.

Au Pr Yves ZERBIB,

Des cours de SHS de P1, des après-midi d'optionnel de DCEM2 puis du stage praticien je n'oublierai pas votre indéfectible bienveillance.

A l'équipe des urgentistes d'Annonay (Dr Philippe GUILLOT, Dr Pierre SZYMEZAK, Dr Yohann PERILLAT, Dr Olivier CARLE),

Vous étiez aussi compétents que drôles (c'est dire le niveau !). Vous avez su me rendre ce semestre beaucoup moins éprouvant que prévu.

Pour Julie :

A mes parents,

Pour votre amour et votre soutien depuis mon plus jeune âge.
J'en suis là grâce à vous et je vous en suis extrêmement reconnaissante.
Je vous aime.

A mon mari,

Pour ton amour et ton soutien indéfectible depuis l'externat.
Une nouvelle aventure commence, j'ai hâte de la vivre à tes côtés !

A ma petite sœur,

Continues à te battre pour atteindre tes rêves. Tu y arriveras j'en suis sûre.
Tu pourras toujours compter sur moi même si nous sommes séparées par des milliers de kilomètres.

Aux copains annéciens, Marine, Laura, Emilien, Thomas, Jojo et Rémi,

Toujours présents, toujours contents, toujours marrants et ça depuis plus de 10 ans !

Aux Croix Roussiens, Marine, Alex, Marine V et Sylvain

Pour les repas et les apéros improvisés dans le meilleur quartier de Lyon.
Vous et les poulets rôtis allez me manquer.

A mes co-internes et futures consœurs Elodie, Kelly et Claire,

Pour toutes ces moments partagés en stage et ailleurs, nos discussions médicales (ou pas !) autour d'un café. Ce fut un très chouette internat en votre compagnie !

Aux gériatres du CHG du Mont D'or (Dr Luiggi, Dr Hédiard, Dr Augros, Dr Kufa),

Pour votre bienveillance et vos conseils.
Vous m'avez aidé à grandir et m'avez permis de voler de mes propres ailes. Merci.

Liste des abréviations

- AAH : Allocation adulte handicapé
- APIAS : Affection présumée imputable au service
- ASI : Allocation supplémentaire d'invalidité
- AT : Accident du travail
- AT-MP Accidents du travail et maladies professionnelles
- ATEXA : Assurances contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles.
- ATIACL : Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités territoriales
- CANSSM : Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines
- CAMIEG : Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières
- CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
- CAVIMAC : Caisse d'assurance vieillesse, invalidité, maladie des cultes
- CLD : Congés Longue durée
- CLM : Congé Longue Maladie
- CMO : Congés Maladie Ordinaire
- CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CNAVPL : Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
- CNIEG : Caisse Nationale de retraite des Industries Électriques et Gazières
- CNMSS : Caisse nationale militaire de sécurité sociale
- CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
- COG Conventions d'objectifs et de gestion
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRCF : Caisse de retraite de la comédie française
- CROP : Caisse de retraite de l'Opéra national de Paris
- CRP : Centre de Rééducation Professionnelle
- CRPCEN : Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire
- CPRPSNCF : Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français
- CRP RATP : Caisse de retraites du personnel de la Régie autonome des transports parisiens
- CRPM : Code Rural et de la Pêche Maritime
- CSS : Code de la Sécurité Sociale
- DAPIAS : Déclaration d'affection présumée imputable au service
- DCSSA : Direction centrale du service de santé des armées
- ENIM : Établissement national des invalides de la marine
- ETIL : Enseignement Transversal aux Internes de Lyon 1
- FSPOEIE : Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat
- IEG : Industries Electriques et Gazières
- IJ : Indemnités Journalières
- Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
- IPP : Incapacité Partielle Permanente
- MDPH : Maison Départementale pour Personnes Handicapées
- MSA : Mutualité Sociale Agricole
- PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- RATP : Régie autonome des transports parisiens
- RSI : Régime Social des Indépendants
- RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- SRE : Service des retraites de l'Etat des personnels civils et militaires
- UCANSS : Union des caisses nationales de sécurité sociale

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	20
2	MATERIEL ET METHODE.....	22
2.1	ETAT DES LIEUX DES TRAVAUX OU OUTILS EXISTANTS EN FRANCE	22
2.2	QUELS SONT LES DIFFERENTS REGIMES DE SECURITE SOCIALE ?	23
2.3	LESQUELS ETUDIER ?	23
2.4	COMMENT TROUVER LES INFORMATIONS EN FONCTION DES REGIMES ?	23
2.5	VALIDATION DES INFORMATIONS.....	24
2.6	DIFFUSION DES INFORMATIONS	24
3	RESULTATS	24
3.1	ETAT DES LIEUX DES TRAVAUX OU OUTILS EXISTANTS EN FRANCE	24
3.2	QUELS SONT LES REGIMES DE SECURITE SOCIALE EN FRANCE ?	25
3.3	QUELS REGIMES ETUDIER ?.....	27
3.4	ENTRETIENS AVEC LES MEDECINS-CONSEILS	28
3.5	DISPOSITIONS A PRENDRE SELON LE REGIME : SYNTHESE DES RESULTATS	29
3.5.1	<i>Régime général</i>	29
3.5.1.1	Généralités.....	29
3.5.1.2	Maladie.....	30
3.5.1.3	30
3.5.1.4	Accident du travail	32
3.5.2	<i>Régime des exploitants agricoles</i>	34
3.5.2.1	Maladie.....	34
3.5.2.2	Accidents du travail.....	36
3.5.3	<i>Régimes des salariés agricoles</i>	38
3.5.3.1	Maladie.....	38
3.5.3.2	Accident du travail	40
3.5.4	<i>Régimes des travailleurs indépendants non-salariés non agricoles (ancien RSI)</i>	42
3.5.4.1	Généralités.....	42
3.5.4.2	Maladie.....	42
3.5.5	<i>Fonction publique</i>	44
3.5.5.1	Généralités :	44
3.5.5.2	Maladie.....	44
3.5.5.3	Accident du travail	46
3.5.6	<i>SNCF</i>	48
3.5.6.1	Généralités.....	48
3.5.6.2	Maladie.....	48
3.5.6.3	Accident du travail	50
3.5.7	<i>Régime militaire</i>	52
3.5.7.1	Généralités.....	52
3.5.7.2	Maladie.....	52
3.5.7.3	Accident présumé imputable au service (APIAS)	54
3.5.8	<i>Personnel des industries électriques et gazières (IEG)</i>	56
3.5.8.1	Généralités.....	56
3.5.8.2	Maladie.....	56
3.5.8.3	Accident du travail	58
3.5.9	<i>Tableaux de synthèse</i>	60
3.5.10	<i>En pratique pour tous les régimes :</i>	64
3.5.10.1	Arrêt Maladie :	64
3.5.10.2	Accident du travail :	64
3.5.10.3	Le temps partiel thérapeutique :	64
3.6	VALIDATION DES RESULTATS	65
3.7	DIFFUSION DE L'OUTIL	65
4	DISCUSSION :.....	66
4.1	QUELLES SONT LES RAISONS DE CETTE OPACITE ET DE LA COMPLEXITE DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE FRANÇAIS ?	69
4.2	EVOLUTION LEGISLATIVE PARTICIPANT A LA COMPLEXITE DE LA PRESCRIPTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS :	69

4.3	AXES D'AMELIORATION REALISES OU PREVUS PAR LES POUVOIRS PUBLICS :.....	71
4.4	LA PRESCRIPTION DE REPOS ET LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE ACCIDENT DU TRAVAIL EN EUROPE :	72
4.5	AMELIORATION DE L'OUTIL :	73
4.6	PERSPECTIVES :	74
5	CONCLUSION :	76
6	BIBLIOGRAPHIE	78
7	ANNEXES	83
7.1	ANNEXE N°1 : COURRIER ADRESSE AUX MEDECINS CONSEILS NATIONAUX.....	83
7.2	ANNEXE N°2 : LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	84
7.3	ANNEXE N°3 : LEXIQUE	85
7.4	ANNEXE N°4 : PARTIE REGLEMENTAIRE.....	88

1 INTRODUCTION

Un arrêt de travail est défini par le Conseil national de l'Ordre des médecins comme « un acte thérapeutique destiné à un patient dont l'état de santé le requiert » (1). Sa prescription est donc d'une importance équivalente à celle d'un médicament. Or si ce dernier bénéficie d'une monographie complète pour guider le médecin dans la rédaction de son ordonnance, de telles aides sont encore peu nombreuses pour la prescription du repos. Alors que comme le souligne un rapport d'information de la Commission des Affaires Sociales présenté en 2013 à l'Assemblée Nationale (2) : « Le dispositif de couverture des arrêts de travail [...] repose sur une législation complexe, disparate et inégalitaire. » Ce problème touche aussi nos voisins européens. En 2012, une revue systématique de la littérature regroupant 56 articles (issue de Norvège, Suède, Royaume-Uni et Hollande) a étudié les difficultés des médecins généralistes vis à vis des arrêts de travail (3). L'organisation du système de santé est rapportée comme la troisième difficulté la plus importante. Cela est souligné dans deux études anglaises (4) et suédoises (5). La première étant d'évaluer le besoin d'un arrêt de travail puis celle de gérer la relation particulière médecin-patient. Cette étude met en évidence le manque d'outils validés pour aider le médecin dans cette tâche. Actuellement ceux en cours d'évaluation ont surtout pour but d'aider au premier obstacle, c'est à dire évaluer l'incapacité professionnelle des patients sur des critères fonctionnels. Ils reposent la plupart sur l'utilisation de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (6). La Suède et la Norvège les utilisent depuis plusieurs années (7). En France, la Sécurité Sociale a publié des référentiels de durée d'arrêt de travail validé par la Haute Autorité de Santé (8). Par contre, nous n'avons pas trouvé d'outils en lien avec les démarches administratives.

Or le système de soins français n'est pas réputé pour sa simplicité. Il existe une diversité de régimes avec leurs particularités de fonctionnement : régime général (avec des spécificités pour les fonctionnaires), régime agricole, régime des travailleurs non-salariés et non agricoles et enfin les régimes spéciaux. Cela implique potentiellement des démarches particulières à connaître pour la prescription des arrêts de travail.

C'est donc souvent accompagné d'un sentiment de solitude que le jeune médecin généraliste prescrira ses premiers arrêts. Cela d'autant plus que son cursus universitaire et hospitalier l'auront peu formé à cette partie de la pratique trop souvent réduite à de la « paperasserie ». Une étude anglaise réalisée en 2009 sur de jeunes médecins hospitaliers toutes spécialités confondues a montré que 79% des participants manquaient de connaissance en matière d'arrêt maladie (9). Il n'en faut alors pas plus pour que ces prescriptions soient souvent mal rédigées ou négligées.

Cependant ce versant de la prise en charge médicale n'est pas à méconnaître, la gestion des arrêts de

travail représentant une part non négligeable du travail des médecins généralistes. Rien qu'en 2016 il y a eu 626 200 accidents du travail pour le régime général (10).

De plus les indemnités journalières (IJ) issues de ces arrêts (pour maladie et accident du travail confondus) constituent une part importante des dépenses de santé : pour le régime général, hausse de 4,8% entre 2015 et 2016, passant de 9,47 Mrd à 9,92 Mrd d'euros selon le Rapport à la commission des comptes de la Sécurité Sociale de juillet 2017 (11). Ces indemnités journalières sont en hausse constante aussi bien en maladie (croissance annuelle moyenne entre 2006 et 2014 de 2,9%) qu'en accident du travail (croissance annuelle moyenne entre 2006 et 2014 de 3,4%).

La prescription d'un arrêt de travail est un acte thérapeutique pratiqué quotidiennement par le médecin généraliste, coûteux pour la société, avec une réglementation complexe à laquelle il est peu formé. Savoir bien le prescrire est un enjeu de santé publique.

Mais pourquoi n'existe-t-il pas actuellement de document officiel pour guider les médecins généralistes dans les démarches administratives en lien avec les arrêts de travail ? Le fonctionnement du système de santé français est-il un obstacle à sa réalisation ?

Notre hypothèse de travail est que la diversité et la complexité des régimes d'assurance maladie en France représentent une difficulté pour le médecin de soins premiers. A notre connaissance, il n'existe pas de document unique référençant les spécificités des arrêts de travail selon le régime de sécurité sociale du patient. Le médecin traitant est parfois obligé d'aller chercher l'information sur internet au cours d'une consultation ce qui est une perte de temps.

Notre question de recherche est donc la suivante : que change le régime d'assurance maladie d'un patient dans la prescription de repos dans le cadre d'un arrêt maladie ou d'un accident du travail ?

L'objectif principal de notre travail est de réaliser un outil, diffusable, d'aide à la prescription des arrêts de travail. Il se présentera sous la forme d'une base documentaire constituée de fiches récapitulatives permettant aux médecins généralistes d'accéder, rapidement et simplement, à des informations fiables pour la prescription des arrêts maladie et des arrêts en cas d'accidents du travail en fonction du régime d'assurance du patient. Chaque fiche devra contenir, pour chaque régime de sécurité sociale étudié, une synthèse des textes législatifs officiels et des modalités pratiques.

Le but étant de faire gagner du temps au médecin généraliste en consultation, de mieux informer le patient des démarches à suivre selon la situation et d'améliorer le travail avec les caisses d'assurance maladie.

Pour répondre à cette question nous avons réalisé une revue de la littérature non systématique des textes législatifs et des différentes sources bibliographiques disponibles sur internet. Ce travail a été

réalisé par deux chercheurs. Mlle BOCQUET a étudié les accidents du travail et Mr BRUSCHET les arrêts maladie. Nous avons soumis nos résultats aux différentes caisses de sécurité sociale pour leur validation. L'objectif secondaire est la diffusion de cet outil sur internet une fois validé.

2 MATERIEL ET METHODE

Le travail de recherche bibliographique a été réalisé uniquement sur internet. Les démarches en lien avec les maladies professionnelles ou les congés maternités ont été exclues. A la date du 1er février 2018 la mise à jour des données a été stoppée.

Le travail a été réparti de façon équitable entre les deux thésards : Mme BOCQUET a étudié les accidents du travail et Mr BRUSCHET les arrêts maladie.

La recherche bibliographique a été effectuée en 6 étapes.

2.1 Etat des lieux des travaux ou outils existants en France

Dans un premier temps, il a été réalisé un état des lieux des travaux réalisés sur notre thématique. La base de données du catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC) a été interrogée avec comme paramètres de recherche : présence du mot "dans le titre", dans les "articles", les "périodiques" et les "thèses". Les mots clé "arrêt maladie", "arrêt de travail", « accident du travail » et "régimes spéciaux" ont été utilisés. La base de données du CAIRN.info (base de données orientée sur les sciences sociales) a aussi été interrogée. Les paramètres de recherche étaient les suivants : présence du mot dans le texte intégral dans les publications de type "revues", "ouvrages" et magazines". Les équations de recherches étaient "arrêt maladie" ET "régime de sécurité sociale", "arrêt maladie" ET "régimes spéciaux », « arrêt de travail" ET "régimes spéciaux", « accident du travail et régimes spéciaux » et enfin « accident du travail » et « régime de sécurité sociale ». Les bases de données classiques telles que PubMed ou Web of Science n'étant pas adaptées à la thématique, une recherche plus globale a été ensuite réalisée sur le sujet en interrogeant le moteur de recherche Google. Différents mots clé (accident du travail, arrêt de travail, guide, régimes spéciaux) et combinaisons possibles ont été utilisés. Les résultats des deux premières pages de résultats ont été étudiés.

2.2 Quels sont les différents régimes de sécurité sociale ?

Dans un second temps, les différents régimes de sécurité sociale ont été listés. Pour cela, le site LEGIFRANCE, qui est le site internet officiel du gouvernement français pour la diffusion des textes législatifs, a été interrogé. Une recherche thématique dans les dispositions législatives et réglementaires a été effectuée. Les mots clé "sécurité sociale" et "régime de sécurité sociale" ont été utilisés. Les résultats ont ensuite été comparés avec le moteur de recherche Google.

2.3 Lesquels étudier ?

Les régimes étudiés ont été sélectionnés selon le critère suivant : l'effectif des bénéficiaires. La population française était de 67,2 millions d'habitants au 1er janvier 2018 (12).

Les régimes ayant moins de 500 000 bénéficiaires regroupant ainsi moins de 0,75% de la population ont été exclus de l'étude. La fréquence de consultation de ces patients en médecine générale a été considérée comme insuffisante pour les étudier.

De plus certains régimes présentent des spécificités régionales voire locales : Régime des agents de la RATP, régime maladie du Port autonome de Bordeaux. Leur étude n'était pas pertinente pour la pratique du médecin généraliste « lambda ».

Des limites de temps et de moyen étaient aussi à prendre en compte.

Le seuil de 500 000 bénéficiaires a donc été choisi arbitrairement pour les régimes à étudier. Nous nous sommes basés sur les chiffres publiés par les sites internet des régimes ou s'ils n'existaient pas sur ceux de fin 2013 issus du projet de Loi de Finance de la Sécurité Sociale (5).

2.4 Comment trouver les informations en fonction des régimes ?

Les dispositions à prendre pour un arrêt ou un accident du travail en fonction du régime de sécurité sociale ont été comparées.

Pour chaque régime, la recherche bibliographique a été réalisée systématiquement en 4 étapes :

- d'abord interroger la source officielle qui est le site LEGIFRANCE,
- puis, s'il existe, rechercher les informations sur le site internet du régime en question.
- en cas d'absence de réponse « officielle » nous nous sommes rabattus sur le moteur de recherche Google (sites des syndicats, sites de droit...).
- enfin lorsqu'il n'y avait pas de résultats pour les informations recherchées ou qu'ils étaient insuffisants, nous avons entrepris la réalisation d'entretiens avec des médecins-conseil des régimes en question. Nous nous sommes limités aux contacts départementaux du Rhône.

Les médecins-conseils ont été joints par téléphone ou mail via le site des régimes. Si par trois fois nous n'avions pas de retour alors nous stoppions la démarche. Ces entretiens étaient réalisés à l'aide de questionnaires préétablis. Ils ont été enregistrés avec un ordinateur portable puis retranscrits.

2.5 Validation des informations

L'objectif étant de diffuser notre travail, nous avons cherché à faire valider nos fiches par les différentes caisses.

Nous avons procédé en deux étapes :

- envoi d'un premier courrier le 08/12/17 au médecin-conseil national (s'il existe) de chaque caisse contenant trois parties : un courrier expliquant notre travail, la partie réglementaire des démarches administratives et une fiche synthèse. (Annexe n°1)
- Si absence de réponse au bout d'un mois alors nous avons envoyé ce même courrier avec un accusé de réception à la mi-janvier 2018.

Si au bout des deux tentatives nous n'avions pas de retour alors nous stoppions la démarche.

2.6 Diffusion des informations

La diffusion sur Internet des fiches synthèse est le but final.

3 RESULTATS

3.1 Etat des lieux des travaux ou outils existants en France

La première étape a confirmé l'absence de travail sur cette thématique (à la date du 10/07/2017). Nous avons eu comme résultats dans le SUDOC pour "arrêt maladie" 13 articles, pour "arrêt de travail" 25 articles, pour « accidents du travail » 71 articles et pour "régimes spéciaux" 8 articles. Aucun n'avait rapport avec les dispositions à prendre en cas d'arrêt travail en fonction du régime de sécurité sociale. Les résultats avec la base de données du CAIRN n'ont pas été plus contributifs. Nous avons eu comme résultats avec l'équation "arrêt maladie" ET "longue durée" 145 résultats, avec "arrêt maladie" ET "régime sécurité sociale" 1 résultat, avec "arrêt maladie" ET "régimes spéciaux" 13 résultats, avec "arrêt de travail" ET "régimes spéciaux" 33 résultats, avec « accident du travail » et « régimes spéciaux » 111 résultats et enfin avec « accident du travail » et « régime de sécurité sociale » 111 résultats. Ils n'avaient pas non plus de rapport avec notre thématique. Les recherches élargies sur le moteur de recherche GOOGLE ont été peu concluantes. En nous limitant aux deux premières pages

de résultats nous n'avons pas trouvé de guide couvrant tous les régimes. Certains sites couvrent seulement un régime mais encore faut-il les connaître (ex : **certifmed.fr** pour la fonction publique). Nous n'avons donc pas réalisé de diagramme de flux pour cette partie

3.2 Quels sont les régimes de sécurité sociale en France ?

La seconde étape consistait à lister tous les régimes de sécurité sociale en France.

Les résultats avec le site de Légifrance furent peu informatifs. Le mot clé "sécurité sociale" donna 57 références et le mot clé "régime de sécurité" 7. Il n'a pas été trouvé de texte législatif synthétique définissant l'ensemble des régimes de sécurité sociale.

Nous sommes donc passés par le moteur de recherche Google. Le texte de référence semblait être un document issu du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015. Il s'agissait d'une publication triennale qui listait les "régimes obligatoires de base" à la fin de l'année 2013 (13).

Nous pouvions retenir de ce texte les trois principaux régimes qui sont le régime général (régime des salariés), le régime agricole (régime des salariés agricoles et régimes des exploitants agricoles) et le régime des non-salariés (régime des commerçants, artisans, professions libérales et des avocats).

Effectifs 2013	Vieillesse			Invalidité et AT			Maladie				
	Cotisants	Bénéficiaires - droit direct	Bénéficiaires - droit dérivé	Total bénéficiaires	Cotisants	Bénéficiaires - droit direct	Bénéficiaires - droit dérivé	Total bénéficiaires	Assurés cotisants	Maladie Ayants droits	Total bénéficiaires
Régimes des salariés											
Régime général (CNAIMTS, CNAF, CNAVTS)	21 111 391	10 765 808	2 733 273	13 499 081	18 453 884	1 243 569	83 377	1 326 946 (1)	33 785 839	3 871 624	59 483 832
Régimes agricoles (MSA)											
Régime des salariés agricoles	669 495	1 897 783	563 994	2 461 777		25 072		25 672	1 264 690	547 258	1 811 948
Régime des exploitants agricoles	504 510	1 488 195	95 129	1 583 324		13 694		13 894	1 223 343	278 423	1 501 766
Régime des non salariés											
Régime des non salariés - artisans (RSI)	985 694	657 051	258 111	915 162		14 544		14 544	2 892 859	1 231 966	4 124 847 (2)
Régime des non salariés - commerçants (RSI)	1 099 252	904 613	266 243	1 190 855		11 120		11 120			
Régime de retraite des professions libérales (CNAVPL)	633 217	246 327	46 642	292 169							
Régime de retraite des avocats (CNBP)	59 373	9 261	3 451	12 712		458		458			

Tableau 1 : Effectifs des trois principaux régimes de la Sécurité Sociale fin 2013 - document triennal de la présentation des régimes obligatoires de base, PLFSS 2015 (13)

A part, nous avons une quinzaine de régimes spéciaux. Ils sont eux définis par l'article R711-1 du code de la sécurité sociale :

-les administrations, services, offices, établissements publics de l'Etat, les établissements industriels

de l'Etat et l'Imprimerie Nationale, pour les fonctionnaires, les magistrats et les ouvriers de l'Etat ;

- les régions, les départements et communes ;
- les établissements publics départementaux et communaux n'ayant pas le caractère industriel ou commercial ;
- les activités qui entraînent l'affiliation au régime d'assurance des marins français institué par le décret-loi du 17 juin 1938 modifié ;
- les entreprises minières et les entreprises assimilées, définies par le décret n°46-2769 du 27 novembre 1946, à l'exclusion des activités se rapportant à la recherche ou à l'exploitation des hydrocarbures liquides ou gazeux ;
- la société nationale des chemins de fer français ;
- les chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et les tramways ;
- les exploitations de production, de transport et de distribution d'énergie électrique et de gaz ;
- la Banque de France ;
- le Théâtre national de l'Opéra de Paris et la Comédie Française.

Ils sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Effectifs 2013	Vieillesse			Invalidité et AT			Maladie				
	Cotisants	Bénéficiaires - droit direct	Bénéficiaires - droit dérivé	Total bénéficiaires	Cotisants	Bénéficiaires - droit direct	Bénéficiaires - droit dérivé	Total bénéficiaires	Assurés cotisants	Ayants droits	Total bénéficiaires
Régimes spéciaux											
Régime de retraite des fonctionnaires civils et militaires (SRE)	2 018 208	1 798 769	478 200	2 276 969							(4)
Régime maladie-maternité des militaires (CNMSS)									546 174	301 568	847 742
Régimes des agents des collectivités locales (CNRACL et FATIACL)	2 203 562	848 616	76 970	925 586		108 817	78 478	187 295			(4)
Régime des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE et fonds RATOCEM)	38 871	63 451	24 555	88 006		5 602	10 662	16 264 (3)			(4)
Régime des agents de la SNCF (CPRP SNCF)	155 467	179 040	92 909	271 949					356 399	169 528	525 927
Régime des agents de la RATP (CRP RATP)	42 688	36 086	11 797	47 883		191	24	215	76 187	29 547	105 734
Régime des industries électriques et gazières (CNEG)	144 482	124 848	41 106	165 954		1 658		1 658			(4)
Régime des invalides de la marine (ENIM)	27 404	70 692	44 790	115 482		5 927	3 068	8 995	69 212	24 333	93 545
Régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)	45 592	58 901	8 501	67 402		809		809	75 529	40 047	115 576
Régime de sécurité sociale des personnels de la Banque de France	12 029	12 309	2 582	14 891		483		483			(4)
Régime de retraite de l'Opéra national de Paris (CROP)	1 858	1 339	332	1 671		38		38			(4)
Régime de retraite de la Comédie française (CRCF)	nd	302	105	407							(4)
Régime d'assurance vieillesse du Port autonome de Strasbourg	160	119	90	209							(4)
Régime maladie du Port autonome de Bordeaux				(4)					344	332	676
Régime des cultes (CAVIMAC) et régime des cultes d'Alsace	15 249	50 634	817	51 451		47		47	37 506	3 291	40 797

(1) AT seulement. Le risque invalidité est géré au régime général dans le cadre du risque maladie.

(2) L'ensemble des non salariés non agricoles (sauf les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés) relèvent pour le risque maladie du régime social des indépendants.

(3) Données auxquelles il convient de rajouter le nombre de rentes servies pour les salariés des établissements militaires par le fonds RATOCEM, soit 9 298

(4) Personnes rattachées au régime général

Tableau 2 : Effectif des régimes spéciaux fin 2013-document triennal de la présentation des régimes obligatoires de base, PLFSS 2015. (13)

Nous avons pu constater que parmi ces régimes spéciaux certains ont laissé la gestion du risque maladie au régime général au fil des années : régimes des fonctionnaires, régimes des agents des collectivités locales... Tout en conservant certaines spécificités. A l'inverse le Régime maladie du Port autonome de Bordeaux supervise seulement le risque maladie.

On note l'absence de plusieurs régimes dans ce document :

- Celui de l'Assemblée Nationale : Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale qui comptait 6 346 assurés au 1er juin 2016 (14).
- Celui du régime du Sénat : Régime Autonome de Sécurité Sociale du Sénat qui comptait 4 336 assurés fin 2015 (15).
- la Caisse des Français de l'Etranger qui comptait 186 666 assurés pour le risque maladie-maternité fin 2015 (16).

Il existe aussi des régimes spéciaux dits " fermés " mais qui pour la plupart ne gèrent plus le risque maladie et qui sont en cours « d'extinction ».

Régimes spéciaux fermés							
Régime de sécurité sociale dans les mines (CANMSS) (depuis 1 ^{er} septembre 2010)	3 401	163 942	140 029	303 970	261	261	114 918
Régime d'assurance maladie des personnels de la CCIP (1 ^{er} janvier 2013)							8 247
SEITA	101	9 331	153	9 484			
Régime des chemins de fer secondaires		nd	nd	7 601			
Régime des chemins de fer de l'Hérault		1		1			
Régime des chemins de fer d'Outre mer (CRRFOM)		37	125	162			
Régime des chemins de fer d'Ethiopie		nd	nd	nd			

Tableau 3 : Effectif des régimes spéciaux fermés fin 2013 -document triennal de la présentation des régimes obligatoires de base, PLFSS 2015. (13)

3.3 Quels régimes étudier ?

La revue d'effectif du nombre de bénéficiaires par régime pour l'assurance maladie a été effectuée :

- Régime Général** : 60 millions de bénéficiaires en 2015 (17)
- Fonctionnaires** : 5.448 millions de salariés fin 2014 (18)
- Agricole** : 3 249 522 de bénéficiaires au 1er janvier 2016 (19)
- RSI** : 2,8 millions de cotisants en 2015 (17)
- Militaires** : CNMSS (Caisse nationale militaire de sécurité sociale) 844 343 personnes en 2016 (20)
- SNCF** : CPRPSNCF (Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF) 499 916 bénéficiaires fin 2016 pour sa partie assurance maladie (21)
- EDF-GDF** : CAMIEG (Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières) fin 2016 près de 522 000 bénéficiaires (22)

- RATP** : CCAS (Caisse de Coordination aux Assurances Sociale de la RATP) 107 098 en 2015 (23)
- Régimes des invalides de la marine** : ENIM (Etablissement national des invalides de la marine) 97 050 bénéficiaires du régime maladie en 2016 (24)
- Régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires** : CRPCEN (Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires)126 668 assurés maladie en 2016 (25)
- CAVIMAC** : (Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes) : 39 383 en 2016 (26)
- Régime maladie du port autonome de Bordeaux** : 747 bénéficiaires au 31/12/2015
- Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines** : 129 321 affiliés maladie-fin 2015 (27)
- Caisse des Français de l'Etranger** : 186 666 en maladie maternité fin 2015 (16)
- Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale** : 6346 au 01/06/2016 (14)
- Régime autonome de Sécurité Sociale du Sénat** : 4 336 au 31/12/2015 (15)

Régimes	Effectif
Général	60 millions
« Fonctionnaires »	5,4 millions
RSI	2,8 millions
Agricole	3,2 millions
Militaires	844343
EDF-GDF	522000
SNCF	499916
Caisse des Français de l'Etranger	186666
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines	129321
Prévoyance des clercs et employés de notaires	126668
RATP	107098
Régime des invalides de la Marine	97050
Assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes	39383
Fond de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale	6346
Régime Autonome de Sécurité Sociale du Sénat	4336
Port autonome de Bordeaux	747

Tableau 4 : Effectifs des différents régimes selon les chiffres publiés par les caisses

Notre seuil des 500 000 bénéficiaires nous a fait retenir 7 régimes à étudier : régime général, régime des fonctionnaires (rattaché au régime maladie pour le risque maladie mais présentant des particularités de fonctionnement), le régime agricole, le RSI, le régime militaire, la CAMIEG et CPRPSNCF.

3.4 Entretiens avec les médecins-conseils

Nous avons pu réaliser trois entretiens en complément de nos recherches internet :

-avec le Dr ANDRE-JACOUTON médecin-conseil pour la CPRPSNCF le 15/02/2017 ;
-avec le Dr MARTIN Éric médecin-chef du contrôle médical de la MSA du Rhône le 22/02/2017 ;
-avec le Dr SYSTCHENKO chef de service Médecine statutaire des HCL pour les spécificités du régime des fonctionnaires le 12/06/17.

Pour la CNMSS, le Dr DESJEUX (Médecin Chef des unités-Département des services médicaux / unité d'expertise en santé publique – unité lutte contre la fraude) a répondu par mail à notre questionnaire le 07/04/2017.

La CAMIEG n'a pas de médecin-conseil spécifique, le contrôle médical est assuré par le régime général. Nous n'avons pas trouvé d'interlocuteur pour répondre à nos questions.

Nous n'avons eu aucun retour du RSI que ce soit par mail ou demande téléphonique.

Nous n'avons pas réalisé d'entretien pour le régime général car nous avons suffisamment d'informations. Sur six demandes d'entretien on peut considérer que nous avons eu quatre réponses positives soit un taux de réponse de 66%.

3.5 Dispositions à prendre selon le régime : synthèse des résultats

Pour ne pas surcharger ce paragraphe nous ne mettrons que la partie synthétique de nos résultats pour les sept régimes. La partie réglementaire à partir de laquelle elles ont été réalisées est à consulter dans l'annexe n°4.

3.5.1 Régime général

3.5.1.1 Généralités

Le régime général comptait près de 60 millions d'adhérents en 2015 (17). Sa branche maladie est gérée par la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés).

La télétransmission est possible via l'Espacepro du médecin.

3.5.1.2 Maladie

	Arrêt initial	Jour de carence	Correspondant	Démarches	Durée d'indemnisation	Visite obligatoire	Temps partiel thérapeutique
Régime général	Volet n°1 et 2 à la CPAM Volet n°3 à l'employeur	3 jours de carence	Médecin conseil de la sécurité sociale Médecin du travail	- "Arrêt ordinaire" si < 6 mois consécutifs et hors ALD : prolongation simple - "Arrêt longue maladie" si arrêt > 6 mois consécutifs : accord obligatoire du médecin conseil CPAM avec mise en ALD (exonérante ou non)	- "ordinaires" : 360 jours sur 3 ans - "longue maladie" : 3 ans	Visite de reprise avec médecin du travail si arrêt > 30 jours	- Doit faire suite à un arrêt à temps complet (sauf ALD) - Sur accord médecin conseil et employeur - Organisé par médecin du travail - Durée max : 1 an

Tableau 5 : Spécificités des arrêts maladie du régime général

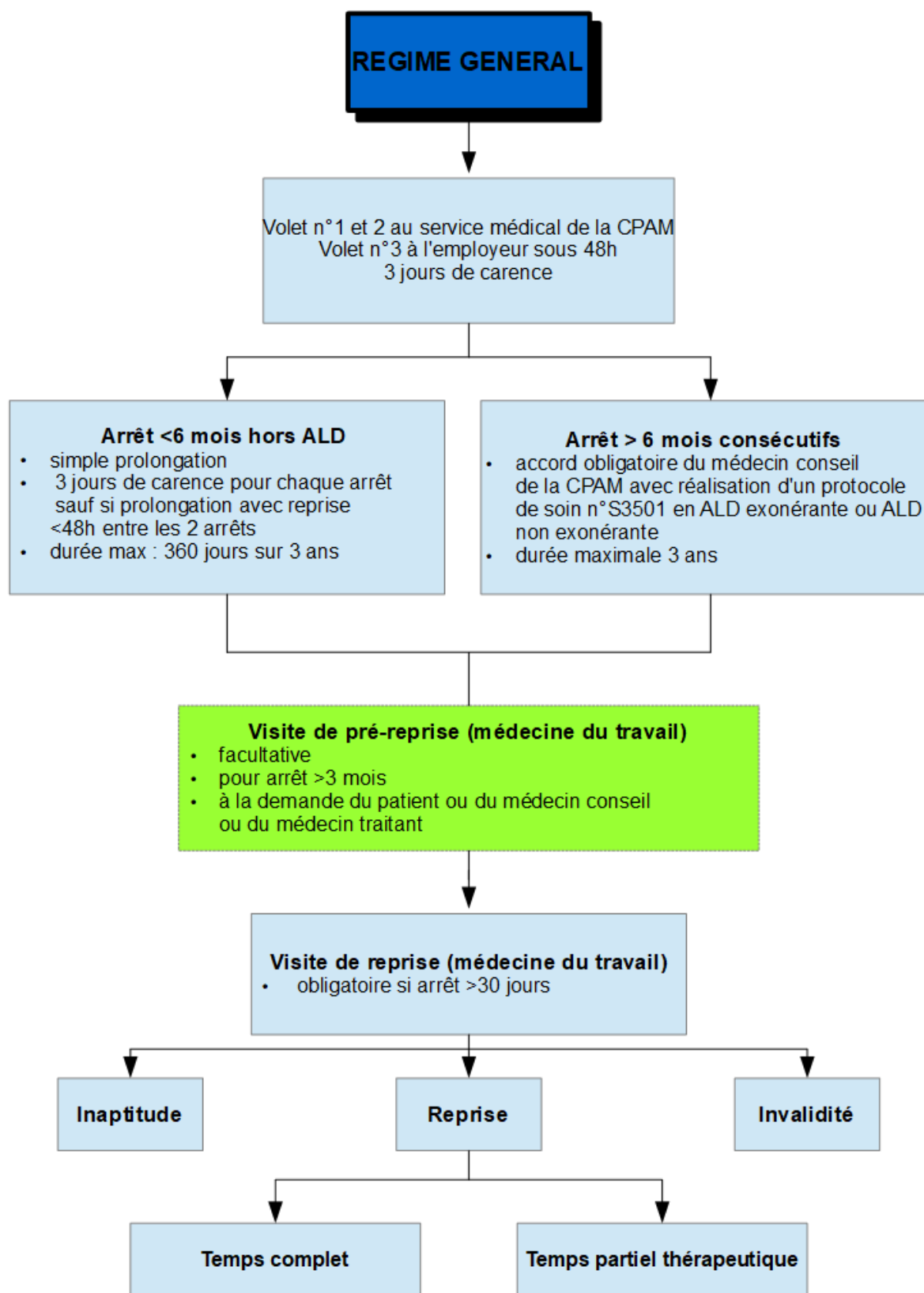


Figure 1 : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime général

3.5.1.3 Accident du travail

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) gère sur le plan national, la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles des salariés du régime général de la Sécurité sociale et pilote le réseau des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat). Environ 2,1 millions d'établissements ont cotisé à l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) en 2015 et emploient 18,4 millions de salariés (soit environ 70 % de la population employée). Environ 624 500 accidents du travail ont donné lieu à un arrêt de travail en 2015. 8,8 milliards d'euros de prestations nettes ont été versées en 2015 par la branche AT-MP du régime général (17). Les accidents du travail et les maladies professionnelles sont assurés collectivement par les entreprises. Les taux de cotisation des entreprises sont fixés en fonction du risque que présente l'activité de l'entreprise et de l'effectif salarié. L'assurance AT-MP est régie par le Livre IV du code de la Sécurité Sociale. (28)

	Arrêt initial	Correspondants	Délai de carence	Indemnisations	Durée d'indemnisations	Visite de reprise	Temps partiel	Taux d'IPP	Présomption d'imputabilité
Régime général	Cerfa S6909 Volet n°1 et n°2 à la CPAM Volet n°4 à l'employeur	Médecin conseil de la CPAM Médecin du travail	aucun	60% du salaire jusqu'à J28 puis 80% à partir de J29	Jusqu'à la guérison ou la consolidation	Si arrêt > 30 jours	Cerfa S6909 Accord de l'employeur et du médecin conseil Durée max: 1 an (365j sur 3 années glissantes)	<10%: capital >10%: rente > 80%: RTP	oui pour l'arrêt de travail initial et la rechute

Tableau n° 6 : Régime général et accident du travail

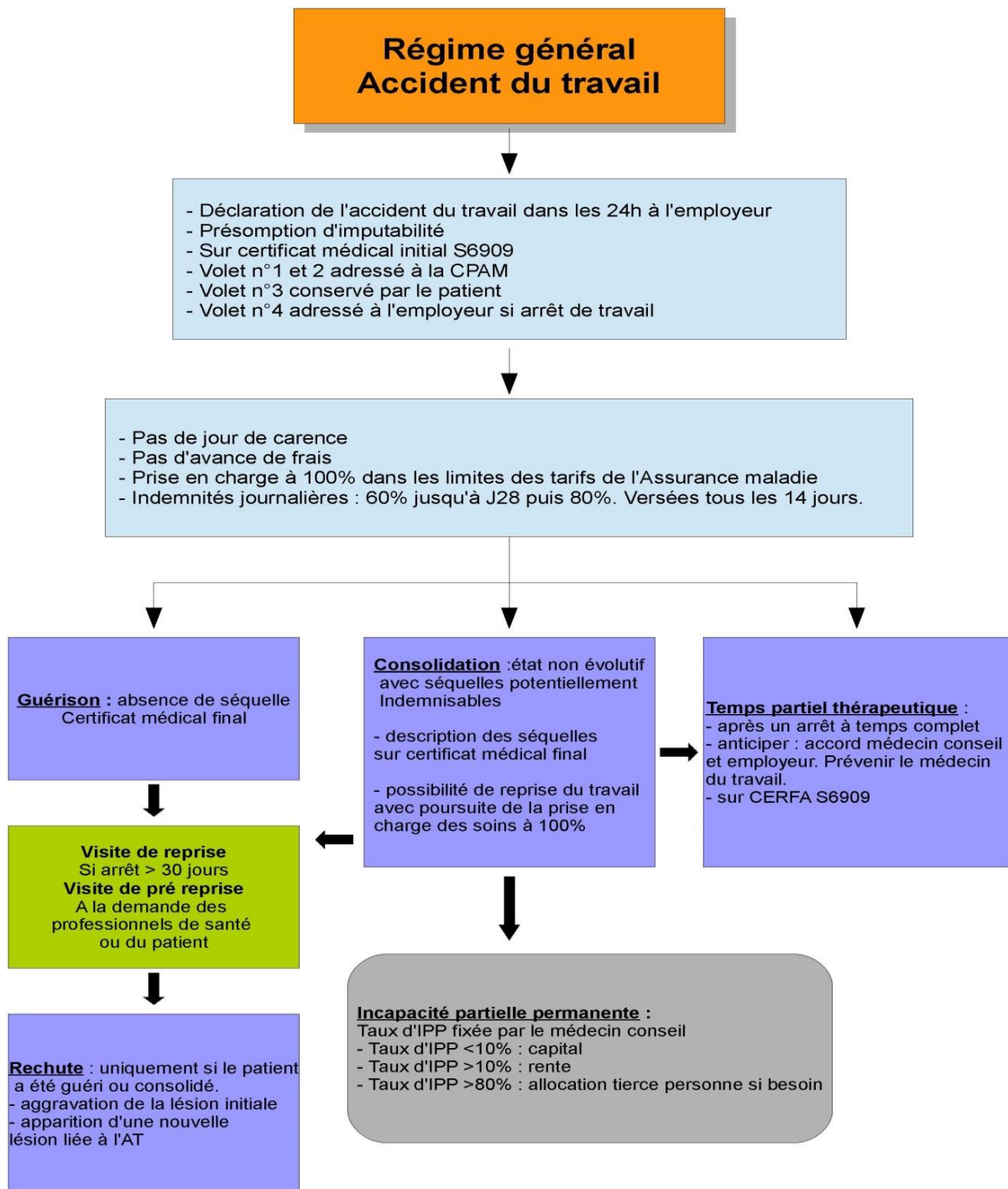


Figure 2 : Organigramme décisionnel pour les accidents du travail pour le régime général

3.5.2 Régime des exploitants agricoles

Le régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles comprend quatre branches : les prestations familiales ; l'assurance maladie, invalidité et maternité ; l'assurance vieillesse et veuvage et l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Art L722-8 du CRPM. Ces prestations sont servies par la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Chiffres-clés pour le régime des exploitants agricoles en 2017 (19) :

- Ils représentent 45% des bénéficiaires du régime agricole.

- 540 000 personnes relevant du régime non-salarié agricole ont été couvertes pour le risque AT-MP en 2016.

3.5.2.1 Maladie

	Arrêt initial	Jour de carence	Correspondants	Démarches	Durée d'indemnisation	Visites obligatoires	Temps partiel thérapeutique
MSA exploitant	Volet n°1 et 2 à la MSA Volet n°3 à conserver par l'exploitant	7 jours en cas de maladie 3 jours en cas d'hospitalisation	Médecin conseil de la MSA Pas de médecine du travail	- "Arrêt ordinaire" si < 6 mois consécutifs et hors ALD : prolongation simple - "Arrêt longue maladie" si arrêt > 6 mois consécutifs : accord obligatoire du médecin conseil MSA avec mise en ALD (exonérante ou non)	- "ordinaires" : 360 jours sur 3 ans - "longue maladie" : 3 ans	Pas de visite de reprise	Possible à partir du 01/01/18

Tableau n° 7 : Spécificités des arrêts maladie des exploitants agricoles

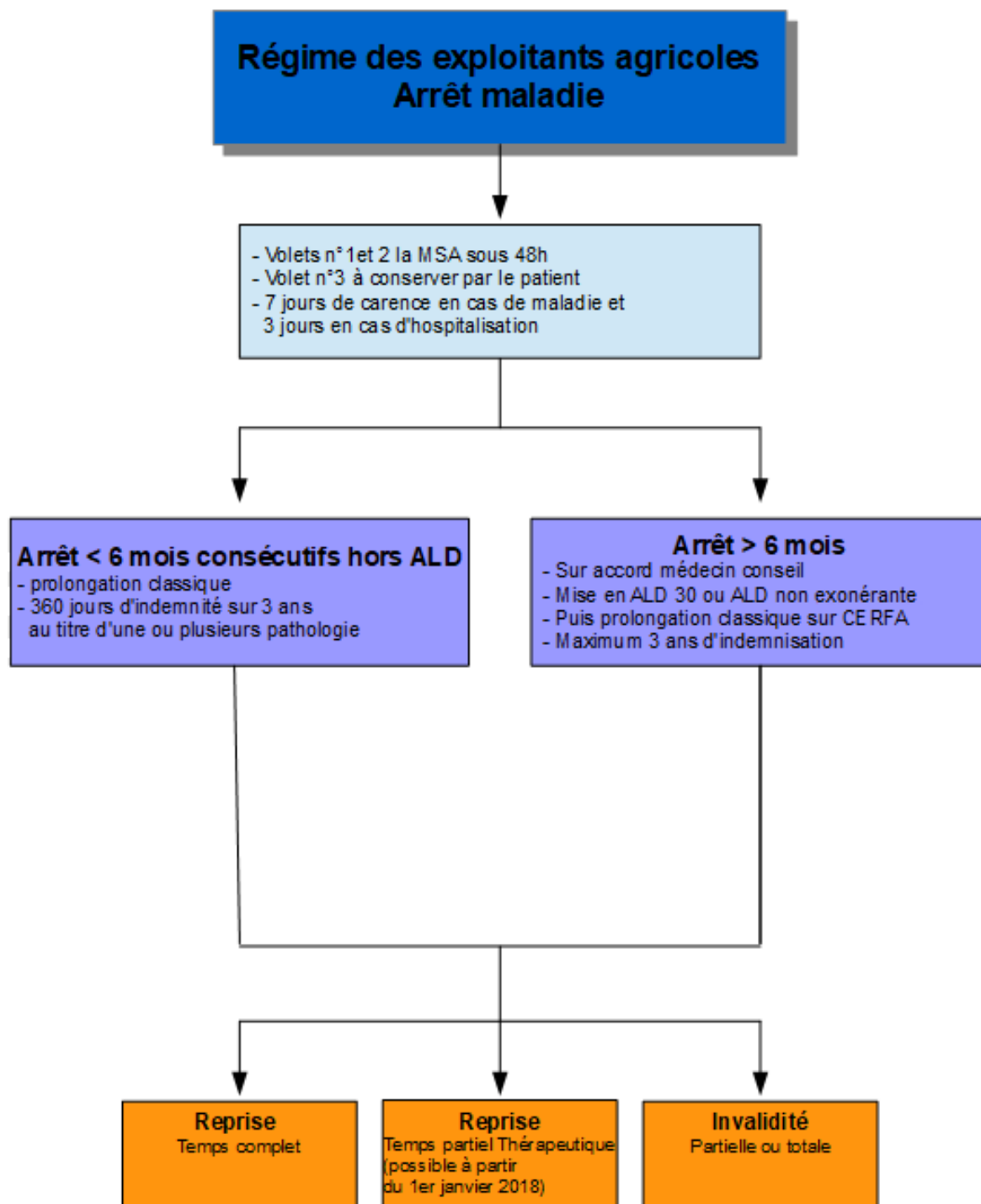


Figure 3 : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie des exploitants agricoles

3.5.2.2 Accidents du travail

En 2015 la MSA recense 70 898 accidents du travail, en 2016 : 70 223 accidents du travail recensés pour salariés et non-salariés agricoles. (19)

L'ATEXA est une assurance obligatoire pour les risques accidents du travail et maladies professionnelles pour les non-salariés agricoles. Elle est gérée uniquement par la MSA depuis le 1^{er} Janvier 2014. Auparavant l'exploitant pouvait être affilié à un organisme d'assurance privé agréé pour le risque professionnel. L'exploitant doit cotiser dès son installation. Le montant de la cotisation varie en fonction du risque. La cotisation à la caisse ATEXA est annuelle et forfaitaire et varie selon le statut de l'assuré et le secteur d'activité (en 2014, elle se situait entre 411 et 447 € pour un exploitant). (29)

	Arrêt initial	Correspondants	Délai de carence	Indemnisations	Durée d'indemnisations	Visite de reprise	Temps partiel	Taux d'IPP	Présomption d'imputabilité
MSA non salariés	Cerfa S6909 Volets n°1 et n°2 à la MSA	Médecin conseil de la MSA	7 jours	60% du 1/365 ^{eme} du gain forfaitaire annuel jusqu'à J28 puis 80%,	Jusqu'à la guérison ou la consolidation	pas de visite de reprise	Depuis le 1er Janvier 2018	< 30% : pas d'indemnisation >30% :rente	La charge de la preuve est à la victime en cas d'accident de trajet ou de rechute

Tableau n°8 : Spécificités pour l'accident du travail pour le régime des non-salariés agricoles

Régime des exploitants agricoles Accident du travail

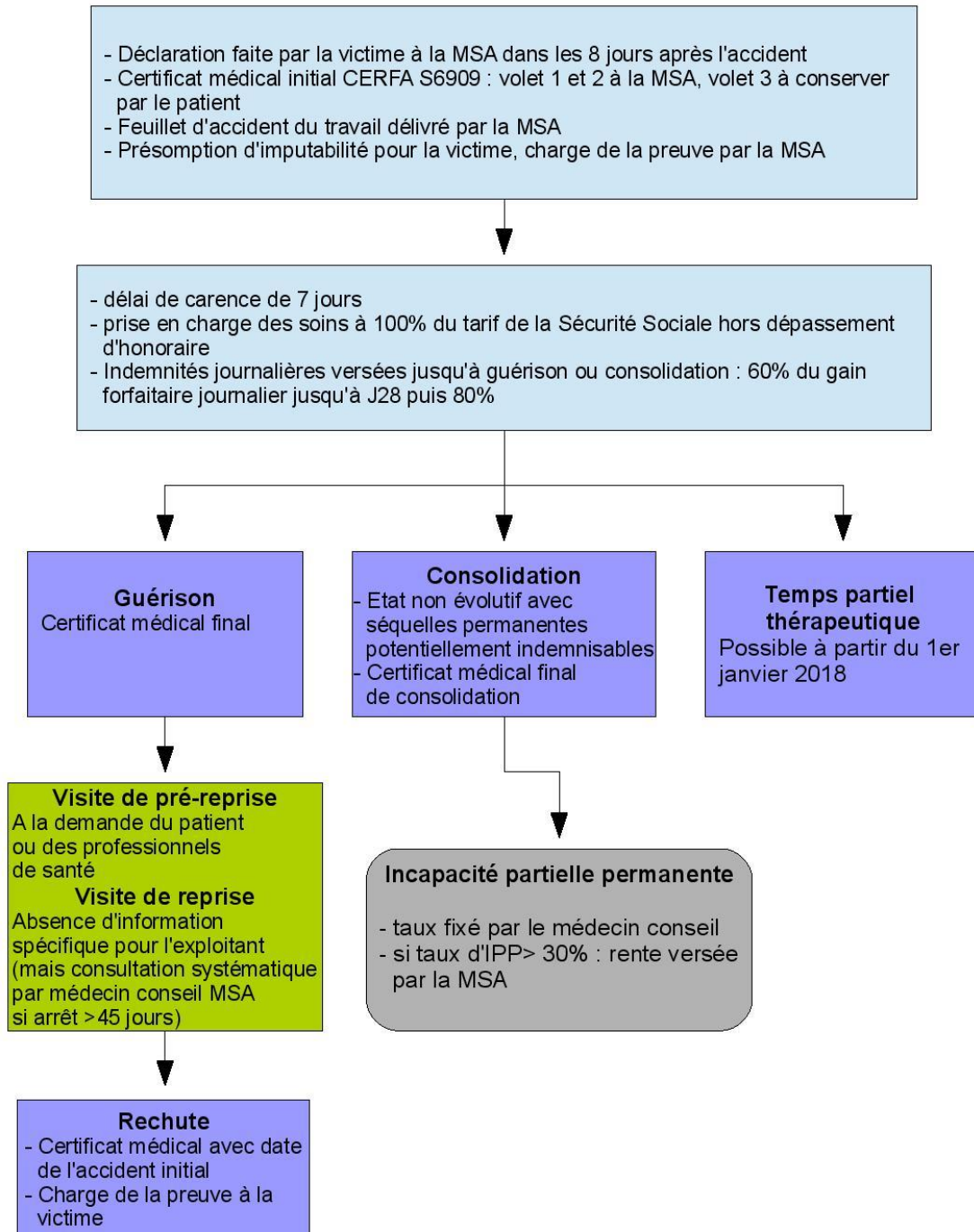


Figure 4 : Organigramme décisionnel pour les accidents du travail des exploitants agricoles

3.5.3 Régimes des salariés agricoles

Le régime des salariés agricoles est très proche du régime général.

Chiffres utiles (19) :

- Ils représentent 55% des bénéficiaires du régime agricole.
- Nombre total de personnes dépendant du régime salarié de la MSA protégé en 2016 : 1 819 883.

3.5.3.1 Maladie

Les salariés agricoles ont les mêmes modalités d'attribution des indemnités journalières que le régime général.

	Arrêt initial	Jour de carence	Correspondants	Démarches	Durée d'indemnisation	Visites obligatoires	Temps partiel thérapeutique
MSA salariés	Volet n°1 et 2 à la MSA Volet n°3 à l'employeur	3 jours de carence	Médecin conseil de la MSA Médecine du travail de la MSA	- "Arrêt ordinaire" si < 6 mois consécutifs et hors ALD : prolongation simple - "Arrêt longue maladie" si arrêt > 6 mois consécutifs : accord obligatoire du médecin conseil MSA avec mise en ALD (exonérante ou non)	- "ordinaires" : 360 jours sur 3 ans - "longue maladie" : 3 ans	Visite de reprise obligatoire si arrêt > 30 jours avec médecine du travail	- Doit faire suite à un arrêt à temps complet (sauf ALD) - Sur accord médecin conseil et employeur - Organisé par médecin du travail - Durée max : 1 an

Tableau n° 9 : Spécificités des arrêts maladie des salariés agricoles

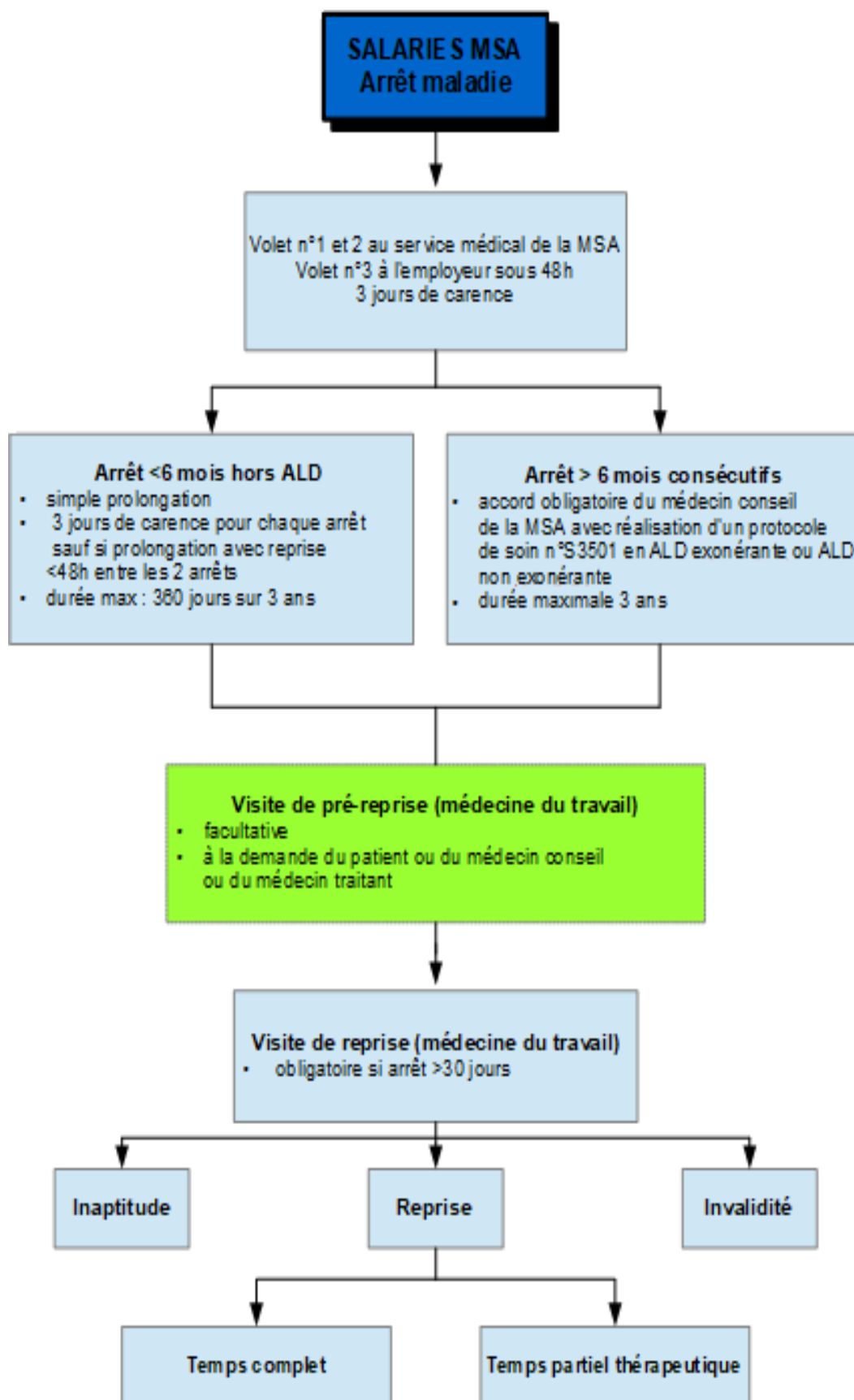


Figure 5 : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladies des salariés agricoles

3.5.3.2 Accident du travail

Le régime des salariés agricoles est proche du régime général. Le salarié doit déclarer son AT dans les 24h à son employeur. L'employeur doit déclarer l'AT à la MSA dans les 48h et remet au salarié la feuille accident du travail –maladie professionnelle (Cerfa n° 6201) pour la prise en charge des soins ainsi qu'une attestation de salaire.

Si la feuille AT-MP Cerfa n°6201 est entièrement remplie le salarié l'envoie à sa caisse MSA qui lui en délivre une nouvelle.

	Arrêt initial	Correspondants	Délai de carence	Indemnités	Durée d'indemnités	Visite de reprise	Temps partiel	Taux d'IPP	Présomption d'imputabilité
MSA salariés	Cerfa S6909 Volet n°1 et n°2 à la MSA Volet n°4 à l'employeur	Médecin conseil de la MSA Médecin du travail	aucun	60% du salaire jusqu'à J28 puis 80% à partir de J29	Jusqu'à la guérison ou la consolidation	Si arrêt > 30 jours	Cerfa S6909 Accord de l'employeur et du médecin conseil Durée max : 1 an (365j sur 3 années glissantes)	Si < 10%: capital Si >= 10% : rente	oui

Tableau n° 10 : Spécificités du régime des salariés agricoles pour l'accident du travail

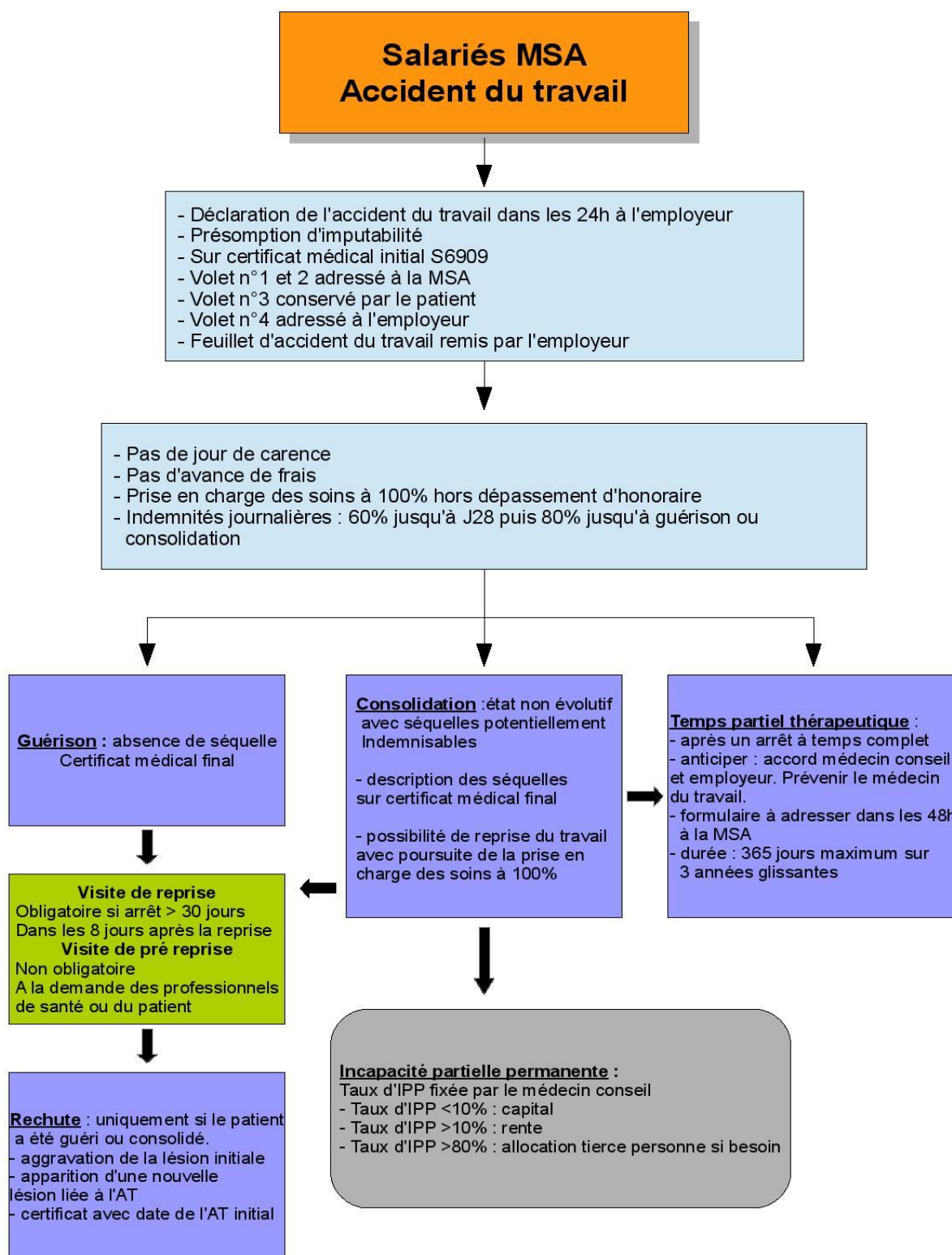


Figure 6 : Organigramme décisionnel pour les accidents du travail des salariés agricoles

3.5.4 Régimes des travailleurs indépendants non-salariés non agricoles (ancien RSI)

3.5.4.1 Généralités

Le régime social des indépendants (RSI) regroupait en 2015 2,8 millions de cotisants dont 35 % de commerçants, 38 % d'artisans et 27 % de professionnels libéraux. (30)

Le RSI a été créé en 2006. Il était le deuxième régime de protection sociale en France. Il assurait la couverture du risque maladie et maternité de l'ensemble des travailleurs indépendants ainsi que le versement de la retraite de base de ces assurés, à l'exception des professions libérales. Le RSI ne couvrait pas ses assurés contre les risques accidents du travail et maladies professionnelles.

En cas d'accident lié au travail, le patient était pris en charge au titre de l'assurance maladie.

À compter du 1er janvier 2018, la protection sociale des travailleurs indépendants est confiée au régime général (PLFSS 2018). Les travailleurs indépendants bénéficieront, pour l'essentiel, des mêmes prestations que les salariés du régime général mais une organisation particulière pour leur recouvrement, conçue en fonction de leur besoin. Il est prévu une phase de transition de 2 ans à partir du 1er Janvier 2018. A partir de 2019 les nouveaux travailleurs indépendants non agricoles verront leur protection sociale directement confiée à la CPAM. Les travailleurs affiliés au RSI avant 2019 verront leur protection sociale transférée auprès des CPAM en 2020. (31)

Le RSI en quelques chiffres (en 2015) (30)

Cotisations :

-2,8 millions de cotisants dont 40 % sont micro-entrepreneurs

Maladie :

-4,6 millions de bénéficiaires (dont les ayant-droit)

-8,6 milliards d'euros de prestations versées

Organisation :

- 1 caisse nationale, 29 caisses régionales

- les prestations d'assurance maladie sont versées par 19 organismes conventionnés avec le RSI

3.5.4.2 Maladie

	Arrêt initial	Jour de carence	Correspondant	Démarches	Durée d'indemnisation	Visite obligatoire	Temps partiel thérapeutique
Régime des travailleurs indépendants non salariés	Volet n°1 et 2 au service médical de la Sécurité sociale des indépendants Volet n°3 à conserver par le patient	7 jours de carence en maladie (sauf si arrêt > 7 jours alors 3 jours de carence) 3 jours en cas d'hospitalisation	Médecin conseil de la Sécurité sociale des indépendants Pas de médecine du travail	- "Arrêt ordinaire" si < 6 mois consécutifs et hors ALD : prolongation simple - "Arrêt longue maladie" si arrêt > 6 mois consécutifs : accord obligatoire du médecin conseil de la Sécurité sociale des indépendants avec mise en ALD (exonérante ou non)	- "ordinaires" : 360 jours sur 3 ans - "longue maladie" : 3 ans	Pas de visite de reprise	Possible depuis le 1er mai 2017 - faire suite à un arrêt à temps complet (sauf ALD) - 90 jours sur 3 ans (270 jours sur 4 ans en ALD)

Tableau n° 11 : Spécificités des arrêts maladie des travailleurs indépendants non-salariés

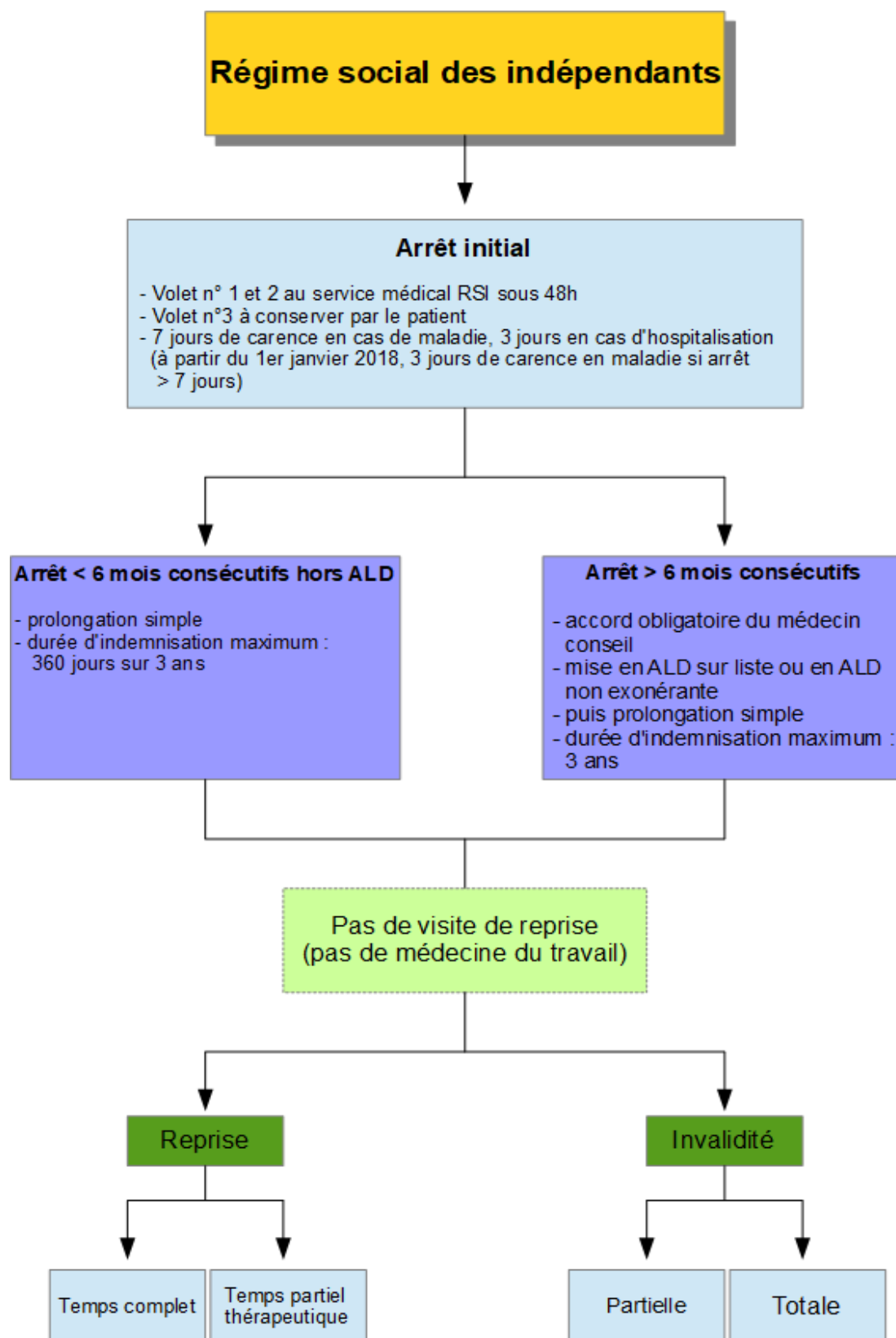


Figure 7 : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie des travailleurs indépendants non-salariés

3.5.5 Fonction publique

3.5.5.1 Généralités :

Elle regroupait un total de 5.448 millions de salariés fin 2014. (18)

Elle se répartit en trois branches :

- **Les fonctionnaires d'Etat** : près de 282 professions regroupant les enseignants, les chercheurs, la police nationale. (32)
- **Les fonctionnaires territoriaux** : plus de 242 professions dans les collectivités locales (conseil régional, général, commune...) allant de « l'agent de service polyvalent en milieu rural » au policier municipal. (33)
- **Les fonctionnaires hospitaliers**

Ils sont tous affiliés au régime général de la Sécurité Sociale mais du fait de leur statut de fonctionnaire ils bénéficient de dispositions particulières d'où cette partie. Les salariés peuvent être titulaires ou contractuels.

Les lois cadres des différentes fonctions publiques sont les suivantes :

-Fonction publique territoriale : Loi 84.53 du 26 Janvier 1984 et Décret 87.602 du 30 Juillet 1987.

-Fonction publique d'Etat : Loi 84.16 du 11 Janvier 1984 et Décret 86.442 du 14 Mars 1986

-Fonction publique hospitalière : Loi 86.33 du 9 Janvier 1986 et Décret 88-386 du 19 Avril 1988

Il existe une prise en charge éclatée des différents risques.

Les agents contractuels de la fonction publique dépendent du régime général.

3.5.5.2 Maladie

	Arrêt initial	Jour de carence	Correspondants	Démarches	Durée d'indemnisation	Visites obligatoires	Temps partiel thérapeutique
Fonctionnaires	Volet n°1 à conserver par le patient Volet n°2 et 3 à l'administration	1 jour de carence	Médecine statutaire = comité médical départemental constitué de médecins agréés Médecine de prévention	- CMO : arrêt < 6 mois consécutifs = prolongation simple, arrêt > 6 mois = avis du CMD - CLM : liste non restrictive de pathologie, sur avis du CMD, à renouveler tous les 3 à 6 mois - CLD : liste restrictive, sur avis du CMD, à renouveler tous les 3 à 6 mois	- CMO : 12 mois - CLM : 3 ans - CLD : 5 ans	Fin du congé : - avis CMD pour CMO de 12 mois - avis CMD et spécialiste agréé pour CLM et CLD	- Sur accord du CMD - à renouveler tous les 3 mois - durée max : 1 an

CMO : congés maladie ordinaire, CLM : congés longue maladie, CLD : congés longue durée

Tableau n°12 : Spécificités des arrêts maladie pour la fonction publique

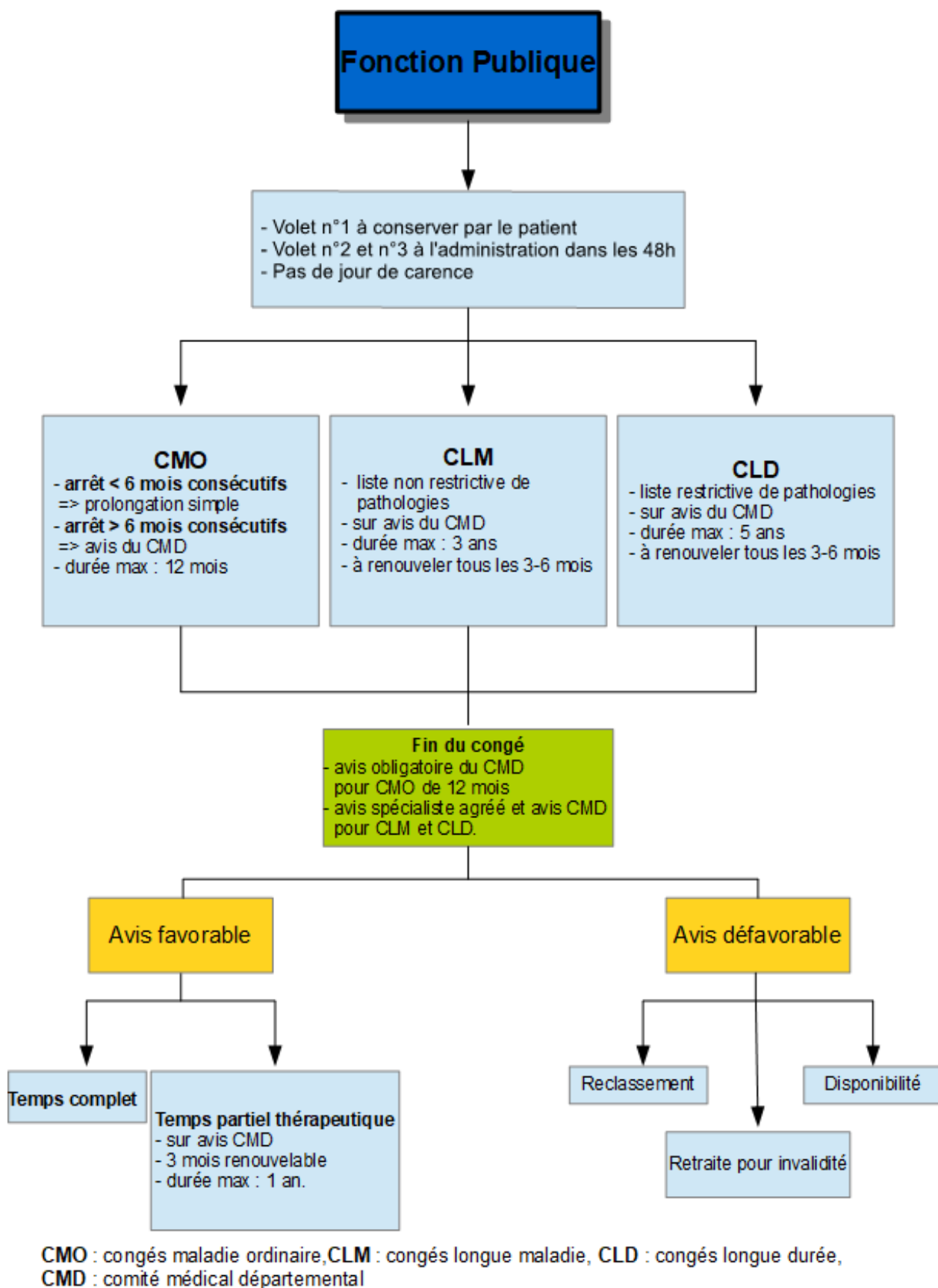


Figure 8 : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie des fonctionnaires

3.5.5.3 Accident du travail

Les prestations pour un accident de service sont versées directement au patient fonctionnaire par l'administration qui l'emploie.

La loi cadre définissant les accidents de service est la suivante : Loi 83.634 du 13 Juillet 1993, valable pour les trois fonctions publiques.

	Arrêt initial	Correspondants	Délai de carence	Indemnisations	Durée d'indemnisations	Visite de reprise	Temps partiel	Taux d'IPP	Présomption d'imputabilité
Fonction publique	Cerfa S6909 Volet n°2 et n°3 à son administration Volet n°1 à conserver par le patient	Médecin agréé par l'administration	aucun	Plein traitement	Jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son poste ou jusqu'à la mise en retraite ou le reclassement	Si arrêt > 30 jours	2 certificats médicaux sur papiers libres ou CERFA S6909 Durée max: 6 mois renouvelable 1fois	>10% : rente	Depuis Janvier 2017

Tableau n° 13 : Spécificités des accidents du travail pour la fonction publique

Fonction Publique Accident du travail

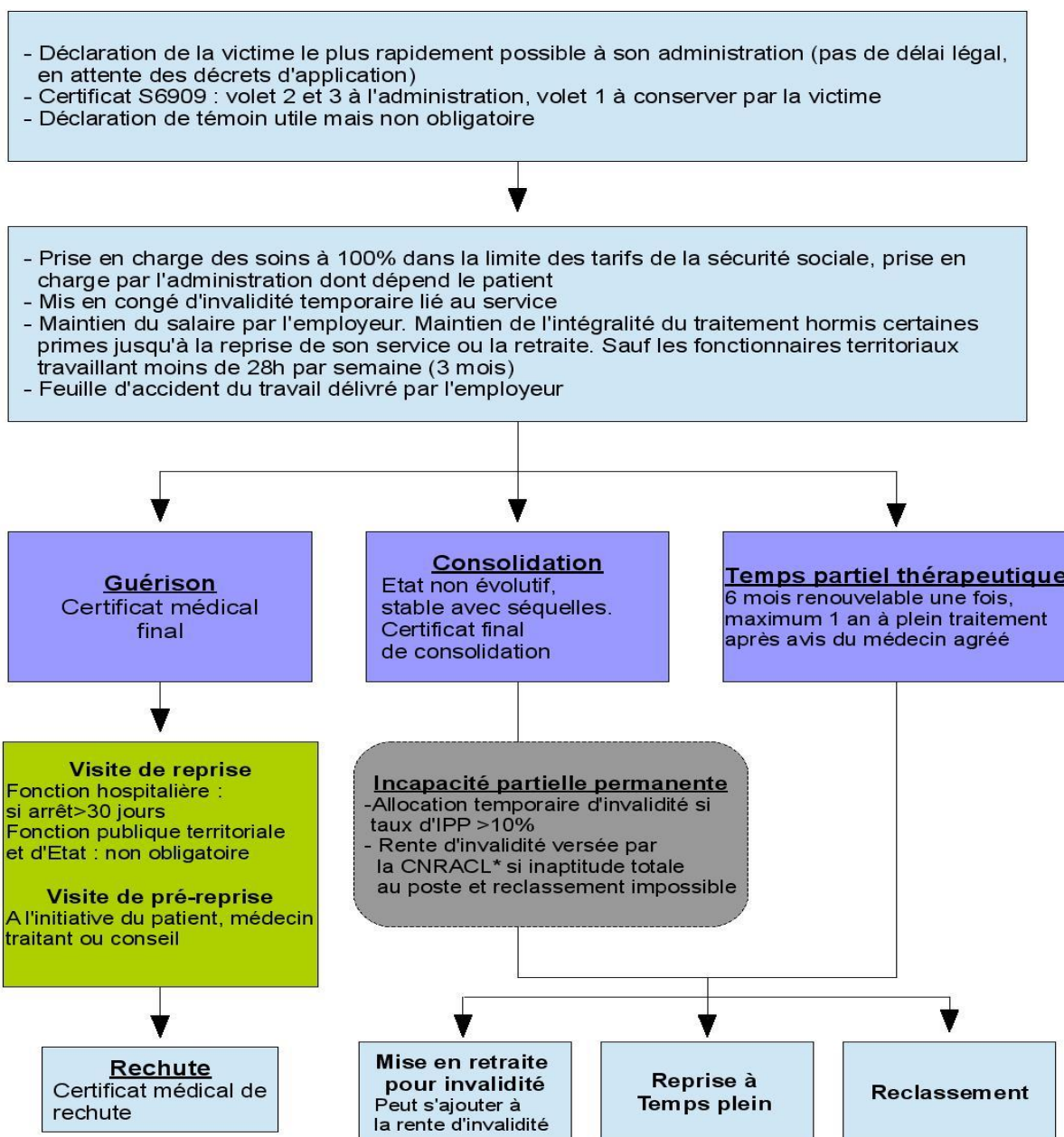


Figure 9 : Organigramme décisionnel pour les accidents de service du régime de la fonction publique.

3.5.6 SNCF

3.5.6.1 Généralités

Les bénéficiaires sont les personnels salariés admis au cadre permanent ou « au statut » de cheminot. Les salariés contractuels de la SNCF dépendent du régime général.

L'assurance maladie et l'assurance des risques professionnels sont gérées par la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF (CPRPSNCF). Son siège est situé à Marseille. La CPRPSNCF a été créée par décret le 7 mai 2007, avant 2008 elle était une filiale de la SNCF. Depuis elle est en autonomie par rapport à la SNCF. (34)

3.5.6.2 Maladie

Fin 2016, le régime spécial de la SNCF comptait 499 916 bénéficiaires pour sa partie assurance maladie (21).

	Arrêt initial	Jour de carence	Correspondants	Démarches	Durée d'indemnisation	Visites obligatoires	Temps partiel thérapeutique
CPRPSNCF	Volet n°1 et 2 à la CPRPSNCF Volet n°3 aux ressources humaines	Retenue du quart du salaire pendant les 4er jours	Médecin conseil de la CPRPSNCF	- "Arrêt courte durée" si < 6 mois consécutifs : prolongation simple - "Arrêt longue maladie" pour maladie grave ou arrêt > 6 mois continus : après examen par médecin conseil et accord de la direction, à renouveler tous les 6 mois	- "Arrêt courte durée" : 365 jours sur 3 ans - "Arrêt longue maladie" : jusqu'à 5 ans	?	- Sur accord médecin conseil - 365 jours sur 3 ans

Tableau n°14 : Spécificités des arrêts maladie pour le régime de la SNCF

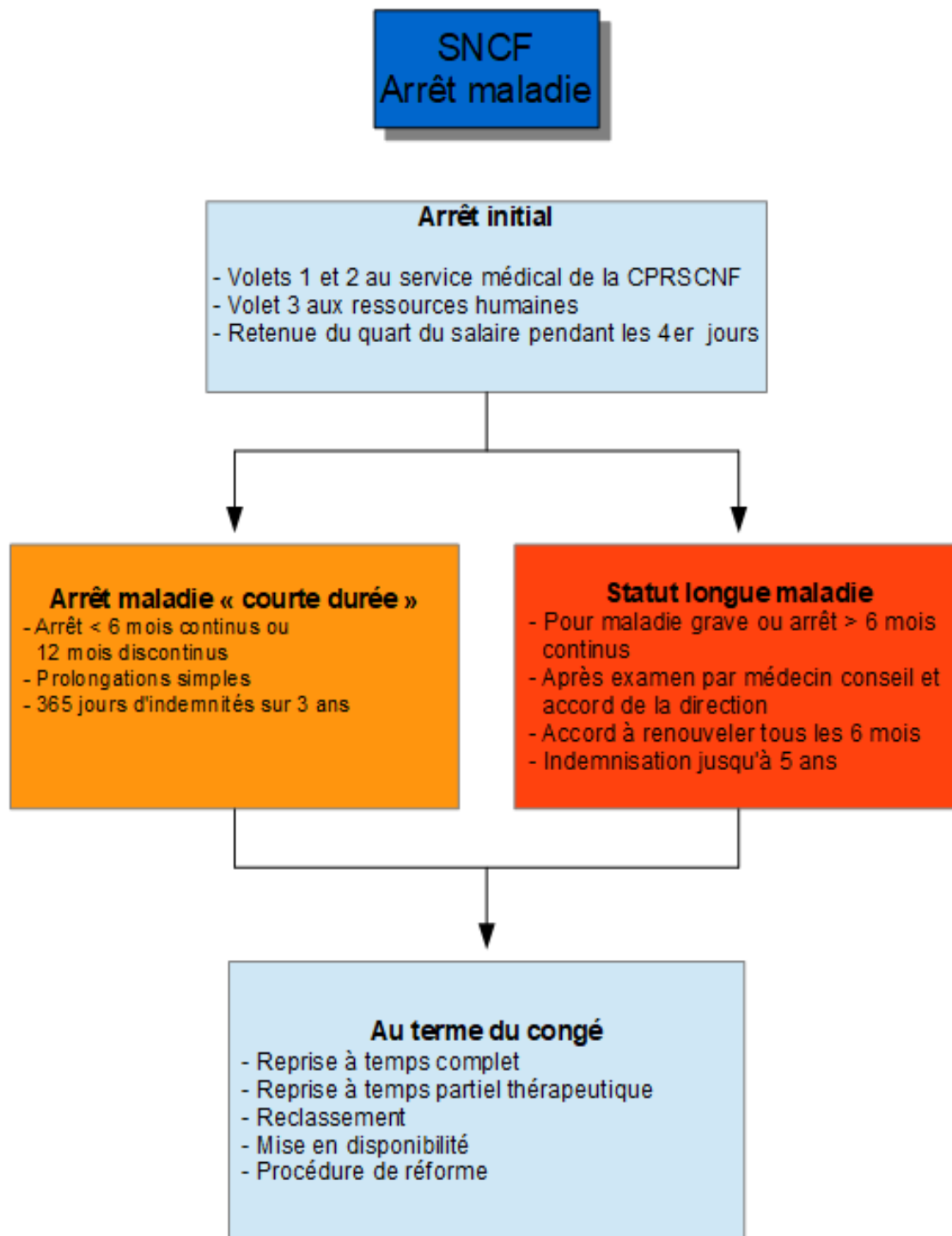


Figure 10 : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime de la SNCF

3.5.6.3 Accident du travail

Le risque professionnel est pris en charge par la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel SNCF (CPRPSCNF). Elle est régie par le titre II du livre Ier du code de la sécurité sociale, doté de la personnalité morale (Décret n° 2007-730 du 7 mai 2007). La prise en charge du risque professionnel se base sur les mêmes textes législatifs que le régime général.

Le risque professionnel est pris en charge selon les mêmes textes que la CPAM mais il y a des référentiels différents pour les prestations déléguées où la CPRPSCNF ne donne qu'un avis, c'est l'employeur qui a la décision finale pour ces prestations déléguées. (35) (36)

	Arrêt initial	Correspondants	Délai de carence	Indemnisations	Durée d'indemnisations	Visite de reprise	Temps partiel	Taux d'IPP	Présomption d'imputabilité
SNCF	Cerfa S6909 Volet n°1 et n°2 à la CPRPSCNF Volet n°4 à l'employeur	Médecin conseil CPRPSCNF Médecin du travail	aucun	Maintien du salaire	Jusqu'à la guérison ou la consolidation	Si arrêt > 30 jours	Accord de l'employeur et du médecin conseil Durée max: 365 jours sur 3 années glissantes Maintien du salaire	<10%: capital >10%: rente > 80%: RTP	oui

Tableau n° 15 : Spécificités de l'arrêt pour accident du travail pour le régime de la SNCF

SNCF Accident du travail

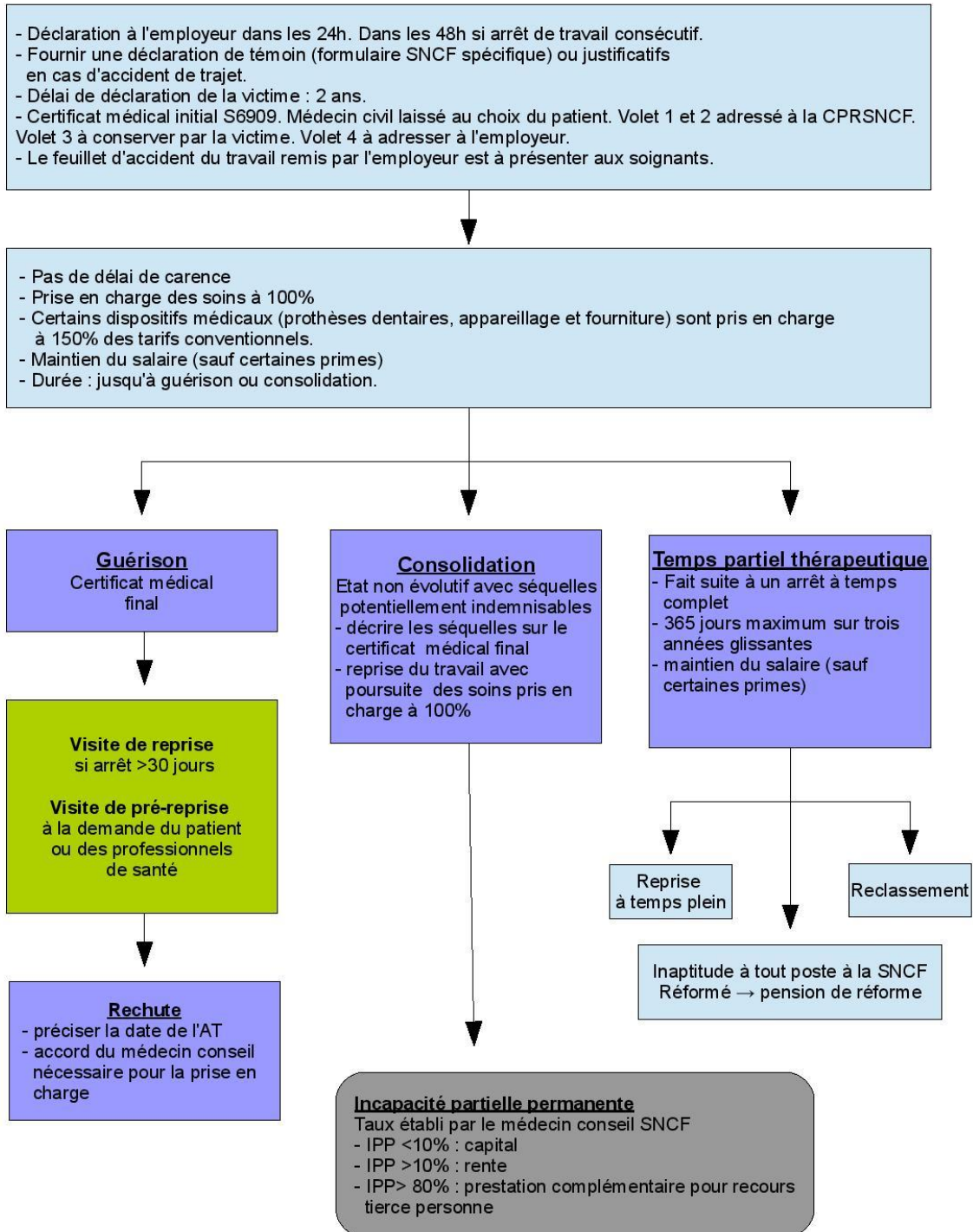


Figure 11 : Organigramme décisionnel pour les accidents du travail du régime de la SNCF

3.5.7 Régime militaire

3.5.7.1 Généralités

Le régime militaire comptait 844 343 personnes en 2016. (20)

En tant que régime spécial, la CNMSS (Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale) ne rembourse que les prestations en nature (frais de santé) de ses assurés mais ne verse pas de prestations en espèces (pas d'indemnité journalières).

Chiffres clés et nombre d'affiliés de la CNMSS : (20)

-Population protégée en 2015 : 844 057 personnes.

-Bénéficiaires d'active : 609 161 dont 367 357 assurés militaires en activité et 241 804 ayants droit (conjoint et famille).

-Bénéficiaires retraités : 234 896 dont 180913 assurés retraités.

3.5.7.2 Maladie

	Arrêt initial	Jour de carence	Correspondants	Démarches	Durée d'indemnisation	Visites obligatoires	Temps partiel thérapeutique
Militaire	Volet n°1 et 2 au médecin chef de la formation administrative Volet n°3 au commandant	1 jour de carence	Médecin des armées de la base d'affectation Médecin spécialisé des armées	Congés de position d'activité : avis du médecin des armées au 90ème jour - apte à reprendre avant 180 jours = prolongation simple - inapte avant 180 jours = avis médecin spécialisé des armées Congés de la position de non activité : à partir du 181ème jour	- Congés de position d'activité : 180 jours - Congés de la position de non activité : durée selon type de congé et statut militaire	Visite de reprise obligatoire si arrêt > ou = 21 jours	Non

Tableau n°16 : Spécificités des arrêts maladie pour le régime militaire

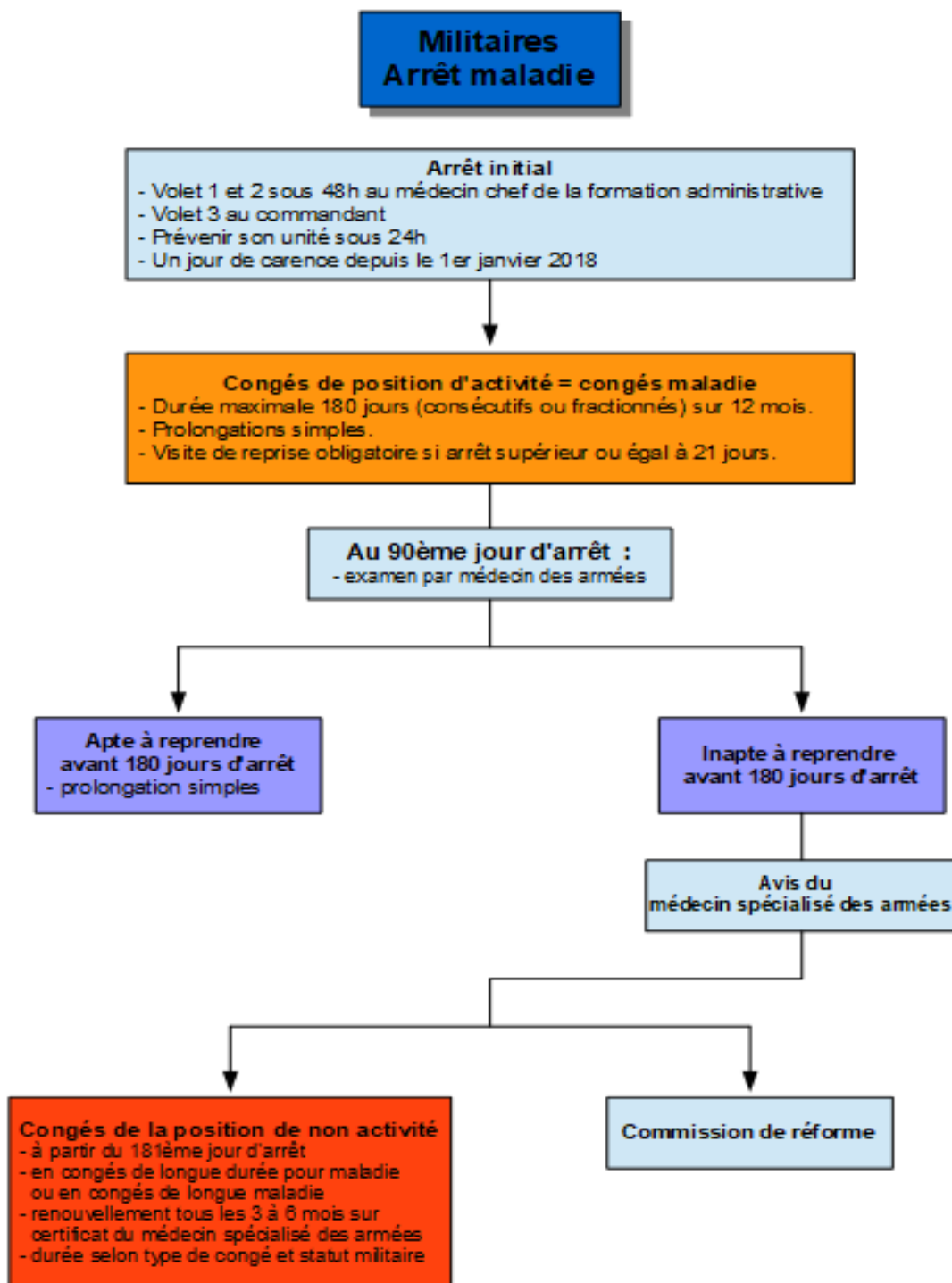


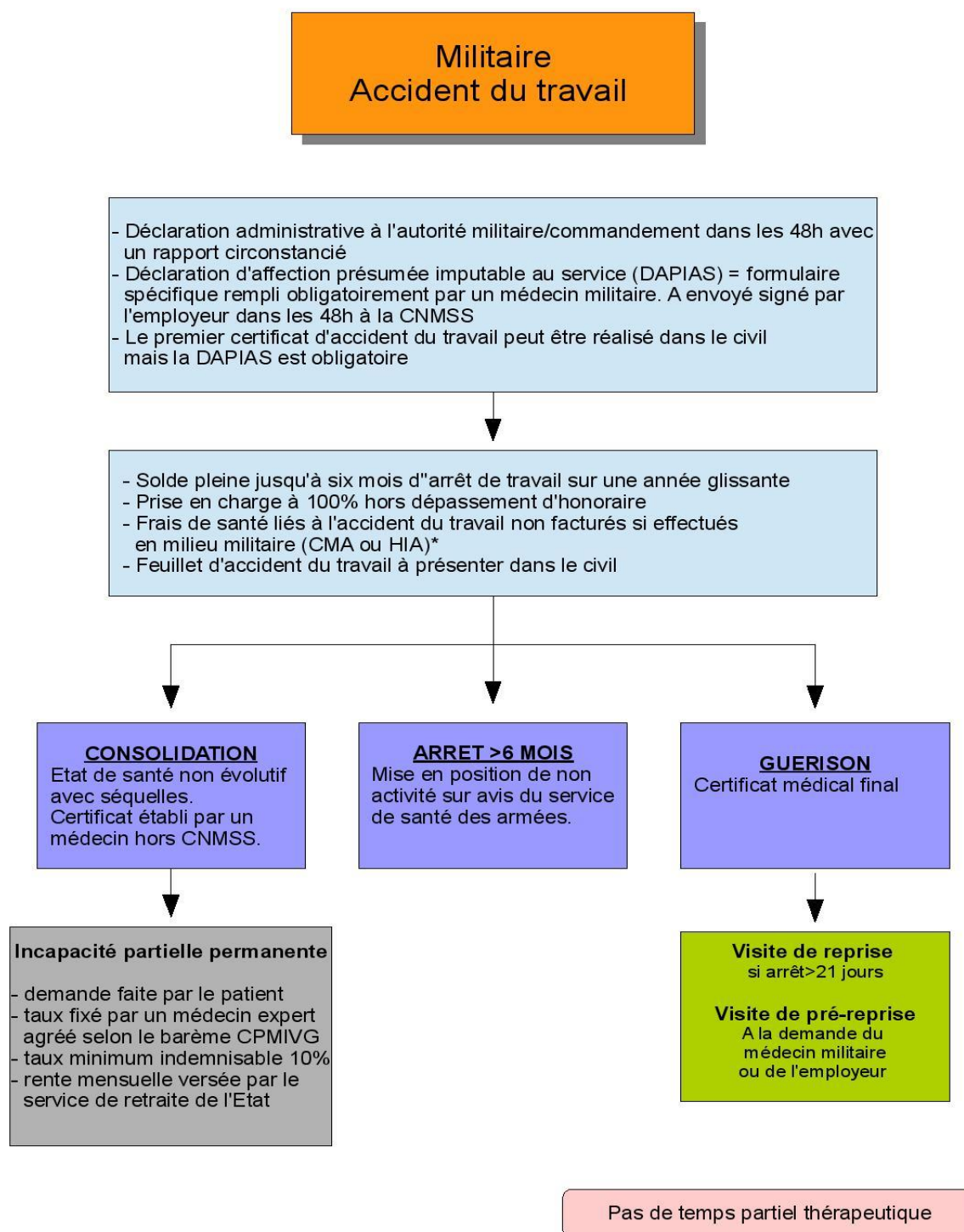
Figure 12 : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime militaire

3.5.7.3 Accident présumé imputable au service (APIAS)

La CNMSS est chargée du règlement des soins dispensés en milieu civil liés à une affection présumée imputable au service (APIAS) depuis le 1^{er} Janvier 2004. Cette mission, déléguée par le ministère de la Défense, a fait l'objet d'une convention entre la Direction centrale du Service de santé des armées (DCSSA) et la CNMSS. Elle prend en charge les soins liés à un APIAS reçus en métropole et en Outre-Mer. Le rôle de la CNMSS est de contrôler l'ouverture des droits, assurer le contrôle médical des frais de santé engagés, rembourser les frais de santé engagés des APIAS et des pensions militaires d'invalidité (PMI). Elle ne verse pas de prestations en espèces. Art R211-1 du Code des pensions civiles et militaires de retraite(CPMI). (37) (38)

	Arrêt initial	Correspondants	Délai de carence	Indemnisations	Durée d'indemnisations	Visite de reprise	Temps partiel	IPP	Présomption d'imputabilité
Militaires	DAPIAS seule ou Cerfa S6909 + DAPIAS Déclaration administrative à l'employeur	Médecin conseil CNMSS	aucun	maintien de la solde pleine	6 mois	si arrêt > 21 jours	N'existe pas pour les militaires d'active	< 10% : pas d'indemnisation > 10%: PMI	Non, la victime a la charge de la preuve

Tableau n° 17 : Spécificités des arrêts pour un APIAS pour le régime des militaires



* Centre médical des armées ou Hôpital d'instruction des armées

Figure 13 : Organigramme décisionnel pour les arrêts pour APIAS du régime militaire

3.5.8 Personnel des industries électriques et gazières (IEG)

3.5.8.1 Généralités

Le personnel des industries électriques et gazières est défini par l'annexe de l'article 1 du Décret n°46-1541 du 22 juin 1946. Il regroupe les salariés de 160 entreprises dont les plus connues sont EDF et ENGIE (ex GDF-SUEZ). (39)

Les textes de références sont :

- Décret n°46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières (40)
- Arrêté du 13 septembre 2011 portant règlement spécial du contrôle médical du régime spécial de sécurité sociale des industries électriques et gazières (41)
- Décret n° 2017-996 du 10 mai 2017 modifiant le décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières qui s'applique à partir du 1er janvier 2018. (42)

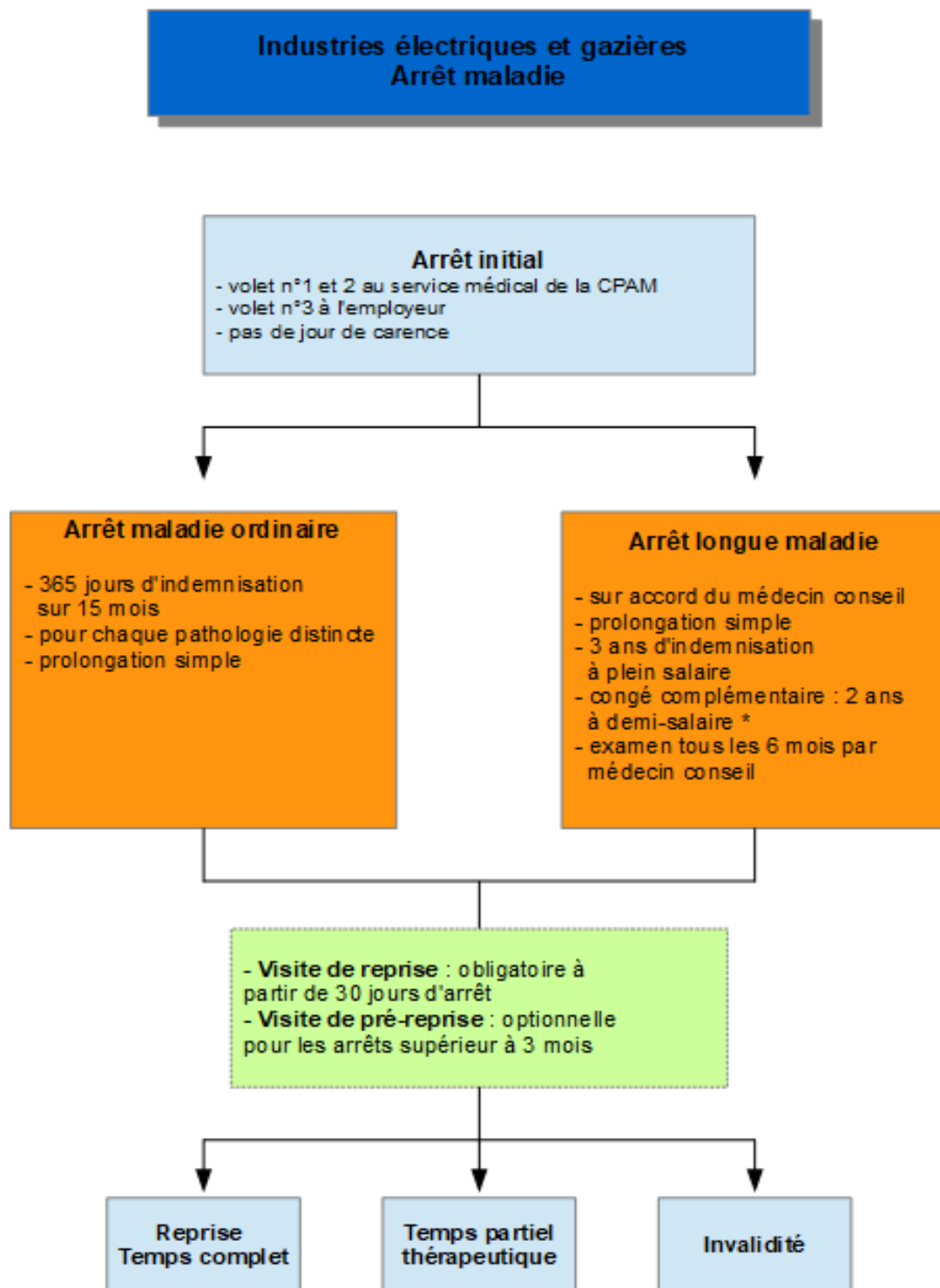
La CAMIEG ne disposant pas d'un contrôle médical qui lui est propre, les dossiers des patients sont examinés par le Service médical de l'Assurance Maladie. (43)

3.5.8.2 Maladie

Les personnels des IEG sont assurés sur le plan maladie par la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (CAMIEG) qui comptait fin 2016 près de 522 000 bénéficiaires. (22)

	Arrêt initial	Jour de carence	Correspondants	Démarches	Durée d'indemnisation	Visites obligatoires	Temps partiel thérapeutique
CAMIEG	Volet n°1 et 2 au service médical de la CPAM Volet n°3 à l'employeur	Pas de jour de carence	Médecin conseil de la CPAM Médecine du travail	- "Arrêt maladie ordinaire" : prolongation simple - "Arrêt longue maladie" : sur accord du médecin conseil puis prolongation simple, examen tous les 6 mois par médecin conseil	- "ordinaire" : 365 jours d'indemnisation sur 15 mois pour chaque pathologie distincte - "longue maladie" : 3 ans - "congé complémentaire" : 2 ans, en cours de suppression	Visite de reprise avec médecin du travail si arrêt > 30 jours	- Sur accord médecin conseil - "ordinaire" : 6 mois maximum - "longue maladie" : 12 mois maximum

Tableau n° 18 : Spécificités des arrêts maladie pour le régime de la CAMIEG



*suppression progressive à compter du 1er janvier 2018

Figure 14 : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie du personnel des industries électriques et gazières

3.5.8.3 Accident du travail

La gestion du risque AT-MP pour les assurés du régime spécial des IEG est répartie entre :

- les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie (après déclaration de ces derniers) et la prise en charge des prestations en nature liées à l'AT.
- l'employeur de la victime pour le maintien du salaire pendant les arrêts de travail liés à l'AT.
- la Caisse Nationale de retraite des Industries Electriques et Gazières (CNIEG) et la médecine-conseil du régime spécial des IEG : versement des prestations en espèces (rente ou capital),
- le médecin-conseil du régime spécial des IEG : suivi médical du dossier. (44)

La CNIEG est créée le 1^{er} Janvier 2005 par la loi du 9 Aout 2004. Elle couvre les risques vieillesse (retraite), accidents du travail, maladies professionnelles, invalidité et décès pour les salariés de la branche des industries électriques et gazières en France. Elle est engagée envers l'Etat en tant que régimes de Sécurité Sociale, contractualisée via les Conventions d'Objectifs et de Gestions (COG). Les travailleurs affiliés au régime spécial de retraites des industries électriques et gazières sont les agents bénéficiant du statut national du personnel de ces industries. La CNIEG compte 141 836 affiliés en 2016. Les prestations servies par la CNIEG en 2016 pour le risque accident du travail et maladies professionnelles s'élèvent à 63 millions d'euros. (45)

	Arrêt initial	Correspondants	Délai de carence	Indemnisations	Durée d'indemnisations	Visite de reprise	Temps partiel	IPP
IEG	Cerfa S6909	Médecin conseil IEG CNIEG CPAM	aucun	Maintien du salaire	Jusqu'à la guérison ou la consolidation	Pas de données spécifiques retrouvées	Pas de données spécifiques retrouvées	<10%:capital >10%: rente > 80%: RTP

Tableau n° 19 : Spécificités des arrêts pour accident du travail pour le régime des industries électriques et gazières

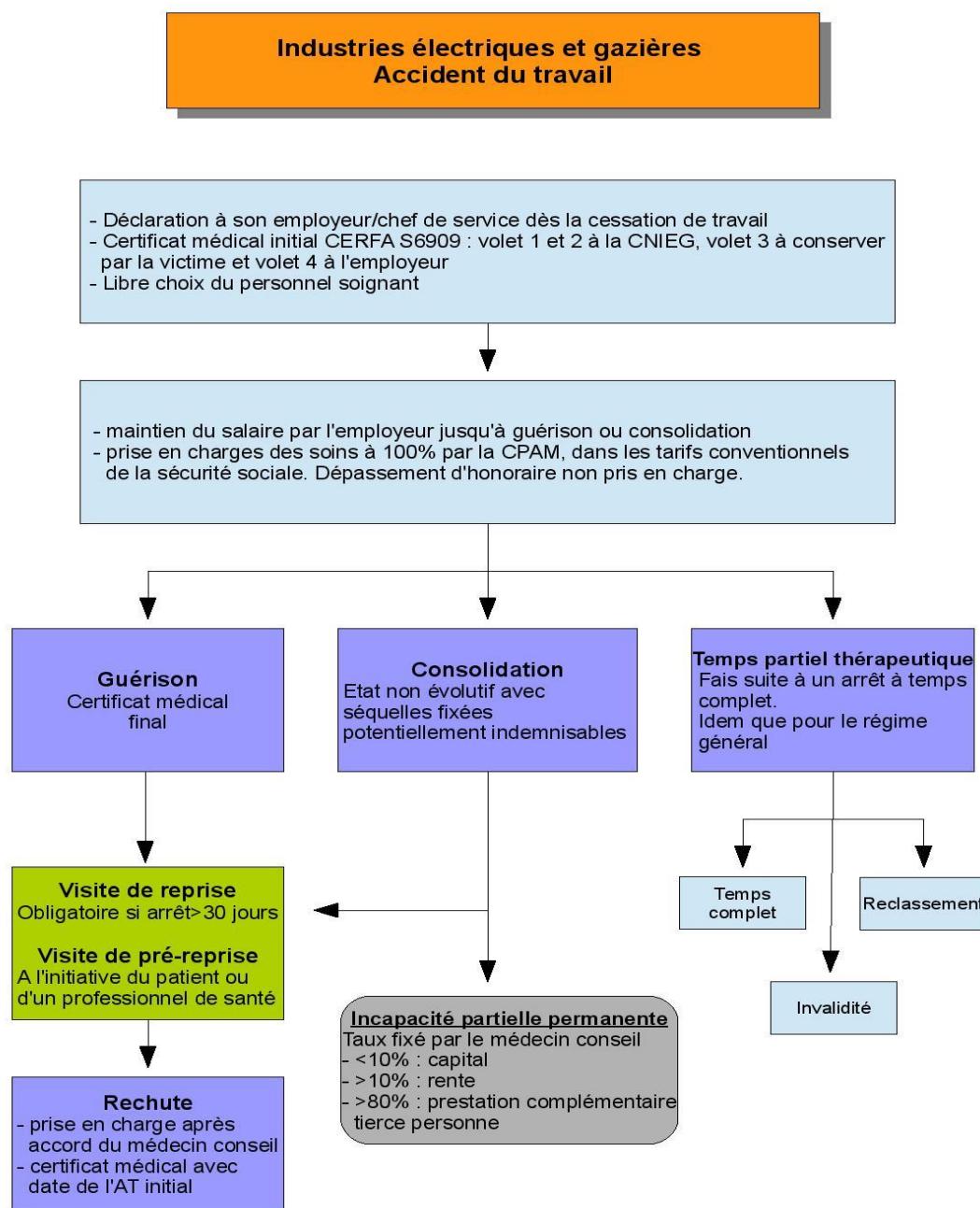


Figure 15 : Organigramme décisionnel pour les arrêts pour accident du travail du personnel des industries électriques et gazières

3.5.9 Tableaux de synthèse

	Régime général	MSA exploitant	Régime des indépendants	Fonctionnaires	Militaire	CAMIEG	CPRPSNCF
Arrêt initial	Volet n°1 et 2 à la CPAM Volet n°3 à l'employeur	Volet n°1 et 2 à la MSA Volet n°3 à conserver par l'exploitant	Volet n°1 et 2 au service médical de la Sécurité sociale des indépendants Volet n°3 à conserver par le patient	Volet n°1 à conserver par le patient Volet n°2 et 3 à l'administration	Volet n°1 et 2 au médecin chef de la formation administrative Volet n°3 au commandant	Volet n°1 et 2 au service médical de la CPAM Volet n°3 à l'employeur	Volet n°1 et 2 à la CPRPSNCF Volet n°3 aux ressources humaines
Jour de carence	3 jours de carence	7 jours en cas de maladie 3 jours en cas d'hospitalisation	7 jours de carence en maladie (sauf si arrêt > 7 jours alors 3 jours de carence) 3 jours en cas d'hospitalisation	1 jour de carence	1 jour de carence	Pas de jour de carence	Retenue du quart du salaire pendant les 4er jours
Correspondants	Médecin conseil de la sécurité sociale Médecin du travail	Médecin conseil de la MSA Pas de médecine du travail	Médecin conseil de la Sécurité sociale des indépendants Pas de médecine du travail	Médecine statutaire = comité médical départemental constitué de médecins agréés Médecine de prévention	Médecin des armées de la base d'affectation Médecin spécialisé des armées	Médecin conseil de la CPAM Médecine du travail	Médecin conseil de la CPRPSNCF

Tableau n°20 : Synthèse des spécificités des arrêts maladie selon le régime de sécurité sociale 1ère partie

	Régime général	MSA exploitant	Régime des travailleurs indépendants	Fonctionnaires	Militaire	CAMIEG	CPRPSNCF
Démarches	- "Arrêt ordinaire" si < 6 mois consécutifs et hors ALD : prolongation simple - "Arrêt longue maladie" si arrêt > 6 mois consécutifs : accord obligatoire du médecin conseil CPAM avec mise en ALD (exonérante ou non)	- "Arrêt ordinaire" si < 6 mois consécutifs et hors ALD : prolongation simple - "Arrêt longue maladie" si arrêt > 6 mois consécutifs : accord obligatoire du médecin conseil MSA avec mise en ALD (exonérante ou non)	- "Arrêt ordinaire" si < 6 mois consécutifs et hors ALD : prolongation simple - "Arrêt longue maladie" si arrêt > 6 mois consécutifs : accord obligatoire du médecin conseil RSI avec mise en ALD (exonérante ou non)	- CMO : arrêt < 6 mois consécutifs = prolongation simple, arrêt > 6 mois = avis du CMD - CLM : liste non restrictive de pathologie, sur avis du CMD, à renouveler tous les 3 à 6 mois - CLD : liste restrictive, sur avis du CMD, à renouveler tous les 3 à 6 mois	Congés de position d'activité : avis du médecin des armées au 90ème jour - apte à reprendre avant 180 jours = prolongation simple - inapte avant 180 jours = avis médecin spécialisés des armées Congés de la position de non activité : à partir du 181ème jour	- "Arrêt maladie ordinaire" : prolongation simple - "Arrêt longue maladie" : sur accord du médecin conseil puis prolongation simple, examen tous les 6 mois par médecin conseil	- "Arrêt courte durée" si < 6 mois consécutifs : prolongation simple - "Arrêt longue maladie" pour maladie grave ou arrêt > 6 mois continus : après examen par médecin conseil et accord de la direction, à renouveler tous les 6 mois
Durée d'indemnisation	- "ordinaires" : 360 jours sur 3 ans - "longue maladie" : 3 ans	- "ordinaires" : 360 jours sur 3 ans - "longue maladie" : 3 ans	- "ordinaires" : 360 jours sur 3 ans - "longue maladie" : 3 ans	- CMO : 12 mois - CLM : 3 ans - CLD : 5 ans	- Congés de position d'activité : 180 jours - Congés de la position de non activité : durée selon type de congé et statut militaire	- "ordinaire" : 365 jours d'indemnisation sur 15 mois pour chaque pathologie distincte - "longue maladie" : 3 ans - "congé complémentaire" : 2 ans, en cours de suppression	- "Arrêt courte durée" : 365 jours sur 3 ans - "Arrêt longue maladie" : jusqu'à 5 ans
Visites obligatoires	Visite de reprise avec médecin du travail si arrêt > 30 jours	Pas de visite de reprise	Pas de visite de reprise	Fin du congé : - avis CMD pour CMO de 12 mois - avis CMD et spécialiste agréé pour CLM et CLD	Visite de reprise obligatoire si arrêt > ou = 21 jours	Visite de reprise avec médecin du travail si arrêt > 30 jours	?
Temps partiel thérapeutique	- Doit faire suite à un arrêt à temps complet (sauf ALD) - Sur accord médecin conseil et employeur - Organisé par médecin du travail - Durée max : 1 an	Possible à partir du 01/01/18	Possible depuis le 1er mai 2017 - faire suite à un arrêt à temps complet (sauf ALD) - 90 jours sur 3 ans (270 jours sur 4 ans en ALD)	- Sur accord du CMD - à renouveler tous les 3 mois - durée max : 1 an	Non	- Sur accord médecin conseil - "ordinaire" : 6 mois maximum - "longue maladie" : 12 mois maximum	- Sur accord médecin conseil - 365 jours sur 3 ans

Tableau n° 21 : Synthèse des spécificités des arrêts maladie selon le régime de sécurité sociale 2ème partie

	Regime général	Salariés agricoles	Non salariés agricoles	Fonction publique	SNCF	Militaires	IEG	Indépendants
Arret initial	Cerfa S6909 Volet n°1 et n°2 à la CPAM Volet n°4 à l'employeur	Cerfa S6909 Volet n°1 et n°2 à la MSA Volet n°4 à l'employeur	Cerfa S6909 Volets n°1 et n°2 à la MSA	Cerfa S6909 Volet n°2 et n°3 à son administration Volet n°1 à conserver par le patient	Cerfa S6909 Volet n°1 et n°2 à la CPRSNCF Volet n°4 à l'employeur	DAPIAS seule ou Cerfa S6909 + DAPIAS Déclaration administrative à l'employeur	Cerfa S6909	sans objet
presomption d'imputabilité	oui	oui	La charge de la preuve est à la victime en cas d'accident de trajet ou de rechute	oui depuis 2017	oui	non	oui	sans objet
Correspondants	Médecin conseil de la CPAM Médecin du travail	Médecin conseil de la MSA Médecin du travail	Médecin conseil de la MSA	Médecin agréé par l'administration	Médecin conseil CPRSNCF Médecin du travail	Médecin conseil CNMSS	Médecin conseil IEG CNIEG CPAM	sans objet

Tableau n° 22 : Synthèse des spécificités des arrêts pour accident du travail selon le régime de sécurité sociale 1ère partie

	Regime général	Salariés agricoles	Non salariés agricoles	Fonction publique	SNCF	Militaires	IEG	Indépendants
Délai de carence	aucun	aucun	7 jours	aucun	aucun	aucun	aucun	sans objet
Indemnités	60% du salaire jusqu'à J28 puis 80% à partir de J29	60% du salaire jusqu'à J28 puis 80% à partir de J29	60% du 1/365ème du gain forfaitaire annuel jusqu'à J28 puis 80%,	Maintien du salaire	Maintien du salaire	Maintien de la solde pleine	Maintien du salaire	sans objet
Durée d'indemnités	Jusqu'à la guérison ou la consolidation	Jusqu'à la guérison ou la consolidation	Jusqu'à la guérison ou la consolidation	Jusqu'à la guérison ou la consolidation	Jusqu'à la guérison ou la consolidation	6 mois	Jusqu'à la guérison ou la consolidation	sans objet
PEC des soins	100% des tarifs de la Sécurité sociale	100% des tarifs de la Sécurité sociale	100% des tarifs de la Sécurité sociale	100% des tarifs de la Sécurité sociale	100% des tarifs de la Sécurité sociale	100% des tarifs de la Sécurité Sociale	100% des tarifs de la Sécurité Sociale	sans objet
Temps partiel	Cerfa S6909 Accord de l'employeur et du médecin conseil Durée max: 1 an (365j sur 3 années glissantes)	Cerfa S6909 Accord de l'employeur et du médecin conseil Durée max : 1 an (365j sur 3 années glissantes)	Depuis le 1er Janvier 2018	2 certificats médicaux sur papiers libres ou CERFA S6909 Durée max: 6 mois renouvelable 1fois	Accord de l'employeur et du médecin conseil Durée max: 365jours sur 3 années glissantes Maintien du salaire	N'existe pas	Pas de données spécifiques retrouvées	sans objet
Visite de reprise	Si arrêt > 30 jours	Si arrêt > 30 jours	pas de visite de reprise	Si arrêt > 30 jours	Si arrêt > 30 jours	Si arrêt > 21 jours	Pas de données spécifiques retrouvées	pas de médecine du travail
Indemnités en fonction du taux d'IPP	<10%:capital >10%: rente > 80%: RTP	<10%:capital >10%: rente > 80%: RTP	< 30%: pas d'indemnisation >30% :rente	>10% : rente	<10%:capital >10%: rente > 80%: RTP	> 10%: pension	<10%:capital >10%: rente > 80%: RTP	sans objet

Tableau n° 23 : Synthèse des spécificités des arrêts pour accident du travail selon le régime de sécurité sociale 2ème partie

3.5.10 En pratique pour tous les régimes :

3.5.10.1 Arrêt Maladie :

Pour l'arrêt maladie, le Cerfa n°500693#05 est utilisable pour tous les régimes.

3.5.10.2 Accident du travail :

-Le médecin doit mettre la mention « AT » sur ses prescriptions ainsi que la date de l'AT.

-Les formulaires Cerfa S6909 « Accident du travail – Maladies professionnelles », Cerfa S6201 « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle », formulaire CNAMTS 649.03.01 « protocole pour soins après consolidation » peuvent être utilisés pour tous les régimes.

Le Cerfa S6201 doit être présenté par le patient à chaque consultation, chaque soin lié à l'AT pour pouvoir bénéficier de l'avance des frais.

Lorsque le Cerfa S6201 est totalement rempli, le patient doit le renvoyer à sa caisse de protection sociale ; qui lui en délivrera un nouveau.

En cas de multiples accidents du travail, ayant entraînés chacun une IPP, le patient peut bénéficier d'une rente si le cumul des taux d'IPP est supérieur au taux règlementaire pour accéder à une rente ou une pension.

3.5.10.3 Le temps partiel thérapeutique :

Il est défini par l'article L 323-3 du CSS.

Il doit faire suite à un arrêt à temps complet (minimum un jour) sauf dans le cadre d'une pathologie en ALD.

Selon le CSS, il faut retenir l'indication de prescription d'un temps partiel thérapeutique :

« -si la reprise du travail et si le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré » ;

« -soit si l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé. »

Le temps partiel thérapeutique doit être anticipé par le médecin et le patient. Il faut orienter le patient vers le médecin du travail avant de prescrire le temps partiel thérapeutique pour que le médecin du travail puisse organiser le temps de travail.

L'accord de l'employeur et du médecin conseil est toujours nécessaire.

3.6 Validation des résultats

A la date du 18/01/18 nous avons seulement eu une réponse de deux caisses nationales à la suite des premiers envois de courriers le 08/12/18.

Pour le régime général, le docteur Geneviève MOTYKA Directrice de Cabinet du Médecin Conseil National la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) a soumis nos travaux aux services compétents. Elle a proposé de nous rencontrer pour échanger sur les relations entre les jeunes médecins et l'assurance maladie. Nous attendons leurs remarques pour le moment.

Pour le régime de la CAMIEG, le directeur adjoint Mr GUILLOTEAUX Sylvain nous a répondu. Ce régime ne disposant de pas de médecin conseil il a fait suivre notre courrier au médecin conseil national de la médecine de contrôle des IEG (Industries Electriques et Gazières). Poste que nos recherches n'avaient pas trouvé.

Nous avons relancé les cinq autres caisses par courrier avec accusé de réception à la date du 20/01/17. Nous n'avons pas eu de retour de la CAMIEG ni du régime général quant à la validation de nos données.

3.7 Diffusion de l'outil

Nous n'avons pu diffuser notre outil sur internet. D'une part car aucune caisse n'a validé notre travail à l'heure actuelle. D'autre part parce que la charge de travail que représentait la création d'un site internet ne permettait pas de le créer dans un délai satisfaisant. Nous nous sommes rapprochés par l'intermédiaire du Pr LETRILLIART d'anciens thésards de la faculté de médecine de Nice ayant fait un travail similaire sur les certificats médicaux. Nous envisageons éventuellement de compléter leur site internet www.certifmed.fr.

4 DISCUSSION :

Nous avons réalisé cette revue des données réglementaires pour mettre en évidence les potentielles différences entre les régimes d'assurance lors de la prescription de repos dans le cadre d'un arrêt maladie ou d'arrêt pour un accident du travail. Il nous semblait que la diversité et la complexité de fonctionnement des régimes d'assurance maladie représentaient une difficulté pour le médecin.

L'objectif principal de la thèse a été partiellement réalisé. Nos recherches nous ont permis de collecter des données pour établir une base documentaire pour guider le médecin dans la prescription de repos en cas de maladie ou d'accident du travail. Cette base documentaire a pour but de permettre au médecin d'informer le patient sur ses droits et ses démarches dans ce contexte et de simplifier la prescription de repos.

La création d'une base documentaire synthétique d'aide à la prescription de repos en fonction du régime du patient est une des forces de cette thèse. En effet, nous n'avons pas trouvé de guide synthétique existant sur ce sujet au cours de nos recherches. Lors de cette revue des données réglementaires, nous avons constaté la difficulté de trouver des informations fiables et claires en peu de temps. Les textes législatifs sont souvent abstraits, peu clairs. L'usage du site Légifrance est peu aisé pour des personnes n'ayant pas fait d'études de droit. Cela participe à la complexité et à la difficulté d'obtenir les informations. Devant les changements fréquents de législation et de la complexité de textes des lois, cet outil simple à destination des médecins, a la vocation de faciliter le parcours du patient et la communication entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge du risque maladie et du risque d'accident du travail. L'usage de cet outil pourrait être un gain de temps pour chaque acteur impliqué dans la gestion administrative des arrêts maladie et des arrêts pour un accident du travail. Cette base documentaire permet d'accéder rapidement et de façon synthétique aux informations nécessaires aux médecins pour la prise en charge et le suivi sur le plan « administratif » de son patient en arrêt.

Cependant il existe un biais méthodologique. N'ayant pas fait d'études de droit, nous n'avons pas de formation, ni d'expérience dans la recherche bibliographique législative (notamment sur le site de Légifrance). La dissémination des données dans de nombreuses sources (Code de la Sécurité Sociale, Code rural et de la pêche maritime, Code du Travail, décrets, circulaires, notes de services, site des caisses...) en a rendu la collecte peu aisée et

potentiellement incomplète. Par exemple, nous n'avons pas trouvé les textes législatifs ou des données émanant de sites fiables pour la visite de reprise et les modalités du temps partiel thérapeutique pour les personnels des IEG. Nous avons aussi eu beaucoup de difficultés à trouver les textes officiels pour le régime de la SNCF. Nous ne les avons pas trouvés sur le site Légifrance, ni dans le code de la sécurité sociale ni dans les conventions collectives. Ces textes sont codifiés par « Le statut des relations collectives entre SNCF, SNCF Réseau, SNCF mobilités constituant le groupe public ferroviaire et leurs personnels ». Or il s'agit d'un texte interne qui ne doit pas être reproduit ni diffusé en dehors de l'entreprise. Il a été trouvé par des voies officieuses sur internet sur les sites de syndicats de cheminots.

D'autre part, nous n'avons pas pu obtenir d'entretien avec tous les médecins conseils des caisses des régimes étudiés. Nous n'avons pas non plus fait de recherche sur les organismes complémentaires de sécurité sociale (mutuelle, prévoyance) ni sur les conventions collectives des entreprises privées. Les conventions collectives peuvent prévoir par exemple un délai de carence réduit, un montant d'indemnisation plus important (maintien du salaire). Les prestations servies au patient dans le cadre d'un arrêt ne dépendent pas donc uniquement de la caisse de sécurité sociale à laquelle il est affilié. Il existe plusieurs centaines de conventions collectives en France. (46)

Le nombre de régimes étudiés est aussi une des limites de notre thèse (7 régimes étudiés sur près d'une vingtaine). Nous avons choisi d'étudier les régimes à grands effectifs, les plus prévalents donc en soins primaires. Nous avons limité nos recherches aux plus importants régimes pour plus de pertinence et pour des questions pratiques de temps de recherche et d'élaboration de la thèse.

Une autre des limites de notre travail est l'obsolescence programmée de notre base documentaire au vu des modifications législatives fréquentes ces deux dernières années.

Cette revue des données réglementaires nous a permis de constater qu'il existe des différences entre les régimes pour les prestations servies pour le risque maladie et pour le risque accident du travail. Pour le risque maladie, les différences portent sur les congés longue maladie et leurs modalités, le délai de carence, la durée d'indemnisations et les correspondants auxquels s'adresser. Pour le risque accident du travail, ces différences portent sur le délai de carence, le montant et la durée des indemnités perçues, le temps partiel thérapeutique, les taux d'IPP

donnant accès à une rente ainsi que sur les démarches pour obtenir une indemnité pour une incapacité partielle permanente et les organismes auxquels s'adresser. Pour un même risque, les patients ne sont donc pas égaux et n'ont pas tout à fait le même parcours. Leurs droits et les démarches à effectuer diffèrent en fonction du régime auquel ils appartiennent et n'ouvrent pas droit aux mêmes prestations.

Pour le médecin de soins premiers, il n'y a pas de spécificités de régimes lors de la prescription de repos initiale, seuls les organismes auxquels doivent être adressé le certificat, ainsi que la possibilité ou non de télétransmettre diffèrent.

Pour les militaires, en cas d'accident lié au service, il faudra préciser au patient qu'il doit aussi faire établir une DAPIAS par un médecin militaire.

Les spécificités de régimes à prendre en compte par le médecin, apparaissent lorsque le patient présente une incapacité partielle permanente et/ou une incapacité à reprendre son poste de travail. Les démarches à effectuer par le patient sont différentes en fonction de son régime d'assurance : pour faire reconnaître l'incapacité, pour être indemnisé, pour être reclassé, licencié pour inaptitude ou mis en retraite pour inaptitude. Il doit s'adresser et être pris en charge par plusieurs acteurs, acteurs qui sont différents en fonction du régime d'assurance. Cette base documentaire permettrait au médecin d'informer et d'orienter son patient pour les démarches à suivre dans ce contexte. En effet, le médecin traitant ne reçoit pas de formation relative à la prise en charge du risque maladie et professionnel des régimes spéciaux lors du deuxième et troisième cycle des études médicales.

Nous n'avons pas pu réaliser l'objectif secondaire de cette thèse. Nous avons élaboré des fiches récapitulatives à partir de cette revue des données réglementaires, à destination des médecins, pour faciliter la prescription de repos en fonction du régime du patient. Mais nous n'avons pas pu réaliser de site internet dans l'objectif de diffuser ces fiches, dû à une contrainte de temps et de moyens (validation des données, construction du site, demande de certification HONcode). De plus, nous ne pourrions pas à terme gérer la maintenance et la mise à jour des données sur un site internet. Nous avons donc renoncé à cet objectif.

Nous avons contacté les deux anciens internes de médecine générale de la Faculté de médecine de Nice. Leur travail de thèse en 2014 a abouti à la création d'un site internet www.certifmed.fr. Ce site a été conçu pour « mettre place un **outil d'aide à la décision concernant les demandes de certificats médicaux** et d'évaluer son intérêt pour la pratique quotidienne des médecins en soins primaires ». Nous leur avons proposé la mise en ligne de nos fiches récapitulatives sur leur site internet.

D'autre part, les documents adressés aux différentes caisses n'ont pas été validés. Ne pouvant pas par la suite maintenir ces documents à jour via une veille documentaire, nous ne souhaitons pas diffuser ces données pour le moment.

4.1 Quelles sont les raisons de cette opacité et de la complexité du système de sécurité sociale français ?

Cette complexité est due à l'histoire de la construction de la protection sociale en France. Avant les ordonnances de 1945 pour la création de la Sécurité sociale, il existait déjà des organismes de protection sociale pour certaines professions, en voici deux exemples.

En 1850, une caisse de prévoyance est créée par la Compagnie des Chemins de Fer. Puis le décret du 6 Août 1938 instaure un régime d'assurance maladie, maternité, vieillesse et invalidité pour les salariés de la Société Nationale des Chemins de fer français. (47)

La création des organismes de protection sociale des agriculteurs est aussi antérieure à 1945. Ce sont les lois du 4 Juillet 1900, du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 qui entérinent la création d'une protection sociale spécifique aux agriculteurs (48). À la suite de la création de la Sécurité Sociale ces régimes n'ont pas souhaité être intégrés au régime général. Les prestations servies par ces régimes étaient plus avantageuses que le régime général pour les français qui en bénéficiaient. (49)

4.2 Evolution législative participant à la complexité de la prescription et de la prise en charge des patients :

Depuis la création de la Sécurité Sociale par l'ordonnance du 4 Octobre 1945 jusqu'à nos jours, il y a eu de nombreux changements d'organisation des régimes de protection sociale et des prestations servies aux assurés. Depuis le début de cette revue de la littérature (Juillet 2016) nous avons dû mettre régulièrement les données collectées à jour à la suite de la parution de nouveaux décrets, de nouvelles lois et de nouvelles circulaires. Les principaux changements législatifs survenus au cours de ces 18 derniers mois sont décrits ci-dessous.

La Loi Travail (ou Loi El Khomri) d'Août 2016 et ses décrets d'application ont modifié les modalités de visite de reprise et de pré reprise du travail pour le régime général. La visite de reprise est devenue obligatoire à partir de 30 jours d'arrêt (contre 8 jours auparavant). La visite de pré reprise n'est plus obligatoire après 3 mois d'arrêt de travail. Elle est effectuée à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil ou du médecin du travail.

L'ordonnance n°2017-23 du 19 janvier 2017 pour la fonction publique inverse la charge

de la preuve en cas d'accident de service. Auparavant c'était aux fonctionnaires de prouver le lien entre leur accident et le travail. Depuis Janvier 2017, ils bénéficient de la présomption d'imputabilité. Des décrets sont en attente de parution pour établir un délai légal de déclaration de l'accident de service qui pour le moment n'existe pas. Il y a un vide juridique.

Depuis le 1^{er} Janvier 2017, les artisans et commerçants peuvent bénéficier d'un temps partiel thérapeutique. C'est la loi 2015-1702 du 21 Décembre 2015 de financement de la sécurité sociale de 2016 et le décret 2017-612 du 24 Avril 2017 qui prévoient les dispositions relatives à la mise en place du temps partiel thérapeutique et les conditions d'indemnisations pour les travailleurs indépendants artisans et commerçants.

Les non-salariés agricoles bénéficient d'un temps partiel thérapeutique depuis le 1^{er} Janvier 2018 selon l'article 63 de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2017. (50)

Les députés ont voté le 13 Décembre 2017 la fin de la sécurité sociale étudiante. La cotisation à une mutuelle étudiante est supprimée dans le cadre du projet de loi relatif à l'orientation et à la réussite des étudiants (Article 3). A partir de la rentrée 2018, les nouveaux entrants dans l'enseignement supérieur relèveront du régime de leur parents en tant qu'ayants droit : « La délégation de gestion au titre du régime de sécurité sociale étudiant est ainsi supprimée, de sorte que les nouveaux étudiants puissent à l'avenir, être des ayants droit autonomes affiliés au régime de protection de leurs parents et bénéficier à ce titre de la même qualité de service que les autres assurés » (51)

Le plan de financement de la Sécurité Sociale 2018 entérine la suppression du RSI et l'adossment de la sécurité sociale des travailleurs indépendants à l'Assurance Maladie pour « permettre aux travailleurs indépendants de bénéficier d'un système de sécurité sociale aussi efficace et rapide que celui des salariés. Cette réforme permettra également de simplifier les démarches des assurés sociaux dans leur parcours professionnel en supprimant les démarches de passage d'un régime à l'autre quand un salarié devient indépendant ou l'inverse. » « Ces évolutions seront sans impact sur les spécificités de la protection sociale des indépendants décrites ci-dessous ou sur la situation en matière d'assurance vieillesse des professions libérales. » (52)

Depuis le 1^{er} Janvier 2018, le jour de carence pour maladie est rétabli pour les agents de la fonction publique et les militaires selon l'article 115 de la Loi n°2017-1837 du 30 Décembre 2017 de finances pour 2018. (53)

Ces nombreux changements nécessitent une veille documentaire que le médecin peut difficilement réaliser. De plus, la complexité et la diversité des textes de lois, peuvent être un frein à la recherche de ces informations par le médecin seul. Il existe une volonté politique de

simplifier, d'harmoniser les régimes pour diminuer les différences par rapport au régime général. Il est dit clairement dans certains de ces textes de lois que ces changements ont vocation à simplifier le système et à assurer une même qualité de prestations à tous les citoyens. Assistet-on à une prise de conscience des organismes publics de la complexité et de l'iniquité des systèmes de protection sociale en place ?

4.3 Axes d'amélioration réalisés ou prévus par les pouvoirs publics :

Pour le grand public, les supports internet d'informations des organismes de sécurité sociale et des pouvoirs publics ont récemment évolué pour guider le citoyen avec plus de lisibilité et de clarté. Nous assistons donc à une prise de conscience des services publics sur la complexité de ce système et de l'importance de l'information du citoyen pour faciliter la compréhension de ce système. Le rapport de la commission institué par l'article L176-2 du CSS de Juin 2014 sur la sous déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles faisait le point sur les avancées des préconisations de la précédente commission de 2011 et proposait de nouveaux axes d'amélioration pour la prise en charge du risque professionnel. (54)

Il était préconisé notamment la réalisation par la CNAMTS d'un guide concernant les droits et les démarches pour les victimes d'AT-MP. Ce fut chose faite en 2012 via le site Ameli.

En Mai 2017, le site Ameli de l'Assurance Maladie connaît une refonte totale « pour la première fois depuis dix ans (...) afin d'orienter au mieux les utilisateurs ». (55)

Avant Mars 2016, il existait le site « service-public.fr » pour permettre au citoyen d'accéder à des informations relatives au service public. Il existait aussi le site « mon.service-public.fr », où était expliqué les différentes démarches administratives au sein des services publics. En Mars 2016, ils ont été fusionnés en un seul site internet « www.service-public.fr » pour faciliter les recherches et les démarches des particuliers. (56)

Au 1^{er} Janvier 2018 le site internet du RSI est modifié, il est devenu le site de la sécurité sociale des indépendants, dans le cadre de la suppression du RSI.

Il y a aussi eu une prise de conscience sur le besoin de formation des médecins sur l'arrêt maladie et l'accident du travail. En 2011, une des préconisations est une meilleure formation des médecins. L'arrêté du 8 Avril 2013 relatif au régime des études du premier et deuxième cycle des études médicales a permis de mettre en place une unité d'enseignement sur la santé au travail et l'enseignement des règles de rédaction des certificats. Il s'agit de l'UE 6 « Maladies

transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail ». L’item N° 180 « Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions et enjeux » a pour un de ces objectifs, l’enseignement de la rédaction d’un certificat médical initial. Cependant il n’est pas fait mention d’enseignements sur les régimes spéciaux de sécurité sociale (57). En 2017, l’Université Lyon 1 a mis en place un programme d’enseignements transversaux à l’intention de tous les internes de Lyon (ETIL). Il est proposé un catalogue de formations à des connaissances et/ou compétences transversales, rarement (ou insuffisamment) abordées lors des enseignements de second et de troisième cycle. On note notamment la formation n°17099 « De l’arrêt de travail à l’invalidité : comprendre et conseiller son patient (comparatif régime général / fonction publique) » (58). Nous constatons donc que la formation des médecins pour la prescription hors médicaments et examens paracliniques est d’actualité.

4.4 La prescription de repos et la prise en charge du risque accident du travail en Europe :

La prise en charge du risque accident du travail chez nos voisins européens a été étudiée par l’organisme EUROGIP qui est un organisme français, créé en 1991 pour étudier les questions relatives à l’assurance et à la prévention des accidents du travail en Europe et sur le plan international. C’est un observatoire et un centre de ressources, groupement d’intérêt public constitué par la CNAMTS et l’INRS.

En Allemagne : avant 2007, les salariés du secteur privé sont assurés obligatoirement par le Berufsgenossenschaften (BG) qui est la Caisse d’assurance des accidents du secteur privé. Les salariés du secteur public dépendent de l’Unfallversicherungsträger qui est la Caisse d’assurance des accidents du secteur public. Il existe aussi des organisations spécifiques de caisse pour les services postaux, les télécommunications et les chemins de fer, la métallurgie.... En 2007, une réforme organisationnelle fusionne ces organismes pour créer le DGUV (Deutsch Gesetzliche Unfallversicherung, Assurance accident obligatoire allemande) qui est un organisme de droit privé. Le secteur agricole ne relève pas du DGUV. Entre 2008 et 2011, 10 BG ont fusionné. La dernière fusion de la réforme concernait la BG du Bois et celle de la Métallurgie qui ont fusionné au 1er janvier 2011.

En suisse, les salariés sont assurés obligatoirement pour le risque professionnel via l’assurance de leur employeur, mais il y a 31 assureurs au total sur le pays pour le risque professionnel.

En Belgique : le risque professionnel est assuré par des assureurs privés sous contrôle d’un organisme public (le Fond pour les Accidents du Travail). Les agents du service public, les

militaires, le personnel statutaire de la SNCB (train et métro) relèvent d'une autre loi sur les AT que les salariés et bénéficient de prestations différentes des salariés (maintien de salaire, pas de délai de carence).

En Espagne : il y a un régime général pour les salariés. Depuis 2012, les salariés agricoles sont affiliés à ce régime général. Il existe aussi comme en France des régimes spéciaux, indépendants, marins, mines. L'assurance pour le risque professionnel est obligatoire sauf pour les indépendants.

En Suède, c'est l'Office national de la Sécurité sociale (Riksförsäkringsverket) qui gère l'ensemble des assurances sociales.

En Finlande, l'assurance est confiée à 12 compagnies privées généralistes, qui collectent les cotisations des employeurs, prennent les décisions en matière d'indemnisation et versent les prestations. (59)

Les autres pays européens n'ont donc pas non plus, pour la majorité, de système unique de prise en charge du risque professionnel, il y a plusieurs systèmes de sécurité sociale en fonction du type de travail qu'exerce le patient. Il est très probable, que comme en France, la plupart des régimes autre que le régime général dispose de prestations différentes pour le risque maladie et professionnel. Nous n'avons cependant pas élargi nos recherches au niveau européen car cela ne répondait pas aux objectifs primaire et secondaire de la thèse.

4.5 Amélioration de l'outil :

L'ébauche d'outil créée est à améliorer. Nous avons synthétisé les informations qui nous semblaient pertinentes en tant que jeunes médecins généralistes mais il serait intéressant d'interroger les médecins pour savoir quelles informations ils souhaiteraient avoir :

-une « hotline administrative » réactive pour chaque régime ? (Il en existe déjà une pour les militaires)

-la liste des interlocuteurs (médecin conseil, médecin du travail, assistantes sociales...) et leurs coordonnées pour chaque régime dans son département pour prévenir la désinsertion professionnelle en cas de risque d'inaptitude ?

Pour être pertinent et efficace, l'outil créé à l'issue de cette thèse doit être mis à jour régulièrement en fonction des évolutions législatives, des changements de fonctionnement des

caisses, de la modernisation des démarches à effectuer (la dématérialisation des démarches par exemple).

4.6 Perspectives :

Cette revue de la littérature soulève d'autres questions potentielles de recherche. Du côté des soignants, les médecins de soins premiers ressentent-ils le besoin de disposer d'un outil d'aide à la prescription de repos et d'aide au suivi du parcours du patient en cas de maladie et d'accident du travail ? Les particularités des régimes d'assurance maladie allongent-elles le temps ou le nombre de consultations dans le cadre d'un arrêt maladie ou d'un accident du travail ? Le médecin traitant doit-il être l'interlocuteur principal du patient pour l'aider dans ses démarches (en dehors de l'acte de prescription de repos), ou certaines missions pourraient-elles être déléguées à des assistantes sociales ? En 2011, le rapport de la commission institué par l'article L176-2 du CSS préconisait de confier aux assistantes sociales des organismes de sécurité sociale une mission d'aide à la déclaration et aux démarches administratives, ainsi qu'une mission d'information sur les droits à prestation et sur les possibilités de cumul. Le rapport de cette même commission en Juin 2014 note qu'aucunes dispositions en ce sens n'avaient été prises malgré le fait qu'il existe un service social dans les caisses régionales et leurs antennes locales. Cette mission d'accueil personnalisé n'est pas mise en place pour le moment. (54)

Du côté des patients, quelle est leur compréhension et leur ressenti par rapport à leur protection sociale lorsqu'ils présentent une incapacité partielle permanente et qu'ils ne peuvent reprendre leur poste habituel ? Un travail de thèse de type qualitatif est en cours à l'Université Lyon 1 : « Vécu des patients en arrêt longue maladie. » (Réalisé par Mme Cardis Jeanne). Nous pourrions aussi interroger ces patients pour savoir par quels moyens et par qui ils souhaiteraient être informés et guidés dans leurs démarches et de quelle manière. Il faudrait pointer les principales difficultés rencontrées sur le plan administratif et sur le plan social de l'arrêt.

La méconnaissance des médecins des systèmes et des organisations de la protection sociale pourrait être à l'origine d'une « perte de chance » sur le plan social pour le patient. Nous pourrions envisager la mise en place d'un enseignement spécifique à ces thématiques des régimes spéciaux dans le cadre du DES de médecine générale. L'objectif serait de sensibiliser les internes aux potentielles différences de prise en charge des patients en fonction de leur régime. Cela ne devrait pas être découvert et appris « sur le tas », au vu des conséquences

potentielles pour le patient. Ce type d'enseignement pourrait permettre aux futurs médecins généralistes de connaître les différents interlocuteurs de la protection sociale auxquels ils auront à faire. Cela pourrait aussi permettre de les sensibiliser à l'impact socio-professionnel que peut avoir un certificat rempli de façon non conforme ou incomplète pour le patient, et à l'impact économique pour notre société. Ils pourront par la suite orienter et conseiller au mieux leurs patients notamment dans les situations d'arrêts prolongés, d'incapacité partielle et d'inaptitude. A noter que des enseignements sont déjà dispensés par exemple à la Faculté de médecine Lyon pour les internes de médecine générale tel que l'atelier (non obligatoire) « Certificats » ou la journée d'étude « CPAM » obligatoire mais qui n'abordent que le régime général.

Nous n'avons étudié que l'arrêt maladie et l'accident du travail. Au vu des différences et de notre difficulté parfois à rassembler toutes données nécessaires, il pourrait être intéressant de réaliser une recherche similaire sur les maladies professionnelles et le congé maternité. Existe-t-il aussi des spécificités en fonction du régime d'assurance des patients ?

5 CONCLUSION :



BUREAU DU 3^{ème} CYCLE de DES de Médecine Générale
& THESES MEDECINE GENERALE ET AUTRES SPECIALITES
Bâtiment Rockefeller – 1^{er} étage – 04 26 68 82 06 - marie.rouver@univ-lyon1.fr

Nom, prénom du candidat : BRUSCHET Alain

CONCLUSIONS

La diversité et la complexité des régimes d'assurance maladie représentent une difficulté pour le médecin généraliste. L'objectif de ce travail était de réaliser un outil synthétique d'aide à la prescription diffusable sur internet, sachant qu'il n'existe pas actuellement d'outil synthétique de référence remplissant cette mission.

Nous avons effectué une revue des données réglementaires pour les sept régimes d'assurance maladie les plus importants en terme d'effectifs.

Les droits et démarches du patient en cas d'arrêt maladie ou d'accident du travail varient en fonction du régime d'assurance maladie, même si ces droits tendent à s'harmoniser au fil des années. Ce travail de thèse nous a permis de mettre en évidence l'opacité et la complexité des différents régimes de sécurité sociale en France. La multiplicité des régimes permet de couvrir toutes les catégories professionnelles de la population mais est source d'iniquité entre les patients. Les fréquents changements de législation compliquent la mise à jour des connaissances des médecins et sont source de difficultés d'accès à l'information et de compréhension pour le médecin et le patient. L'inventaire réalisé dans le cadre de cette revue pourra constituer la base d'un outil synthétique en ligne d'aide à la prescription.



BUREAU DU 3^{ème} CYCLE de DES de Médecine Générale
& THESES MEDECINE GENERALE ET AUTRES SPECIALITES
Bâtiment Rockefeller – 1^{er} étage – 04 26 68 82 06 - marie.rouyer@univ-lyon1.fr

Sa mise à disposition auprès des médecins ne pourra être effective qu'après validation par les différentes caisses concernées, cette démarche étant en cours.

Le Président de la thèse,
Professeur LETRILLIART Laurent
Signature

Vu :
Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

15 FEV. 2018

Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le



6 **BIBLIOGRAPHIE**

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les arrêts de travail | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. www.conseil-national.medecin.fr. [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-arrets-de-travail-758>
2. POLETTI B. N° 986 - Rapport d'information de Mme Bérengère Poletti déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux d'une mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les arrêts de travail et les indemnités journalières [Internet]. Assemblée Nationale. 2013 [cité 14 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i0986.asp>
3. Letrilliart L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: A systematic review. *Eur J Gen Pract.* déc 2012;18(4):219-28.
4. Wynne-Jones G, Mallen C, Main C, Dunn K. Sickness certification and the GP: what really happens in practice? *Fam Pract.* 1 juin 2010;27(3):344-50.
5. von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26(1):22-8.
6. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève; 2001. 304 p.
7. Krohne K, Brage S. New rules meet established sickness certification practice: A focus-group study on the introduction of functional assessments in Norwegian primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2007;25(3):172-7.
8. L'Assurance Maladie. Arrêts de travail : des référentiels de durée [Internet]. Ameli.fr. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/arret-travail/arrets-travail-referentiels-duree>
9. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occup Med.* 1 mars 2010;60(2):152-5.
10. Direction de la Sécurité Sociale. Les chiffres clés de la Sécurité Sociale 2016 (édition 2017) [Internet]. [cité 29 nov 2017]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_ed_2017_def_bd.pdf
11. Christian CHARPY secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale. Rapport à la commission des comptes de la Sécurité Sociale- Résultats 2016 et prévisions 2017. 2017.
12. Bilan démographique 2017 – Bilan démographique 2017 | Insee [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173?sommaire=1912926>
13. PLFSS 2015 - Annexe 11 - Document triennal : Présentation des régimes obligatoires de base [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.securite->

sociale.fr/IMG/pdf/plfss2015-annexe11.pdf

14. Spéciaux UN des R. Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale (FSSAN) [Internet]. Site Internet du Union Nationale des Régimes Spéciaux. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.unrs.fr/les-membres/fonds-de-securite-sociale-de-lassemblee-nationale-fssan-360.html>
15. Spéciaux UN des R. Régime Autonome de Sécurité Sociale du Sénat (RA3S) [Internet]. Site Internet du Union Nationale des Régimes Spéciaux. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.unrs.fr/les-membres/regime-autonome-de-securite-sociale-du-senat-ra3s-361.html>
16. Caisse des Français de l'Etranger. Chiffres et repères de la CFE 2015/2016 [Internet]. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: https://www.cfe.fr/pdf/RA_CFE16.pdf
17. Direction de la sécurité sociale. Chiffres clés de la sécurité sociale 2015 (édition 2016) [Internet]. [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_ed_2016_web.pdf
18. Ministère de la fonction publique. Fonction publique chiffres-clés 2016 [Internet]. [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/chiffres_cles/pdf/chiffres-clés_2016.pdf
19. MSA. Chiffres utiles MSA édition 2017 (national).pdf [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.msa.fr/lfr/documents/11566/48463/Chiffres+utiles+MSA+2017+%28national%29.pdf>
20. CNMSS. Rapport d'activité 2016 [Internet]. [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: http://www.cnmss.fr/documents/FlippingBook/RA2016_082017/files/assets/common/downloads/publication.pdf
21. CPRPSCNF. Chiffres clés 2016 CPRPSCNF [Internet]. [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: https://www.cprpsncf.fr/documents/20182/60442/chiffre_cles_cprpsncf_2016.pdf/bf0958e8-ac4f-4ac7-b559-09cce823f12b
22. CAMIEG. Rapport d'activité 2016 Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières [Internet]. 2016 [cité 9 oct 2017]. Disponible sur: https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Publications/RAPP-Rapport_dactivite_2016-COM-2017-07.pdf
23. RATP. Rapport d'activité de la CCAS 2015 [Internet]. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ccas-ratp.fr/lfy/documents/21511982/53879715/20160425%20RATP.RA-CCAS%20cliquable.pdf/b4f1443f-70b5-4eee-acd3-60501e44035a>
24. ENIM. Rapport d'activité ENIM 2016 [Internet]. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: http://www.enim.eu/sites/default/files/fichier_insert/rapport_dactivite_2016.pdf
25. Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires. Rapport d'activité CRPCEN 2016 [Internet]. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur:

- https://www.crpcen.fr/ra_crpcen_29mai2017.pdf
26. CAVIMAC. Rapport d'activité CAVIMAC 2016 [Internet]. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: https://www.cavimac.fr/rapport_d_activite_2016_web.pdf
 27. Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines. Rapport annuel 2015 CANSSM [Internet]. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: https://www.secumines.org/xspecial/fichiers/VR_ACT_rapport_activite_2015.pdf
 28. Code de la sécurité sociale.
 29. L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non salariés agricoles (ATEXA) | Alim'agri [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <http://agriculture.gouv.fr/lassurance-contre-les-accidents-du-travail-et-les-maladies-professionnelles-des-non-salaries>
 30. L'essentiel du RSI en chiffres. Edition 2016 - Données 2015 [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: https://www.secu-independants.fr/uploads/tx_rsrss/RSI_Essentiel_du_RSI_Edition2016_Donnees2015_BD.pdf
 31. Sécurité Sociale des Indépendants: « Nos missions » [Internet]. www.secu-independants.fr. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.secu-independants.fr/nous-connaître/qui-sommes-nous/nos-missions/?pro=artisan&act=actif&me=non>
 32. Ministère de la fonction publique. Le Répertoire Interministériel des Métiers de l'Etat [Internet]. Portail de la fonction publique. [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/biep/repertoire-interministeriel-des-metiers-de-letat>
 33. Centre national de la fonction publique territoriale. Les métiers de la fonction publique territoriale [Internet]. Le CNFPT. [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.cnfpt.fr/evoluer/metiers-fonction-publique-territoriale/repertoire-metiers?gl=ODUwMGE2Y2I>
 34. Notre histoire - Site institutionnel [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.cprpsncf.fr/notre-histoire>
 35. Dr ANDRE JACOUTON. Entretien avec le Dr ANDRE JACOUTON médecin conseil de la CPRSNCF le 15/02/2017. 2017.
 36. Décret n°2007-730 du 7 mai 2007 relatif à la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français. 2007-730 mai 7, 2007.
 37. Site internet de la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale: « Mon accident du travail » [Internet]. www.cnmss.fr. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.cnmss.fr/assure/mon-accident-du-travail-apis-affection-presumee-imputable-au-service/generalites-5114.html>
 38. Dr MARLE médecin de la CNMSS. Réponses du Dr MARLE, médecin de la CNMSS au questionnaire adressé par les chercheurs. 2017.

39. Secrétariat des Groupements d'Employeurs des Industries Electriques et Gazières. Entreprises de la Branche professionnelle des IEG- 31 décembre 2016 [Internet]. 2016 [cité 9 oct 2017]. Disponible sur: http://sgeieg.fr/sites/default/files/sgeieg/entreprises_mises_en_ligne_site_31-12-2016.pdf
40. Légifrance. Décret n°46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières | Legifrance [Internet]. Légifrance. [cité 9 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006060444>
41. Légifrance. Arrêté du 13 septembre 2011 portant règlement spécial du contrôle médical du régime spécial de sécurité sociale des industries électriques et gazières [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024611919>
42. Légifrance. Décret n° 2017-996 du 10 mai 2017 modifiant le décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières [Internet]. [cité 17 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/10/AFSS1712191D/jo/texte>
43. CAMIEG. Service Médical de l'Assurance Maladie: Camieg [Internet]. CAMIEG. [cité 9 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.camieg.fr/espace-assure/remboursements-en-pratique/service-medical-de-lam/>
44. CNIIEG-Accidents du travail et maladies professionnelles [Internet]. www.cnieg.fr. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.cnieg.fr/accueil/reglementation/particulier/atmp.html>
45. CNIIEG-Les textes fondateurs [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.cnieg.fr/accueil/cnieg/a-propos/missions/textes-fondateurs.html>
46. Conventions collectives : nomenclatures [Internet]. Ministère du Travail. 2018 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/dialogue-social/negociation-collective/conventions-collectives/article/conventions-collectives-nomenclatures>
47. Décret du 6 août 1938 fixant le régime d'assurances des agents de la Société nationale des chemins de fer français autres que ceux de l'ancien réseau d'Alsace et de Lorraine.
48. Musée national de l'Assurance maladie. La création de la MSA. [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.musee-assurance-maladie.fr/sites/default/files/users/user38/MSA.pdf>
49. Pourquoi-y-a-t-il-autant-de-régimes-de-sécurité-sociale.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <http://communication-securite-sociale.fr/wp-content/uploads/2015/06/6.-Pourquoi-y-a-t-il-autant-de-r%C3%A9gimes-de-s%C3%A9curit%C3%A9-sociale.pdf>
50. LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. 2016-1827 déc 23, 2016.
51. N° 391 - Projet de loi relatif à l'orientation et à la réussite des étudiants [Internet].

- www.assemblee-nationale.fr. [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/projets/pl0391.asp>
52. Programme du gouvernement en faveur des travailleurs indépendant 5/09/17 [Internet]. [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2017/09/20170905-dp_independants_vdef.pdf
 53. LOI n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 - Article 115. 2017-1837 déc 30, 2017.
 54. Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale. Juin 2014 [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_sous-declarato_atmp_10_07.pdf
 55. Votre site ameli se refait une santé [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/votre-site-ameli-se-refait-une-sante>
 56. Le nouveau Service-public.fr, site officiel de l'administration française, (...) - DILA [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.dila.premier-ministre.gouv.fr/actualites/actualites/le-nouveau-service-public-fr-site-officiel-de-l-administration-francaise-est-en-ligne>
 57. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales | Legifrance [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762>
 58. Catalogue d'Enseignement Transversal aux Internes de Lyon 1 (ETIL) - Faculté de médecine Lyon Est - Université Lyon 1 [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://lyon-est.univ-lyon1.fr/formation/3eme-cycle/catalogue-d-enseignement-transversal-aux-internes-de-lyon-1-etil--923789.kjsp>
 59. Rapport EUROGIP. La branche "accidents du travail - maladies professionnelles" dans les pays de l'UE-15 : Gestion, organisation, missions. Janvier 2005 [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_branche_ATMP_2005_18F.pdf

7 ANNEXES

7.1 Annexe n°1 : Courrier adressé aux médecins conseils nationaux

Bocquet Julie : julie.bocquet@icloud.com
Bruschet Alain : alainbruschet@live.fr

Lyon le //2017

À l'attention du Pr/Dr XXXX , médecin conseil national de la Caisse XXX

Madame, Monsieur,

Nous sommes internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Lyon et nous réalisons notre thèse sur les particularités des arrêts maladie et des accidents du travail en fonction des régimes d'assurance maladies des patients. Notre sujet de thèse a été validé par le collège universitaire de médecine générale de la Faculté Lyon 1. Notre travail est dirigé par le Dr Zorzi. Le Pr Letrilliart (Président), le Pr Colin (Santé Publique) et le Pr Bergeret (Médecine du Travail) font partie de notre jury.

L'objectif de notre travail est de réaliser une base documentaire sous la forme de fiches récapitulatives permettant aux médecins généralistes d'accéder, rapidement et simplement à des informations fiables pour la prescription des arrêts maladie et des arrêts en cas d'accidents du travail en fonction du régime d'assurance du patient. Chaque fiche contient, pour chaque régime de sécurité sociale étudié, une synthèse des textes législatifs officiels et des modalités pratiques.

Nous espérons que ces fiches récapitulatives pourront être une aide à la prescription des arrêts de travail pour les médecins généralistes, en leur permettant de prendre en compte les spécificités de régimes ou de fonctionnement de caisse. Et par la même occasion, de pouvoir informer au mieux les patients sur les démarches à suivre dans ce contexte. Cela permettrait probablement aussi aux Caisse d'assurance d'avoir moins de courrier de relance à envoyer pour des dossiers incomplets ou lorsqu'un certificat n'est pas rempli de façon conforme. Et donc, cela pourrait être un gain de temps pour chaque acteur impliqué dans la gestion administrative des arrêts maladies et des arrêts pour accidents du travail.

Vous trouverez, ci-joint à ce courrier, les fiches récapitulatives élaborées pour le régime général/ le régime agricole/XXX. Nous vous les soumettons car nous souhaiterions que les informations contenues dans ces fiches soient validées par votre Caisse avant une potentielle diffusion auprès des médecins généralistes.

Merci de l'attention portée à notre démarche qui est approuvée par le collège universitaire de médecine générale Lyon 1.
Dans l'attente de votre réponse.

Confraternelles salutations.

Julie BOCQUET et Alain BRUSCHET

7.2 Annexe n°2 : Liste des tableaux et figures

Liste des tableaux :

- **Tableau 1** : Effectifs des trois principaux régimes de la Sécurité Sociale fin 2013 - document triennal de la présentation des régimes obligatoires de base, PLFSS 2015
- **Tableau 2** : Effectif des régimes spéciaux fin 2013 - document triennal de la présentation des régimes obligatoires de base, PLFSS 2015.
- **Tableau 3** : Effectif des régimes spéciaux fermés fin 2013 - document triennal de la présentation des régimes obligatoires de base, PLFSS 2015
- **Tableau 4** : Effectifs des différents régimes selon les chiffres publiés par les caisses
- **Tableau 5** : Spécificités des arrêts maladie du régime général
- **Tableau 6** : Régime général et accident du travail
- **Tableau 7** : Spécificités des arrêts maladie des exploitants agricoles
- **Tableau 8** : Spécificités pour l'accident du travail pour le régime des non-salariés agricoles
- **Tableau 9** : Spécificités des arrêts maladie des salariés agricoles
- **Tableau 10** : Spécificités du régime des salariés agricoles pour l'accident du travail
- **Tableau 11** : Spécificités des arrêts maladie des travailleurs indépendants non-salariés
- **Tableau 12** : Spécificités des arrêts maladie pour la fonction publique
- **Tableau 13** : Spécificités des accidents du travail pour la fonction publique
- **Tableau 14** : Spécificités des arrêts maladie pour le régime de la SNCF
- **Tableau 15** : Spécificités de l'arrêt pour accident du travail pour le régime de la SNCF
- **Tableau 16** : Spécificités des arrêts maladie pour le régime militaire
- **Tableau 17** : Spécificités des arrêts pour un APIAS pour le régime des militaires
- **Tableau 18** : Spécificités des arrêts maladie pour le régime de la CAMIEG
- **Tableau 19** : Spécificités des arrêts pour accident du travail pour le régime des industries électriques et gazières
- **Tableau 20** : Synthèse des spécificités des arrêts maladie selon le régime de sécurité sociale 1ère partie
- **Tableau 21** : Synthèse des spécificités des arrêts maladie selon le régime de sécurité sociale 2ème partie
- **Tableau 22** : Synthèse des spécificités des arrêts pour accident du travail selon le régime de sécurité sociale 1ère partie
- **Tableau 23** : Synthèse des spécificités des arrêts pour accident du travail selon le régime de sécurité sociale 2ème partie

Liste des figures :

- **Figure 1** : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime général
- **Figure 2** : Organigramme décisionnel pour les accidents du travail pour le régime général
- **Figure 3** : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie des exploitants agricoles
- **Figure 4** : Organigramme décisionnel pour les accidents du travail des exploitants agricoles
- **Figure 5** : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladies des salariés agricoles
- **Figure 6** : Organigramme décisionnel pour les accidents du travail des salariés agricoles
- **Figure 7** : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie des travailleurs indépendants non-salariés
- **Figure 8** : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie des fonctionnaires
- **Figure 9** : Organigramme décisionnel pour les accidents de service du régime de la

fonction publique

- **Figure 10** : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime de la SNCF
- **Figure 11** : Organigramme décisionnel pour les accidents du travail du régime de la SNCF
- **Figure 12** : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime militaire
- **Figure 13** : Organigramme décisionnel pour les arrêts pour APIAS du régime militaire
- **Figure 14** : Organigramme décisionnel pour les arrêts maladie du personnel des industries électriques et gazières
- **Figure 15** : Organigramme décisionnel pour les arrêts pour accident du travail du personnel des industries électriques et gazières

7.3 Annexe n°3 : Lexique

-Accident du travail :

“est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.”

Art L411-1 du CSS

-Accident de trajet :

Art L411-2 du CSS.

L'accident de trajet est également considéré comme accident du travail, lorsque l'accident se produit pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

-la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier.

-le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi”

-Matérialité Il s'agit de la réalité du fait accidentel, dont la preuve incombe à l'assuré.

-Médecin statutaire : médecin agréé, généraliste ou spécialiste, désigné par l'administration. Il effectue les examens pour la visite d'admission dans la fonction publique et la visite de titularisation. Il participe aux comités médicaux consultés pour les congés maladie ordinaire, congés longue maladie, congés longue durée, accident de service et maladie professionnelle. (source : Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés)

- Médecin de prévention : médecin du travail dans la fonction publique. Il est en charge de la surveillance médicale des agents et agit en milieu de travail pour éviter toute altération de la santé physique et psychique des agents du fait de leur travail. Il est tenu informé des dossiers passant en comité médical ou commission de réforme et peut y assister. Il doit rédiger un rapport pour certaines de ces réunions. (source : « Comprendre la médecine statutaire » plaquette d'informations de la DPMA du ministère de l'Economie, de la Finance et de l'Industrie, septembre 2004)

-Prestations en nature : elles correspondent au remboursement des dépenses de santé présentées par les assurés en cas de maladie, accident du travail ou maladie professionnelle (frais médicaux, frais d'hospitalisation, frais de transport...) Source : guide du concours du médecin-conseil, Assurance maladie caisse nationale.

- Prestations en espèce : sont destinées à fournir à l'assuré malade un revenu de substitution au salaire. Elles peuvent prendre diverses formes : indemnités journalières, rente, pension d'invalidité ou capital. Source : guide du concours du médecin-conseil, Assurance maladie caisse nationale

-Présomption d'imputabilité :

Le lien de causalité entre le fait accidentel et les lésions est présumé établi et l'assuré n'a pas à en apporter la preuve. Cette présomption d'imputabilité s'applique uniquement aux lésions initiales et aux complications directes. Elle ne concerne pas les lésions tardives ni les rechutes.

-Cerfa : formulaire administratif réglementé. Il s'agit d'un imprimé officiel dont le modèle est fixé par arrêté. L'appellation "Cerfa" provient du nom de l'organisme public chargé d'éditer ces formulaires : le centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs.

-Consolidation : Etat de santé du patient non évolutif. Les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent et stable tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier l'existence éventuelle d'une atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique.

La définition qui a été donnée par la Commission de réflexion sur la doctrine et la méthodologie de l'évaluation du dommage corporel est la suivante (Palais de Justice Cour de Cassation de novembre 1985 à février 1987 : « C'est le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif »).

-Guérison : correspond au retour à l'état de santé antérieur à la maladie ou l'accident.

-Invalidité : ordonnance du 19 octobre 1945, article L. 341-1 du code de la sécurité sociale

-Inaptitude : Le premier dispositif de retraite anticipée pour inaptitude au travail remonte à la loi du 14 mars 1941. article R. 351-21 du CSS

-Rechute : Elle survient obligatoirement après la guérison ou la consolidation. Il y a une aggravation de la lésion ou l'apparition d'une nouvelle lésion en lien avec l'accident initial.

-Temps partiel thérapeutique : reprise du travail avec aménagement du temps de travail d'un patient auparavant en arrêt à temps complet. Prescrit par le médecin traitant lorsqu'il estime que son patient ne peut pas reprendre son travail à charge pleine, mais qu'il juge que la reprise d'une activité peut contribuer à son rétablissement. Art L323-3 du CSS

7.4 Annexe n°4 : Partie réglementaire

Table des matières

1. LE REGIME GENERAL.....	6
1.1. ARRET MALADIE	6
1.1.1. Conditions d'indemnisation.....	6
1.1.2. Arrêt initial et prolongation	6
1.1.3. Jours de carence et durée d'indemnisation.....	6
1.1.3.1. Arrêt de travail inférieur à 6 mois hors ALD, accident du travail et maladie professionnelle.....	6
1.1.3.2. Arrêt de travail supérieur à 6 mois consécutifs : arrêt de travail en longue maladie.....	7
1.1.4. Montant des indemnités	7
1.1.5. Visite de pré-reprise et reprise	8
1.1.6. Temps partiel thérapeutique.....	8
1.1.7. Invalidité.....	8
1.1.8. Conventions collectives	9
1.2. ACCIDENT DU TRAVAIL	10
1.2.1. Bénéficiaires.....	10
1.2.2. Déclaration de l'accident du travail	11
1.2.2.1. La victime :.....	11
1.2.2.2. Imputabilité :	12
1.2.2.3. L'employeur :.....	12
1.2.2.4. Rôle de la Caisse	13
1.2.3. Prestations	13
1.2.3.1. Prestations en espèces - Indemnités journalières	13
1.2.3.2. Prestations en nature-Prise en charge des soins	14
1.2.4. Temps partiel thérapeutique.....	15
1.2.5. Indemnisation temporaire d'inaptitude.....	15
1.2.6. Guérison.....	16
1.2.7. Consolidation	16
1.2.8. Incapacité partielle permanente	16
1.2.9. Rechute	17
1.2.10. Visite de reprise et de pré reprise.....	17
1.2.11. Réadaptation fonctionnelle, rééducation professionnelle.....	18
1.2.11.1. Réadaptation fonctionnelle :	18
1.2.11.2. Rééducation professionnelle :	18
1.2.12. Formation durant l'arrêt de travail	18
1.2.13. Cas de faute inexcusable ou intentionnelles de l'employeur	19
1.2.14. Cas de faute inexcusable ou intentionnelle de la victime	19
1.2.15. En cas de décès à la suite d'un accident du travail.....	19
2. REGIME AGRICOLE -MSA	20
2.1. ARRET MALADIE.....	20
2.1.1. Régime des exploitants agricoles non-salariés.....	20
2.1.1.1. Bénéficiaires	21
2.1.1.2. Conditions d'indemnisation	21
2.1.1.3. Arrêt initial.....	21
2.1.1.4. Jours de carence	21
2.1.1.5. Durée d'indemnisation	21
2.1.1.6. Montant des indemnités.....	22
2.1.1.7. Temps partiel thérapeutique	22
2.1.1.8. Invalidité	22
2.1.2. Régime des salariés agricoles	23
2.1.2.1. Bénéficiaires	23
2.1.2.2. Conditions d'indemnisation.....	23
2.1.2.3. Arrêt initial et prolongation	23
2.1.2.4. Jours de carence et durée d'indemnisation	23
2.1.2.5. Montant des indemnités.....	23
2.1.2.6. Visite de reprise.....	24
2.2. ACCIDENT DU TRAVAIL	24
2.2.1. Régime des exploitants agricoles non-salariés.....	24

2.2.1.1.	Bénéficiaires	24
2.2.1.2.	Déclaration de l'accident de travail.....	25
2.2.1.2.1.	La victime :	25
2.2.1.2.2.	La MSA :	25
2.2.1.2.3.	Imputabilité :	25
2.2.1.3.	Prestations :	26
2.2.1.3.1.	Prestations en espèces- Indemnités :	26
2.2.1.3.2.	Prestations en nature -prise en charge des soins :	26
2.2.1.4.	Guérison	27
2.2.1.5.	Consolidation	27
2.2.1.6.	Rechute.....	27
2.2.1.7.	Temps partiel thérapeutique	27
2.2.1.8.	Incapacité partielle permanente.....	27
2.2.1.9.	Visite de reprise	28
2.2.1.10.	Droit à a formation	28
2.2.1.11.	En cas de décès liés à l'AT :	28
2.2.2.	<i>Régime des salariés des professions agricoles</i>	29
2.2.2.1.	Bénéficiaires :	29
2.2.2.2.	Déclaration de l'accident de travail :	30
2.2.2.2.1.	La victime	30
2.2.2.2.2.	L'employeur.....	30
2.2.2.2.3.	La Caisse :	30
2.2.2.3.	Prestations	30
2.2.2.3.1.	Prestations en espèces - Indemnités journalières	31
2.2.2.3.2.	Prise en charge des soins- Prestations en nature	31
2.2.2.4.	Temps partiel thérapeutique	32
2.2.2.4.1.	Le salarié agricole	32
2.2.2.4.2.	L'employeur :	32
2.2.2.5.	Guérison	32
2.2.2.6.	Consolidation	32
2.2.2.7.	Rechute.....	32
2.2.2.8.	Incapacité partielle permanente.....	33
2.2.2.9.	Visite de reprise et de pré reprise.....	33
2.2.2.10.	Droit à la formation durant l'arrêt	33
2.2.2.11.	Reclassement/ Réadaptation fonctionnelle/ Rééducation professionnelle	34
2.2.2.12.	Indemnités temporaires d'inaptitude dans l'attente d'un reclassement ou d'un licenciement :	34
2.2.2.13.	Cas de faute inexcusable de l'employeur ou de la victime / faute de l'assuré ou d'un tiers.....	34
2.2.2.14.	En cas du décès du patient :	34
3.	REGIME DES TRAVAILLEURS NON-SALARIES DES PROFESSIONS NON AGRICOLES (ANCIEN RSI)	35
3.1.	ARRET MALADIE.....	35
3.1.1.	<i>Bénéficiaires</i>	35
3.1.2.	<i>Arrêt initial et prolongation</i>	36
3.1.3.	<i>Régime d'indemnités journalières des artisans, commerçants et industriels</i>	36
3.1.3.1.	Conditions d'indemnisation	36
3.1.3.2.	Délai de carence	36
3.1.3.3.	Durée d'indemnisation	36
3.1.3.4.	Montant d'indemnisation	37
3.1.4.	<i>Temps partiel thérapeutique</i>	37
3.1.5.	<i>Incapacité/Invalidité</i>	37
3.1.6.	<i>Pas de visite de reprise</i>	37
3.2.	ACCIDENT DU TRAVAIL	37
3.2.1.	<i>Prestations en espèces</i>	38
3.2.1.1.1.	Artisans et commerçants.....	38
3.2.2.	<i>Prestations en nature -PEC des soins</i>	38
4.	LA FONCTION PUBLIQUE	38
4.1.	ARRET MALADIE.....	38
4.1.1.	<i>Les agents titulaires</i>	39
4.1.1.1.	Affiliation	39
4.1.1.2.	Arrêt initial.....	39
4.1.1.3.	Congé maladie ordinaires = CMO (inférieurs à 12 mois).....	39
4.1.1.3.1.	Modalités :	39

4.1.1.3.2.	Durée :	40
4.1.1.3.3.	Rémunération :	40
4.1.1.3.4.	Fin du congé :	40
4.1.1.4.	Congé longue maladie = CLM	40
4.1.1.4.1.	Conditions d'attribution :	40
4.1.1.4.2.	Modalités :	41
	En pratique : le fonctionnaire donne trois pièces à son administration.....	41
4.1.1.4.3.	Durée :	41
	La durée maximale est de 3 ans. Ce congé est accordé par période de 3 à 6 mois.	41
4.1.1.4.4.	Rémunération :	42
4.1.1.4.5.	Fin du congé :	42
4.1.1.5.	Congé longue durée = CLD.....	42
4.1.1.5.1.	Conditions d'attribution :	42
4.1.1.5.2.	Modalités :	42
4.1.1.5.3.	Durée :	42
4.1.1.5.4.	Rémunération :	42
4.1.1.5.5.	Fin du congé :	43
4.1.1.6.	Temps partiel thérapeutique = TPT (modifié par l'Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017)	43
4.1.1.6.1.	Conditions d'attribution :	43
4.1.1.6.2.	Modalités :	44
	En pratique : pièces à fournir	44
4.1.1.6.3.	Durée :	44
4.1.1.6.4.	Rémunération :	44
4.1.1.7.	Retraite anticipée pour invalidité.....	44
4.1.1.8.	Mise en disponibilité d'office pour raison de santé	45
4.1.2.	<i>Les agents contractuels</i>	45
4.1.2.1.	Congé de « maladie ordinaire »	46
4.1.2.2.	Congé de « grave maladie »	46
4.2.	ACCIDENT DE SERVICE	48
4.2.1.	<i>Caisse et bénéficiaires</i>	48
4.2.2.	<i>Déclaration de l'accident de service</i>	48
4.2.2.1.	La victime :	48
4.2.2.2.	Imputabilité	49
4.2.2.3.	L'employeur	49
4.2.3.	<i>Prestations</i>	49
4.2.3.1.	Prestations en espèces	49
4.2.3.1.1.	Cas des fonctionnaires territoriaux à temps non complet (< 28h par semaine) :	50
4.2.3.2.	Prestations en nature.....	50
4.2.3.2.1.	Soins :	50
4.2.3.2.2.	Congé d'invalidité temporaire	50
4.2.4.	<i>Guérison</i>	50
4.2.5.	<i>Consolidation</i>	50
4.2.6.	<i>Temps partiel thérapeutique</i>	51
4.2.7.	<i>Visite de reprise et de pré reprise</i>	51
4.2.8.	<i>Rechute</i>	51
4.2.9.	<i>Incapacité partielle permanente</i>	51
4.2.9.1.	Allocation temporaire d'invalidité (ATI) (3).....	51
4.2.9.2.	Rente d'invalidité	52
4.2.10.	<i>Inaptitude, reclassement</i>	53
4.2.10.1.	Stagiaires de la fonction publique d'état :	53
4.2.11.	<i>Retraite pour invalidité</i>	53
4.2.12.	<i>Cas de faute inexcusable de l'employeur ou de la victime</i> :	54
4.2.13.	<i>Les médecins agréés</i> :	54
4.2.14.	<i>Lois cadres</i>	54
5.	SNCF	55
5.1.	ARRET MALADIE.....	55
5.1.1.	<i>Arrêt initial et "jour de carence"</i>	55
5.1.2.	<i>Les différents types d'arrêts</i>	56
5.1.3.	<i>Temps partiel thérapeutique</i>	57
5.1.4.	<i>A l'expiration des congés</i>	57
5.2.	ACCIDENT DU TRAVAIL	58

5.2.1.	<i>Bénéficiaires</i> :.....	58
5.2.2.	<i>Déclaration de l'AT</i>	58
5.2.2.1.	La victime :.....	58
5.2.2.2.	L'employeur :.....	58
5.2.2.3.	Imputabilité	59
5.2.2.4.	Instruction par la CPRSNCF :	59
5.2.3.	<i>Prestations</i>	59
5.2.3.1.	Prestations en espèces	59
5.2.3.2.	Prestations en nature- Prise en charge des soins	59
5.2.4.	<i>Temps partiel thérapeutique</i>	60
5.2.5.	<i>Guérison</i>	60
5.2.6.	<i>Consolidation</i>	60
5.2.7.	<i>Rechute</i>	61
5.2.8.	<i>Incapacité partielle permanente (IPP)</i>	61
5.2.9.	<i>Visite de reprise et pré reprise</i>	62
5.2.10.	<i>Inaptitude/reclassement/ pension de réforme</i>	62
5.2.11.	<i>Droit à la formation durant l'arrêt de travail</i>	62
5.2.12.	<i>Faute de l'employeur</i>	62
5.2.13.	<i>Faute intentionnelle de la victime</i>	63
5.2.14.	<i>En cas de décès à la suite d'un AT</i>	63
5.2.15.	<i>Télétransmission</i>	63
6.	MILITAIRE	63
6.1.	ARRET MALADIE.....	64
6.1.1.	<i>Conditions d'indemnisation</i>	64
6.1.2.	<i>Congés de la position d'activité : congés de maladie (inférieurs à 180 jours)</i>	64
6.1.3.	<i>Congés de la position de non activité</i>	65
6.1.4.	<i>Durée et rémunération du patient selon son statut militaire</i>	65
6.2.	ACCIDENT PRESUME IMPUTABLE AU SERVICE.....	66
6.2.1.	<i>Bénéficiaires</i>	66
6.2.2.	<i>Déclaration de l'APIAS</i> :.....	66
6.2.2.1.	La victime :.....	66
6.2.2.2.	Imputabilité :	67
6.2.2.3.	L'employeur :	67
6.2.3.	<i>Prestations</i> :	67
6.2.3.1.	Prestations en espèces – Indemnisations :	67
6.2.3.2.	Prestations en nature - Prise en charge des soins :	67
6.2.4.	<i>Temps partiel thérapeutique</i> :.....	68
6.2.5.	<i>Guérison</i> :	68
6.2.6.	<i>Consolidation</i> :	68
6.2.7.	<i>Rechute</i> :	68
6.2.8.	<i>Incapacité partielle permanente (IPP)</i> :.....	68
6.2.8.1.	Pension militaire d'invalidité (PMI) :.....	69
6.2.8.2.	Constitution du dossier de demande de PMI :	69
6.2.8.3.	Majoration pour tierce personne :	70
6.2.8.4.	Mise en retraite :	70
6.2.9.	<i>Visite de reprise et de pré reprise</i>	70
6.2.10.	<i>Formation</i>	70
6.2.11.	<i>Reconversion professionnelle en cas d'inaptitude</i>	70
6.2.12.	<i>Faute de l'employeur</i> :.....	70
6.2.13.	<i>En cas de décès de la victime</i>	70
6.2.14.	<i>Télétransmission</i>	71
6.2.15.	<i>Contact</i> :	71
7.	PERSONNEL DES INDUSTRIES ELECTRIQUES ET GAZIERES	71
7.1.	ARRET MALADIE	72
7.1.1.	<i>Arrêt maladie ordinaire</i>	72
7.1.2.	<i>Arrêt longue maladie</i>	72
7.1.3.	<i>Visite de reprise et pré-reprise</i>	73
7.1.4.	<i>Temps partiel thérapeutique</i>	73

7.1.5.	<i>Invalidité</i>	73
7.2.	ACCIDENT DU TRAVAIL	75
7.2.1.	<i>Caisse CNIEG</i>	75
7.2.2.	<i>Bénéficiaires de l'assurance AT-MP de la CNIEG</i> :	75
7.2.3.	<i>Déclaration de l'AT</i>	75
7.2.3.1.	La victime.....	75
7.2.3.2.	L'employeur :	76
7.2.4.	<i>Prestations</i>	76
7.2.4.1.	Prestations en espèces :	76
7.2.4.2.	Prestations en nature : prise en charge des soins.....	76
7.2.5.	<i>Temps partiel thérapeutique</i>	77
7.2.6.	<i>Guérison</i>	77
7.2.7.	<i>Consolidation</i> :	77
7.2.8.	<i>Rechute</i>	77
7.2.9.	<i>Incapacité partielle permanente</i>	77
7.2.10.	<i>Visite de reprise</i>	78
7.2.11.	<i>Faute inexcusable de l'employeur</i>	78
7.2.12.	<i>En cas de décès à la suite d'un AT</i> :.....	78
8.	BIBLIOGRAPHIE	79

1. Le régime général

Le régime général comptait près de 60 millions d'adhérents en 2015 (1). Sa branche maladie est gérée par la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés).

1.1. Arrêt maladie

1.1.1. Conditions d'indemnisation

Pour bénéficier des indemnités journalières, le salarié doit justifier au jour de l'interruption de travail (selon l'article R313-3 du code de la sécurité sociale). (2) (3)

Si l'arrêt est inférieur à 6 mois : avoir travaillé au moins 150 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt OU avoir perçu un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du Smic horaire au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt.

Si l'arrêt est supérieur à 6 mois : à la date d'interruption de travail, justifier de 12 mois d'immatriculation en tant qu'assuré social auprès de l'Assurance maladie et avoir travaillé au moins 600 heures (ou 800 heures si la date d'interruption de travail est antérieure au 1er février 2015) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt OU avoir perçu un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du Smic horaire pendant les 12 mois civils ou les 365 jours précédant l'arrêt.

1.1.2. Arrêt initial et prolongation

Selon l'article R321-2 du code de la sécurité sociale, le salarié doit transmettre les volets n°1 et 2 de l'avis d'arrêt de travail au service médical de sa caisse d'Assurance Maladie dans les 2 jours ouvrés qui suivent la date d'interruption de travail.

Il doit également transmettre le volet n°3 à son employeur le plus souvent sous 48h (variable selon les conventions collectives).

En cas de prolongation, le salarié doit réaliser les mêmes démarches dans les mêmes délais (4).

1.1.3. Jours de carence et durée d'indemnisation

1.1.3.1. Arrêt de travail inférieur à 6 mois hors ALD, accident du travail et maladie professionnelle

Le délai de carence est de 3 jours pour chaque arrêt de travail (article R323-1-1° et L323-1 du CSS) sauf si le nouvel arrêt est rédigé dans le cadre d'une prolongation avec une reprise d'activité inférieure à 48h entre les deux arrêts (5). La durée maximale d'indemnisation est de 360 jours sur une période glissante de 3 ans (article R323-1-4° du CSS). Cette durée d'indemnisation est

renouvelable après une reprise d'activité d'un an (article R323-1-3° du CSS).

1.1.3.2. Arrêt de travail supérieur à 6 mois consécutifs : arrêt de travail en longue maladie

Lorsque l'arrêt de travail est supérieur à 6 mois le patient passe en arrêt de travail en longue maladie (article L324-1 du CSS). Le médecin traitant doit obligatoirement rédiger un protocole de soins n°S3501 pour mettre le patient en ALD.

Le patient est soit mis en ALD exonérante (si ce n'est déjà fait) (6) :

-ALD 30

-ALD 31 = ALD hors liste

-ALD 32 = polypathologie invalidante

Soit mis en ALD non exonérante pour des pathologies nécessitant une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à 6 mois mais qui ne seraient pas répertoriées dans les ALD exonérantes.

À la suite de la lecture du protocole, le médecin conseil de l'Assurance Maladie donne son accord (ou non) pour la poursuite de la prise en charge du patient.

Si l'arrêt maladie est reconnu en lien avec une ALD (exonérante ou non) :

Alors le délai de carence ne s'applique que pour le premier arrêt (article R323-1-1° du CSS).

La durée maximale d'indemnisation est de 3 ans avec possibilité de renouvellement de cette période si reprise d'activité pendant 1 an (article R323-1-2° du CSS).

Les patients en ALD exonérantes bénéficient de la prise en charge du ticket modérateur.

Les patients en ALD non exonérante profitent d'une prise en charge de l'Assurance Maladie à 65 % du tarif de la sécurité sociale des frais de déplacement en rapport avec leur ALD ainsi que des frais de transport et frais de séjour liés aux cures thermales.

1.1.4. Montant des indemnités

L'indemnité journalière est égale à 50% du gain journalier de base (article R325-3 du CSS).

Le gain journalier de base est égal à 1/91,25 du montant des trois dernières paies des mois civils antérieurs à la date de l'interruption de travail lorsque le salaire ou le gain est réglé mensuellement (article R323-4 du CSS). Ce gain journalier présente un plafond de 1.8 fois le SMIC.

Cette indemnité peut être majorée à 2/3 du gain journalier si le patient a plus de 3 enfants à charges et cela à partir du 31ème jour d'arrêt (article R323-5 du CSS).

Cette indemnité est obligatoirement complétée par l'employeur au bout d'un an d'ancienneté (article L1226-1 du Code du Travail). Ce complément permet d'atteindre 90% du salaire brut habituel pendant 30 jours puis les 2/3 de ce salaire pendant les 30 jours suivant. La durée de perception du complément augmente avec l'ancienneté du salarié (articles D1226-1 à D1226-8 du Code du

Travail).

1.1.5. Visite de pré-reprise et reprise

Le patient doit passer une visite de reprise auprès du médecin du travail après une absence d'au moins 30 jours (article R4624-31 du code du Travail). Elle est obligatoire. Le médecin du travail évalue l'aptitude ou l'inaptitude et peut préconiser un aménagement ou une adaptation de poste voire un reclassement (article R4624-32 du CT). (7)

En cas d'arrêt supérieur à 3 mois, une visite de pré-reprise peut être demandée par le patient, le médecin du conseil ou le médecin traitant. Elle n'est pas obligatoire. Le médecin du travail pourra recommander : des aménagements et adaptation de poste de travail, des préconisations de reclassements, des formations professionnelles en vue d'un reclassement ou d'une réorientation (articles R4624-29 et R4624-30 du Code du Travail).

1.1.6. Temps partiel thérapeutique

Un temps partiel thérapeutique peut être prescrit si (article L323-3 du CSS) :

- le travail et sa reprise sont de nature à améliorer l'état de santé du patient
- le patient bénéficie d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle.

Ce mi-temps thérapeutique fait toujours suite à un arrêt de travail à temps complet (sauf en cas d'affection longue durée ou accident du travail). Il nécessite l'accord de l'employeur et du médecin conseil. Il sera organisé par le médecin du travail. Il ne peut excéder une période d'un an (article R323-3 du CSS). (7)

1.1.7. Invalidité

En cas d'incapacité à reprendre son travail après un accident ou une maladie invalidante d'origine non professionnelle, le patient peut percevoir une pension d'invalidité s'il remplit les conditions suivantes :

- il n'a pas atteint l'âge légal de la retraite (Article L341-15 du CSS). S'il l'a atteint alors la pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse.
- sa capacité de travail ou de revenus est réduite d'au moins 2/3 (Article R341-2 du CSS)
- il est immatriculé depuis au moins 12 mois au moment de l'arrêt de travail suite à son invalidité ou au moment de la constatation de son invalidité par le médecin conseil de sa caisse d'Assurance Maladie (Article R313-5 du CSS)
- il justifie, au cours des 12 mois qui précèdent son arrêt de travail pour invalidité ou constatation

médicale de l'invalidité, soit avoir effectué au moins 600 heures de travail salarié, soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire.

Cette demande d'invalidité peut être faite soit directement par la CPAM soit par le patient lui-même qui doit alors remplir le formulaire S4150 en respectant un certain délai (Article R341-8 du CSS).

Elle doit être faite au plus tard dans les 12 mois qui suivent l'une des dates suivantes :

- la consolidation de la blessure du patient
- la constatation médicale de son invalidité
- la stabilisation de son état de santé,
- l'expiration de la période légale d'attribution des indemnités journalières (3 ans maximum),
- la date à laquelle la CPAM a cessé de lui accorder les indemnités journalières pour maladie.

Il existe 3 catégories d'invalidité (Article L341-4 du CSS), c'est le médecin-conseil qui détermine la catégorie :

- 1ère catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée.
- 2ème catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque.
- 3ème catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

A retenir :

Le patient doit garder en tête qu'une pension d'invalidité est délivrée à titre provisoire. Elle peut être révisée, suspendue ou supprimée selon l'évolution de son état de santé (Articles R341-14 à R341-21 et Articles L341-11 à L341-14-1 du CSS). Il peut ainsi changer de catégorie.

Etre reconnu invalide n'entraîne pas automatiquement une inaptitude au travail. C'est au médecin du travail de juger de cette inaptitude.

Dans certaines conditions, le patient peut percevoir une Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI). Il doit compléter le formulaire S4151 (articles L815-24 à L815-29 du CSS).

En cas de situation de handicap, penser à orienter le patient vers la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui l'accompagnera dans les demandes d'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou dans la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). (8) (9)

1.1.8. Conventions collectives

Les conventions collectives définissent les règles particulières du droit du travail applicables à un secteur donné (contrat de travail, hygiène, congés, salaires, classification, licenciement...) peuvent modifier les jours de carences et la durée de délivrance du complément de salaire. On en compte plus de 1000 en France...(10) (11)

1.2. **Accident du travail**

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés gère sur le plan national, la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles des salariés du régime général de la Sécurité sociale et pilote le réseau des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat). Environ 2,1 millions d'établissements ont cotisé à l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) en 2015 et emploient 18,4 millions de salariés (soit environ 70 % de la population employée). Environ 624 500 accidents du travail ont donné lieu à un arrêt de travail en 2015. 8,8 milliards d'euros de prestations nettes ont été versées en 2015 par la branche AT-MP du régime général.(12) Les accidents du travail et les maladies professionnelles sont assurés collectivement par les entreprises. Les taux de cotisation des entreprises sont fixés en fonction du risque que présente l'activité de l'entreprise et de l'effectif salarié. L'assurance AT-MP est régie par le Livre IV du code de la Sécurité Sociale. (13)

1.2.1. **Bénéficiaires**

Dès leur embauche, les salariés du régime général sont couverts par l'assurance AT-MP.

D'autres catégories de personnes peuvent en bénéficier :

- les élèves et les étudiants des établissements d'enseignement technique, secondaire et spécialisé ;
- les stagiaires ;
- les stagiaires de la formation professionnelle ;
- les demandeurs d'emploi participant à des actions d'aide à la création d'entreprise ou d'orientation, d'évaluation ou d'accompagnement de la recherche d'emploi dispensées ou prescrites par le Pôle emploi ;
- les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) participant à des actions favorisant leur insertion ;
- les participants à un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle ;
- les chômeurs indemnisés se rendant à un entretien d'embauche ;
- les personnes participant bénévolement au fonctionnement d'organismes à objet social ;

- les détenus exécutant un travail pénal ;
 - les volontaires pour l'insertion ;
 - les travailleurs à domicile répondant à la définition de l'article L 721-1 du Code du Travail
 - les personnes ayant souscrit à un service civique
 - les titulaires de mandats locaux
 - les pupilles de l'éducation surveillée
 - les artistes
 - les journalistes professionnels pigistes
- Art L 412-2 et L412-8 du CSS

Cas du poly actif : C'est une personne exerçant plusieurs activités professionnelles dépendant de différents régimes de sécurité sociale. Pour une personne exerçant simultanément une activité salariée relevant du régime général et une activité relevant d'un autre régime d'assurance, les frais de santé sont pris en charge par le régime correspondant à l'activité principale. Cependant le patient dispose d'un droit d'option qui lui permet de choisir le régime pour la prise en charge de ses frais de santé relevant de l'autre activité professionnelle. S'il choisit d'être pris en charge par l'autre régime, sa prise en charge se fera selon les règles applicables à ce régime. Les enfants restent les ayants droit et seront pris en charge également par ce régime. Pour choisir d'être rattaché au régime général, la demande doit être faite sur le formulaire de droit d'option - n° 758.cnamts. Il doit être adressé à la CPAM dont le patient dépend (lieu de résidence) avec les justificatifs demandés. Pour être rattaché à un autre régime d'assurance pour la prise en charge des frais de santé il faut faire la demande directement auprès de la caisse du régime concerné. (14)

Décret n° 2015-877 du 16 juillet 2015, relatif aux règles d'affiliation des personnes relevant de plusieurs régimes de sécurité sociale ;

Décret n° 2015-1882 du 30 décembre 2015, relatif aux modalités de prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité des bénéficiaires de la protection universelle maladie

1.2.2. Déclaration de l'accident du travail

1.2.2.1. La victime :

Le salarié doit déclarer son AT dans les 24h à son employeur sauf en cas de force majeure.

Art L441-1 du CSS. Art R 441-2 du CSS. Il doit lui préciser le lieu, les circonstances de l'accident et l'identité des témoins éventuels.

Le patient doit consulter un médecin de son choix pour la production d'un certificat médical initial sur le CERFA S6909c « Certificat médical - accident du travail / maladie professionnelle ». Le

médecin peut remplir le certificat en ligne via son « Espace pro » de l'Assurance Maladie avec sa CPS et la carte vitale du patient. Les volets 1 et 2 sont télétransmis à la CPAM, le patient conserve le volet 3 et remet le volet 4 à son employeur. Art L 441-6 du CSS. En version papier, c'est généralement le patient qui adresse les volets 1 et 2 à sa caisse. Le volet 3 conservé par le patient doit être remis à chaque consultation en lien avec l'AT. La description des lésions sur le formulaire doit être la plus précise possible (localisation et nature précise des lésions). Pour que ces lésions, en cas de rechute ou d'aggravation, puissent être prise en charge par la CPAM. Le patient a le libre choix de son médecin, pharmacien et autres personnels soignants. Art L432-2 du CSS. (15) (16)

1.2.2.2. Imputabilité :

L'accident subi pendant le temps et sur le lieu de travail est présumé être un accident du travail, il y a donc présomption d'imputabilité. C'est à la Caisse qu'il appartient de prouver, si nécessaire, que l'accident a une cause totalement étrangère au travail. Art L 411-1 du CSS paragraphe 33.

1.2.2.3. L'employeur :

L'employeur est tenu de déclarer tout accident de travail ou de trajet 48 heures au plus tard à la CPAM dont dépend la victime (non compris les dimanches et jours fériés ou chômés) après en avoir pris connaissance. L'employeur n'a pas à tenir compte de la gravité des lésions subies par le salarié et doit déclarer tout accident, même s'il n'entraîne pas d'arrêt de travail ou même si l'employeur doute de son caractère professionnel. Art R441-5 du CSS.

En cas de non-déclaration par l'employeur, la déclaration à la caisse peut être faite par la victime, ou ses représentants, jusqu'à la fin de la 2^e année qui suit l'accident. Art L 441-2 du CSS. L'employeur peut effectuer une simple inscription sur un registre spécifique dit registre d'infirmerie ou registre d'accidents bénins dans les 48 heures suivant l'accident, si cet accident de travail n'entraîne ni arrêt de travail, ni soins médicaux. Art L 441-4 du CSS

L'employeur est tenu d'en aviser le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

(CHSCT) Lorsqu'un accident ayant fait l'objet d'une simple inscription sur un registre entraîne ultérieurement un arrêt de travail ou des soins médicaux, l'employeur est tenu d'adresser à la caisse primaire dont relève la victime la déclaration prévue à l'article L. 441-2.

L'employeur doit remettre une attestation de salaire AT /MP à la victime pour permettre le calcul des indemnités journalières. L'employeur remet au salarié victime d'un AT une feuille d'accident (CERFA S6201) (17)

L'employeur remet au salarié victime d'un AT une feuille d'accident (CERFA S6201). Si le patient utilise entièrement ce feuillet, il doit l'adresser à la CPAM qui lui en délivrera un nouveau. A la fin

de la période de soins le patient doit renvoyer ce formulaire à sa caisse. Art L 441-5 du CSS. Art R441-8 du CSS. Le salarié doit la présenter systématiquement au praticien, à l'hôpital, qui dispense les soins, à l'auxiliaire médical, au pharmacien pour bénéficier du tiers payant, c'est-à-dire du remboursement à 100 % des frais médicaux liés à l'accident du travail sans avance de frais. (15)

1.2.2.4. Rôle de la Caisse

Une fois que la caisse a reçu le certificat médical initial (les deux premiers volets), la caisse statue sur la relation de causalité entre les lésions et l'accident et de la matérialité. Elle dispose d'un délai de 30 jours pour statuer, à partir de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration d'AT. Si la Caisse ne peut statuer dans ce délai, elle bénéficie d'un nouveau délai de 2 mois pour reconnaître le caractère professionnel de l'accident. Dans ce cas, elle doit auparavant en informer le patient par lettre recommandée avec accusé de réception. Tant que la Caisse n'a pas statué, les soins sont notés sur le feuillet AT, et seront remboursés par la caisse. Les indemnités journalières seront prises initialement au titre de l'assurance maladie. Lorsque la caisse a statué, elle le notifie à la victime. Art R441-10 du CSS.

1.2.3. Prestations

La victime doit respecter certaines obligations pour pouvoir bénéficier des prestations en nature et en espèces :

- se soumettre aux traitements et mesures de toute natures prescrits.
- se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse
- s'abstenir de toute activité non autorisée,
- respecter les horaires de sorties autorisées
- accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservance, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer les prestations.

Art L 432-4-1 du CSS. Art L 323-6 du CSS

1.2.3.1. Prestations en espèces - Indemnités journalières

Elles sont versées sans délai de carence tous les quatorze jours, à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail et jusqu'à la date de consolidation ou de guérison. Seul le salaire du jour de l'accident reste à la charge de l'employeur. Les 28 premiers jours, les indemnités journalières sont égales à 60% du salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 193,23 euros (au 1^{er} janvier 2016). A partir du 29^e jour d'arrêt : les IJ sont égales à 80 % du salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 257,64 euros (au 1^{er} janvier 2016). Au-delà de trois mois

d'arrêt, l'indemnité journalière peut être revalorisée à l'occasion d'augmentation générale des salaires. Art L 433-1 du CSS.

Lorsque le salarié est mensualisé, ses IJ sont calculées à partir du salaire brut du mois précédant son arrêt de travail. Ce salaire, divisé par 30,42, déterminera le salaire journalier de base. Lorsqu'il exerce une activité de manière discontinue (saisonnier, intérimaire, V.R.P., ...), son indemnité journalière est calculée sur la base de ses salaires des douze mois antérieurs à l'arrêt de travail. Dans tous les cas, le montant des IJ ne peut pas être supérieur au salaire journalier net. Article R433-4 du CSS.

Prélèvements sociaux, impôts, retraite : Depuis le 1er janvier 2010, les indemnités journalières perçues au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont soumises à l'impôt sur le revenu pour 50 % de leur montant. (15)

1.2.3.2. Prestations en nature-Prise en charge des soins

Prise en charge à 100 % de tous les soins liés à l'accident, sur la base et dans la limite des tarifs de la sécurité sociale.

Les prothèses dentaires et certains dispositifs médicaux sont pris en charge à 150 % sur la base des tarifs de la sécurité sociale et dans la limite des frais réels.

Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

Les frais d'hospitalisations sont pris en charge à 100% et le patient ne paye pas le forfait journalier.

Le médecin doit indiquer sur ces prescriptions la mention AT avec la date de l'AT.

Le patient n'avance pas les frais, ce sont les caisses qui versent directement aux personnels de santé ou à l'établissement de soins le montant des prestations effectuées, sauf s'il existe un dépassement d'honoraire. Art L 432-1 du CSS et Art L 432-3 du CSS.

Pour bénéficier du tiers payant, le patient doit présenter à chaque consultation ou acte sa « feuille d'accident du travail » (CERFA S6201) que lui a remis son employeur. Si ce formulaire n'est pas présenté, le patient fera l'avance des frais. Article L.432-3 du CSS.

À la fin de son traitement ou à l'issue de la période de soins, il doit renvoyer cette feuille à sa caisse d'Assurance Maladie. Les professionnels de santé prenant en charge la victime doivent noter sur le feuillet AT les actes accomplis et apposer leur signature et le montant de sa facture. Art R 441-9 du CSS. (15) (16)

Les transports peuvent être remboursés à la victime dans certaines conditions. Le patient présente une obligation de se déplacer pour recevoir des soins ou subir des examens ou pour se soumettre à un contrôle médical et si le transport est médicalement justifié. Le mode de transport choisi est le moins onéreux et compatible avec l'état de santé du patient. La prescription médicale

de transport est nécessaire pour obtenir le remboursement.

Art 1 162-4-1 du CSS, ART L322-5 Du CSS

1.2.4. Temps partiel thérapeutique

Le temps partiel thérapeutique est prescrit par le médecin lorsqu'il estime que le patient n'est pas encore apte à reprendre le travail à temps complet mais que la reprise du travail tend à favoriser l'amélioration de l'état de santé du patient.

Il fait toujours suite à un arrêt à temps complet.

Le temps partiel thérapeutique est une prescription médicale à réaliser sur le CERFA S6909. Les volets n°1 et n°2 sont adressés à la CPAM, le volet n°3 est conservé par le patient, le volet n°4 est adressé à l'employeur. Il est nécessaire d'avoir l'accord de l'employeur et du médecin conseil.

L'employeur peut refuser le temps partiel pour des questions d'organisation du travail. C'est le médecin du travail qui est chargé d'aménager le temps de travail en fonction du poste de travail pour mettre en place ce temps partiel thérapeutique.

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 :

-un certificat du médecin traitant accordant ladite autorisation ;

-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.

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. La caisse primaire notifie sa décision à la victime par lettre recommandée. Article R433-15 du CSS.

Les IJ sont versées au maximum 365 jours sur 3 années glissantes dans le cadre d'un AT. Article L433-1 du CSS.

1.2.5. Indemnisation temporaire d'inaptitude

Si à la fin de l'arrêt de travail, le patient est déclaré inapte par le médecin du travail en lien avec l'accident du travail, il a droit à une indemnisation pendant la période de reclassement.

L'indemnisation temporaire d'inaptitude est versée pendant 1 mois maximum.

Conditions :

-Accident reconnu comme AT ayant entraîné un arrêt de travail indemnisé.

-L'inaptitude déclaré par le médecin du travail est en lien avec l'AT

1.2.6. Guérison

La guérison est le retour à l'état antérieur de santé du patient, sans séquelles.

Le patient doit consulter le médecin ayant initialement prescrit l'arrêt ou son médecin traitant pour remplir le certificat médical final. CERFA S6909. Le médecin coche la case « final » en haut à droite du formulaire. La CPAM fixe la date de guérison d'après l'avis du médecin traitant ou en cas de désaccord après avis émis par un expert. La date est notifiée à la victime. Art L 442-6 du CSS.

(16)

1.2.7. Consolidation

La consolidation est définie par l'Arrêté du 8 Juin 1951. L'état de santé est non évolutif, la lésion se fixe et prend un caractère permanent. Un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter l'aggravation. Il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de révisions ou de rechutes. Le médecin généraliste établit un certificat médical final de consolidation sur le CERFA S6909. Les volets n°1 et n°2 sont à adresser à la CPAM, le volet n°3 est conservé par la victime. La CPAM notifie au patient par lettre recommandée la date de guérison ou de consolidation au patient. Les soins post consolidation dans le cadre de l'accident du travail sont pris en charge à 100%.

La consolidation peut ne pas forcément coïncider avec la reprise du travail ou peut intervenir après la reprise du travail. (16)

Si des soins « d'entretien » (à visée antalgique par exemple), post consolidation, s'avèrent nécessaires, le médecin généraliste doit établir un protocole de soins post-consolidation (formulaire Cnamts 649.03.01). Co-signé par le médecin conseil, ce protocole précise les soins directement imputables à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle, ainsi que la durée de traitement retenue. Pour ces soins, le patient continuera de bénéficier du tiers payant.

1.2.8. Incapacité partielle permanente

Si le patient présente un état de santé non évolutif avec des séquelles de l'AT il faut le consolider.

Le patient présente des séquelles de l'AT entraînant une incapacité partielle permanente. C'est le médecin conseil de la CPAM qui définira le taux d'incapacité partielle permanente résultant de l'AT, suivant le barème UCANSS. Annexe I à l'art. R434-32 du CSS

Si le taux d'IPP est inférieur à 10 % : le patient perçoit une indemnité en capital dont le montant forfaitaire, fixé par décret, est variable selon le taux d'incapacité.

Si le taux d'IPP est supérieur ou égal à 10 % : le patient perçoit une rente dont le montant est fonction de son salaire. Art L 434-1 du CSS, Art R434-1 CSS

Si le taux d'IPP est supérieur ou égal à 66,66 % : le patient, son conjoint et ses ayants droits éventuels, sont exonérés du ticket modérateur et bénéficient d'une prise en charge à 100 % pour tous leurs soins et traitements, sauf les médicaments remboursés à 35 % et ceux remboursés à 15 %.

Si le taux d'IPP est supérieur ou égal à 80 % : le patient peut se voir accorder une allocation de recours à tierce personne s'il a besoin d'assistance pour effectuer les gestes de la vie quotidienne. Le montant de cette allocation varie en fonction de ses besoins d'assistance (mise en œuvre 1^{er} mars 2013).

Le taux d'IPP peut être le résultat de la somme de plusieurs accidents du travail, qui pris seul sont inférieurs au taux minimum pour accéder à une rente. Mais qui additionnés peuvent conduire à l'attribution d'une rente, à la demande de la victime. Art L434-2 du CSS.

La rente est égale au salaire annuel multiplié par le taux d'IPP. Art L434_2 du CSS

Les rentes sont revalorisées au 1^{er} Avril de chaque année sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation. Article L161-25 du CSS

(16)

1.2.9. **Rechute**

La rechute est une aggravation de la lésion initiale ou apparition d'une nouvelle lésion résultant de l'AT, après la guérison ou une consolidation. Il faut utiliser le CERFA S6909 et cocher la case « de rechute » en haut à droite. Le médecin indique précisément la nature des lésions constatées, et mentionne la date de l'accident du travail ou de trajet initial. Les volets n°1 et n°2 sont adressés à la caisse, le patient conserve le volet n°3 et remet le volet n°4 à son employeur en cas d'arrêt de travail. Après avis du médecin conseil, la Caisse notifie la décision de prendre en charge ou non la rechute au titre de l'accident du travail ou de trajet au patient. La Caisse lui adressera une feuille de soins AT MP. Les IJ sont versées selon les mêmes conditions que lors de l'arrêt initial. Les prestations servies par la Caisse sont les mêmes que lors de l'accident de travail initial. Article L443-2 du CSS ; Art Article R433-7 du CSS. (16)

1.2.10. **Visite de reprise et de pré reprise**

La visite de reprise est obligatoire si l'arrêt de travail pour AT est supérieur à 30 jours. Elle doit être effectuée dans les 8 jours après la reprise du travail. Art R4626-31 du Code du Travail. (18)

La visite de pré reprise n'est plus obligatoire. Elle est organisée s'il y a un arrêt de travail de plus de 3 mois, à la demande du médecin traitant, du médecin du travail, du médecin conseil ou du patient. Art R4634-29 du Code du Travail. Cette visite permet d'envisager les conditions de retour à l'emploi et de prévenir, grâce à la mise en place de mesures adaptées, le risque de licenciement pour inaptitude. C'est le service de santé au travail qui convoque le patient. Cette visite a lieu avant la fin de l'arrêt de travail. Article R4624-34 du Code du Travail
Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail

1.2.11. **Réadaptation fonctionnelle, rééducation professionnelle**

1.2.11.1. Réadaptation fonctionnelle :

La demande peut être faite par le patient ou la caisse. Il faut l'accord du médecin traitant et du médecin conseil. La caisse statue sur la nature et la durée du traitement. La victime a droit au versement des IJ. La caisse bénéficie d'un délai d'un mois pour répondre à la demande de la victime. En cas de refus de la caisse d'une réadaptation fonctionnelle, elle doit le notifier à la victime par lettre recommandée avec accusé de réception. Si la victime n'a pas reçu de réponse cela équivaut à un refus. Article R432-7 du CSS Créé par Décret 85-1353 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985

1.2.11.2. Rééducation professionnelle :

Les centres de Rééducation Professionnelle (CRP) sont des établissements médico-sociaux gérés par des organismes publics ou privés. Ils proposent des stages de rééducation professionnelle permettant aux personnes handicapées de suivre une formation qualifiante avec la possibilité d'être rémunérée. L'objectif des CRP est d'entraîner ou de ré-entraîner la personne au travail, en vue d'une insertion ou d'une réinsertion professionnelle. Les frais de formation sont pris en charge par l'assurance maladie. La durée des actions de formation est de 10 à 30 mois. Admission gratuite dans un établissement de rééducation professionnelle. Les IJ ou la rente sont maintenues. Livre IV, Titre III, Chapitre 2, Section 3 du CSS : Art L432-6 à L432-11 du CSS. (19)

1.2.12. **Formation durant l'arrêt de travail**

Le patient peut continuer à percevoir des IJ s'il souhaite participer à des formations professionnelles continues durant son arrêt de travail, avec l'accord du médecin traitant et du médecin conseil. « Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L.

6313-1 du code du travail ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire participe, sous réserve qu'après avis du médecin-conseil la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. La caisse fait part de son accord à l'assuré et, le cas échéant, à l'employeur, ce dernier en informant le médecin du travail » Art L323-3-1 du CSS ; Art L 433-1 du CSS

1.2.13. **Cas de faute inexcusable ou intentionnelles de l'employeur**

La victime ou ses ayants droit ont droit à une indemnisation complémentaire si l'accident est dû à une faute inexcusable de l'employeur. Art L452-1 du CSS. Par exemple en cas d'infraction aux règles de sécurité car l'employeur est tenu d'une obligation de sécurité. Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires. Indépendamment de l'indemnisation complémentaire, la victime a le droit de demander devant la juridiction de la sécurité sociale la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales endurées, des préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle. La réparation de ces préjudices est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur. Art L452-3 du CSS. Art L451-1, L451-2, L451-3 du CSS.

La faute inexcusable est à différencier de la faute intentionnelle de l'employeur qui suppose un acte volontaire accompli avec l'intention de causer des lésions et ne relève pas d'une imprudence.

1.2.14. **Cas de faute inexcusable ou intentionnelle de la victime**

Dans ce cas la victime n'a droit à aucune prestation ou indemnité au titre de l'accident du travail. Art L453-1 du CSS.

1.2.15. **En cas de décès à la suite d'un accident du travail**

Les ayants droit ont droit à une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime. Art L 434-8 du CSS. Les frais funéraires sont pris en charge par la caisse d'assurance maladie (dans la limite d'un montant maximum fixé par décret). Art L 435-1 du CSS.

2. RÉGIME AGRICOLE -MSA

2.1. Arrêt Maladie

3.2 millions de personnes étaient protégées en maladie par le régime agricole au 1er janvier 2016 (20). Le régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles comprend quatre branches : les prestations familiales ; l'assurance maladie, invalidité et maternité ; l'assurance vieillesse et veuvage et l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Art L722-8 du CRPM. Ces prestations sont servies par la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Chiffres utiles:

-460 000 exploitants dépendants de la MSA au 1^{er} Janvier 2016

-540 000 personnes relevant du régime non-salarié agricole ont été couvertes pour le risque AT-MP en 2016

-546 526 personnes cotisant à l'ATEXA en 2016

-5,6 millions de ressortissant au régime agricole au total au 1^{er} Janvier 2016

-2,2 millions de personnes couvertes pour le risque AT MP en 2016

-1,2 millions de personnes employées en métropole, dépendant du régime agricole au 1^{er} Janvier 2016

-Nombres d'actifs salariés protégés par la MSA en 2016 : 979 418

-Nombre total de personnes dépendant du régime salarié de la MSA protégé en 2016 : 1 819 883

-Effectifs des salariés agricoles (y compris élèves et apprentis) protégés contre le risque professionnel en 2015 : 1,7 millions.

-En 2015 la MSA recense 70 898 accidents du travail, en 2016 : 70 223 accidents du travail recensés pour salariés et non-salariés agricoles

La MSA a aussi une mission de prévention pour le risque ATMP Art L 751-11 du CRPM. Le financement branche ATMP salariés se fait par les cotisations des employeurs Art L751-10 du CRPM

2.1.1. Régime des exploitants agricoles non-salariés

Ils représentent 45% des bénéficiaires du régimes agricole. Ils ne bénéficient d'indemnités journalières que depuis le 1er janvier 2014 à la suite de la publication de l'article 71 de la loi de Financement de la sécurité sociale pour 2013 (21) qui crée les indemnités journalières AMEXA (assurance maladie des exploitants agricoles). (22)

2.1.1.1. Bénéficiaires

Les exploitants agricoles non-salariés sont définis par l'article L722-1 du code rural et de la pêche maritime (CRPM) :

- Exploitations de culture et d'élevage, exploitations de dressage, entreprises de travaux agricoles ou de travaux forestiers,
- Établissements de conchyliculture et de pisciculture...

Les bénéficiaires sont définis par l'article L732-4 du CRPM : les exploitants agricoles, les collaborateurs d'exploitations et les aides familiaux.

2.1.1.2. Conditions d'indemnisation

Pour bénéficier des indemnités journalières le patient doit être affilié à l'AMEXA depuis au moins un an (Article D732-2-1 du CRPM) et être à jour de la cotisation forfaitaire spécifique obligatoire (200 euros en 2016). Elle est incluse dans ses cotisations à la MSA.

2.1.1.3. Arrêt initial

Les volets 1 et 2 du certificat d'arrêt de travail devront être envoyés au service médical de la caisse de la MSA dans les 2 jours suivant sa rédaction (Article D732-2-7 du CRPM). Le 3ème volet est à conserver par l'exploitant.

2.1.1.4. Jours de carence

Le délai de carence est de 7 jours en cas de maladie et de 3 jours en cas d'hospitalisation (article D732-2-2 du CRPM).

2.1.1.5. Durée d'indemnisation

Pour les arrêts de travail hors ALD et inférieurs à 6 mois la durée d'indemnisation est de 360 jours sur une période de 3 ans au titre d'une ou plusieurs maladies.

En cas d'arrêt supérieur à 6 mois, le patient sera soit déjà en ALD 30 soit mis en ALD non exonérante (car nécessité de soins continus supérieurs à 6 mois hors ALD 30) et pourra percevoir des indemnités pour une durée maximale de 3 ans. La période d'indemnisation de 3 ans est renouvelable après une reprise d'activité continue d'un an (article D732-2-4 du CRPM).

En pratique :

Si l'arrêt est supérieur à 45 jours alors déclenchement d'un contrôle systématique du dossier par un médecin-conseil de la MSA qui convoquera le patient s'il trouve l'arrêt incohérent.

Il n'existe pas de réel statut « arrêt longue maladie » à la MSA. A partir de 6 mois d'arrêt, s'il le juge

utile, le médecin conseil mettra le patient en ALD non exonérante (Article L324-1 CSS) pour prolonger les indemnités journalières (si cela n'a pas déjà été fait par le médecin traitant ou si le patient n'est pas déjà en ALD 30).

Un contrôle physique médical par le médecin conseil a lieu au moins dans les six premiers mois en théorie. Il n'y a pas de démarche particulière à faire pour renouveler cet arrêt à part le prolonger sur CERFA.

Les contrôles réalisés par la MSA dépendent des dossiers et des patients. Le patient est revu six mois avant la fin des trois ans pour statuer de la mise en invalidité ou non.

2.1.1.6. Montant des indemnités

L'indemnité journalière est de 20.91 euros les 28 premiers jours d'arrêt puis de 27.88 euros à partir du 29ème jour.

2.1.1.7. Temps partiel thérapeutique

Il sera possible pour les exploitants à partir du 1er janvier 2018. Il est inscrit dans l'article 63 du projet de loi de Financement de la sécurité sociale pour 2017 (23). Il sera régi par le nouvel article L 752-5-1 du CRPM. Il doit faire suite à un arrêt de travail à temps complet indemnisé donc supérieur à 3 jours.

En pratique : il faut l'accord du médecin traitant et du médecin conseil. Il faut donc anticiper cette reprise à temps partiel et notifier sur le dernier arrêt à temps complet qu'il est envisagé.

Il faut bien sûr le prescrire en tant que prolongation.

2.1.1.8. Invalidité

Si au terme des 3 ans d'indemnités journalières l'état du patient ne lui permet pas de reprendre son activité alors il sera mis en invalidité. Article L732-8 du CRPM. Articles R732-3 à R*732-12 du CRPM.

En pratique : Pour être reconnu en invalidité l'exploitant doit avoir moins de 60 ans et assujetti à l'AMEXA depuis au moins un an (24)

Il y a deux catégories d'invalidité à la MSA :

- Partielle : invalidité réduisant d'au moins 2/3 la capacité à exercer la profession agricole.
- Totale : totalement inaptes à l'exercice de la profession agricole.

Il y a possibilité de mettre le patient en invalidité avant le terme des 3 ans si la pathologie est stabilisée et qu'il n'y a plus de traitement. Par exemple un patient pourra reprendre une activité professionnelle et être en invalidité en première catégorie. Prévenir le patient qu'une invalidité est toujours concédée à titre temporaire (possibilité changer de catégorie ou d'être retirée).

2.1.2. Régime des salariés agricoles

Ils représentent 55% des bénéficiaires du régime maladie agricole. Les textes de référence sont : une circulaire interministérielle de mai 2015, l'Article L742-3 du CRPM et le site de de la MSA. Les salariés agricoles ont les mêmes modalités d'attribution des indemnités journalières que le régime général.

2.1.2.1. Bénéficiaires

Ils sont détaillés dans l'article L722-20 du CRPM.

2.1.2.2. Conditions d'indemnisation

Pour un arrêt de travail inférieur à 6 mois, le patient doit avoir cotisé pendant les 6 mois précédant l'arrêt sur un salaire au moins égal à 1015 fois le montant du SMIC horaire, ou avoir travaillé au moins 150 heures dans les 3 mois précédant l'arrêt (ou 90 jours).

Pour un arrêt de travail supérieur à 6 mois, le patient doit :

-justifier de 12 mois d'immatriculation en tant qu'assuré social auprès de la MSA et/ou d'un autre régime d'assurance maladie, et avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail ;

-ou avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail.

Pour les patients exerçant une profession à caractère saisonnier ou discontinu avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 fois le montant du SMIC horaire au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail, ou avoir travaillé au moins 600 heures au cours des douze mois civils ou des 365 jours consécutifs précédant l'arrêt.

2.1.2.3. Arrêt initial et prolongation

Le patient doit envoyer sous 48h les volets 1 et 2 du certificat initial d'arrêt de travail à sa caisse de MSA. Le volet 3 doit être envoyé également sous 48h à son employeur ou à Pôle emploi.

2.1.2.4. Jours de carence et durée d'indemnisation

Cf régime général

2.1.2.5. Montant des indemnités

Cf régime général

2.1.2.6. Visite de reprise

La visite de reprise est obligatoire pour un arrêt supérieur ou égal à 30 jours. Elle est à réaliser dans un délai de 8 jours qui suit la date de reprise auprès d'un médecin du travail de la MSA.

En cas d'arrêt de travail, il y a possibilité pour le patient de passer une visite de pré-reprise sans notion de durée minimum.(25)

2.2. Accident du travail

2.2.1. Régime des exploitants agricoles non-salariés

L'article L752-2 du CRPM définit l'AT pour les non-salariés de régime agricole ainsi que l'accident de trajet pour lequel la victime doit apporter la preuve que l'accident est survenu pendant le trajet d'aller et retour entre son domicile, son lieu de travail et tout lieu où il est susceptible de se rendre dans l'exercice de son activité.

L'ATEXA est une assurance obligatoire pour les risques accidents du travail et maladie professionnelle pour les non-salariés agricoles. Elle est gérée uniquement par la MSA depuis le 1^{er} Janvier 2014. Auparavant l'exploitant pouvait être affilié à un organisme d'assurance privé agréé pour le risque professionnel. L'exploitant doit cotiser dès son installation. Le montant de la cotisation varie en fonction du risque. La cotisation à la caisse ATEXA est annuelle et forfaitaire et varie selon le statut de l'assuré et le secteur d'activité (en 2014, elle se situait entre 411 et 447 € pour un exploitant). (26)

2.2.1.1. Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont les travailleurs non-salariés agricoles travaillant dans :

- une exploitation d'élevage ou de culture,
- les travaux forestiers et entreprises de travaux forestiers définis à l'article L. 722-3 du CRPM
- un établissement de Piscicultures et conchyliculture (élevage des coquillages), la pêche maritime à pied professionnelle sauf pour les personnes qui relèvent du régime social des marins ;
- une entreprise de travaux agricoles définis par l'article L722-2 du CRPM,
- une activité exercée en qualité de non-salariés par les mandataires des sociétés ou caisses locales d'assurances mutuelles agricoles dans les conditions prévues par décret.

L'article L722-5 du CRPM précise que pour être considéré comme exploitants agricoles, certaines conditions doivent être remplies : surface minimale d'exploitation et/ou temps de travail au moins

égal à 1200 heures par an. L'obligation d'assurance n'est pas applicable aux bailleurs à métayage. Les aides familiaux, les associés d'exploitations, les enfants âgés de 14 à 16 ans (ou jusqu'à 20 ans dans certains cas) participant occasionnellement aux travaux et non déclarés en tant qu'aides familiaux sont également couverts pour le risque professionnel.

Les conjoints de l'exploitant marié, pacsés ou vivant en concubinage lorsqu'il exerce une activité régulière sur l'exploitation mais sans rémunération peuvent prétendre au statut de collaborateur d'exploitation ou d'entreprises agricole. Art L722-19 du CRPM, Art L752-1 du CRPM, Art L722-1 du CRPM

Les bénéficiaires sont couverts pour le risque AT-MP dès le premier jour d'activité.

2.2.1.2. Déclaration de l'accident de travail

2.2.1.2.1. La victime :

La déclaration d'accident doit être faite à la MSA dans un délai de 8 jours. La victime doit faire établir un certificat médical initial par un médecin (CERFA S6909). La victime a le libre choix du professionnel de santé. Il y sera décrit toutes les lésions résultant de l'accident. Les lésions qui ne sont pas relevés lors de l'examen initial et noté sur le certificat médical initial ne seront pas pris en charge par la suite (en cas de rechute par exemple). Il n'est pas obligatoire de rédiger un certificat médical initial complémentaire sur papier libre. Le patient doit aussi adresser une attestation de salaire à la MSA.(27)

2.2.1.2.2. La MSA :

Elle délivre à la victime la feuille d'accident du travail (CERFA 12577*02 (MSA)). Au cours des soins lorsque la feuille d'accident est totalement remplie, le patient la renvoie à la MSA qui lui en délivre une nouvelle. Art D752-66 du CRPM. En cas de non-respect du délai de déclaration, la Caisse peut sanctionner la victime. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse. Si besoin la caisse peut réaliser une enquête sur la matérialité de l'AT, s'il y a un doute sur l'imputabilité. Le délai d'instruction du dossier par la MSA est d'un mois. Ce délai peut être allongé d'un mois pour les besoins de l'enquête.

2.2.1.2.3. Imputabilité :

La victime bénéficie de la présomption d'imputabilité. Il appartient à la caisse de mutualité sociale agricole saisie d'une déclaration d'accident d'apporter la preuve de son caractère non professionnel. Cependant selon l'Art L752-2 du CRPM, en cas d'accident de trajet c'est à l'assuré la preuve de

l'origine professionnelle. Art L752-24 du CRPM

2.2.1.3. Prestations :

L'article L752-3 du CRPM résume les prestations accordées au titre d'accident du travail pour les bénéficiaires. Nous les détaillons ci-dessous

2.2.1.3.1. Prestations en espèces- Indemnisations :

Des indemnités journalières sont versées pour les chefs d'exploitations, les collaborateurs d'exploitation/d'entreprise agricole, les aides familiaux et les associés d'exploitation pendant la période d'incapacité temporaire de travail. Art L752-3 du CRPM.

Les IJ sont versées jusqu'à la guérison complète, la consolidation ou le décès de la victime.

Art L752-5 à Art L752-8 du CRPM.

Montants des IJ : 60% du 1/365ème du gain forfaitaire annuel (lequel est fixé à 12 796,23 € au 1er avril 2014) soit 21,04 € à compter du 8ème jour d'arrêt de travail. Puis à compter du 29ème jour : 80% du 1/365ème du gain forfaitaire annuel. Le délai de carence est de 7 jours sans distinction avec les jours ouvrables et les jours fériés. Art D752-22 du CRPM.(26)

2.2.1.3.2. Prestations en nature -prise en charge des soins :

L'ATEXA rembourse en totalité (PEC à 100%) les frais médicaux, de transport et d'appareillage à l'exception de la participation forfaitaire d'1€ et des franchises médicales. Les tarifs de prise en charge sont ceux de l'assurance maladie. L'assuré est dispensé de l'avance des frais.

Les frais pris en charge par l'ATEXA :

- frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation ;
- frais de fourniture, de réparation et de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie ;
- frais de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle et de reclassement professionnel
- frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et, d'une façon générale, des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle et la rééducation professionnelle

Art L 752-3 DU CRPM, Art L752-4 du CRPM.

Les transports sont pris en charge à 100% si médicalement justifiés dans la limite des tarifs de responsabilité. Pas d'avance des frais

Les tarifs de prise en charge des prothèses sont ceux de l'assurance maladie à l'exception de certaines prothèses qui bénéficient d'un coefficient de prise en charge de 1,5. L'assuré est dispensé de l'avance des frais.(27)

2.2.1.4. Guérison

Le patient doit faire établir un certificat médical final de guérison par le médecin traitant ou par le médecin initialement consulté (CERFA S6909). La date de guérison de la blessure est fixée par la caisse de mutualité sociale agricole sur avis du service du contrôle médical, après avoir pris connaissance du certificat médical du praticien consulté. Art L752-24 du CRPM

2.2.1.5. Consolidation

Le patient doit faire établir par son médecin traitant ou le médecin initialement consulté, un certificat médical final de consolidation (CERFA S6909). La date de guérison ou de consolidation de la blessure est fixée par la caisse de mutualité sociale agricole sur avis du service du contrôle médical, connaissance prise du certificat médical du praticien consulté. Art L752-24 du CRPM

2.2.1.6. Rechute

Nouveau certificat médical de rechute (CERFA S6909) avec mention de la date de l'AT initial. La charge de la preuve est à la victime, doit prouver que les lésions en cours sont en lien avec l'AT initial

Les IJ sont versées aussi dans le cas de rechute prévu au chapitre III du titre IV du livre IV du code de la sécurité sociale. Art L752-5 DU CRPM. Art L752-24

Article D752-22 code rural et de la pêche maritime délai de carence de 7 jours pour le versement des IJ en cas de rechute.

2.2.1.7. Temps partiel thérapeutique

Il n'était pas possible jusqu'à présent pour les non-salariés agricoles de bénéficier d'un temps partiel thérapeutique. Cela change au 1^{er} Janvier 2018 selon l'Article 63 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale 2017.(28) Le patient pourra reprendre en travail léger sur prescription du médecin traitant, après un arrêt à temps complet et accord du médecin conseil de la MSA. Des IJ seront versées, le montant sera fixé par décret.

Amendement N°935 du 27 Octobre 2016.

2.2.1.8. Incapacité partielle permanente

Le taux d'IPP est défini par le médecin conseil de la MSA selon le barème réglementaire en vigueur.

L'ATEXA verse une rente pour accident du travail à partir d'un taux d'incapacité de travail de 30 % pour le chef d'exploitation ou d'entreprise et le membre de société, et de 100 % pour le collaborateur d'exploitation, l'aide familial, l'associé d'exploitation, l'enfant âgé de 14 à 20 ans et

le cotisant de solidarité.

Il n'y a pas de capital versé en cas de taux d'IPP < 30%.

La victime peut bénéficier d'une prestation complémentaire pour recours à une tierce personne si l'IPP entraîne le recours à une tierce personne pour les activités de la vie quotidienne (revalorisée au 1er avril de chaque année).

L'exploitant peut aussi avoir droit à une rente s'il a présenté plusieurs accidents du travail et que le taux d'IPP de ces différents AT atteint un total de plus de 30%.

La commission des rentes de la MSA statue sur le taux d'IPP fixé par le médecin conseil.

Le taux d'IPP peut être réévalué au cours du temps en cas d'amélioration ou d'aggravation.

(29)

2.2.1.9. Visite de reprise

Arrêt de plus de 45 jours : le patient sera convoqué pour une consultation avec le médecin conseil de la MSA, systématique. *Pas de données spécifiques retrouvées pour la visite de reprise du non salarié agricole.*

2.2.1.10. Droit à a formation

Article L752-5- 2 du CRPM Créé par [LOI n°2016-1827 du 23 décembre 2016 - art. 63.](#)

Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article [L. 6313-1](#) du code du travail ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information ou de conseil auxquelles la caisse de Mutualité sociale agricole participe, sous réserve qu'après avis du médecin-conseil, la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt. La caisse fait part de son accord à l'assuré.

L'organisation d'une formation durant l'arrêt se fait en lien avec le service d'action sociale de la MSA.

2.2.1.11. En cas de décès liés à l'AT :

Lorsque la victime décède des suites de l'accident du travail, le/la conjoint(e) ou le concubin ou la personne liée à lui par un pacte civil de solidarité ainsi que les enfants bénéficient de rentes dans les conditions prévues aux articles L. 434-8 à L. 434-12 du code de la sécurité sociale. Ces rentes sont déterminées sur la base, selon le cas, du gain forfaitaire annuel. La rente est versée par l'ATEXA, elle prend aussi en charge les frais funéraires. Article L752-7 du CRPM et Article L752-3 du CRPM

2.2.2. Régime des salariés des professions agricoles

L'accident du travail est aussi défini par le Code rural et de la pêche maritime (CRPM) par l'article L751-6 du CRPM. Il rejoint la définition établie par le Code de la Sécurité Sociale. (30)

La loi n° 72-965 du 25/10/1972 garantit, depuis le 1er juillet 1973, pour les salariés agricoles, un régime de réparation géré exclusivement par la MSA en cas d'accident du travail, d'accident de trajet ou de maladie professionnelle.

2.2.2.1. Bénéficiaires :

L'ouverture des droits pour le risque professionnel se fait dès le premier jour d'activité, même pour les saisonniers.

Les bénéficiaires de l'assurance obligatoire pour le risque AT-MP sont définies par le CRPM Art L751-1 à L751-5 et sont les suivants :

- Les élèves des établissements d'enseignement technique et de formation professionnelle agricoles pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cet enseignement ou de cette formation ;
- Des personnes travaillant bénévolement au fonctionnement d'organisme social sans but lucratif au profit des professions agricoles
- Les salariés agricoles désignés, siégeant dans une commission, un conseil ou un comité administratif ou paritaire, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions ;
- Les salariés agricoles accomplissant un stage de formation pour les accidents survenus à l'occasion de cette formation ;
- Les salariés agricoles en cours de reconversion/reclassement pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reconversion/ reclassement ;
- Les salariés agricoles désignés, dans les conditions définies à l'[article L. 225-8 du code du travail](#), pour siéger dans une instance instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'Etat,
- Les élèves et étudiants des établissements autres que ceux mentionnés au 1° effectuant, auprès d'un employeur relevant du régime agricole, un stage les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de stages effectués dans le cadre de leur scolarité ou de leurs études ;
- Les travailleurs temporaires, liés par un contrat de travail temporaire dans une entreprise dépendant du régime agricole, Lorsqu'une entreprise de travail temporaire a pour objet de mettre des salariés liés par un contrat de travail temporaire exclusivement à la disposition d'entreprises utilisatrices entrant dans le champ d'application de l'article [L. 722-1](#), Art L 722-24 du CRPM

Tous les salariés agricoles ainsi que les élèves et les apprentis des établissements d'enseignements agricoles, hormis ceux du Bas-Rhin, du Haut Rhin et de la Moselle qui bénéficient d'un régime

particulier. Art L 751-4 du CRPM

2.2.2.2. Déclaration de l'accident de travail :

2.2.2.2.1. La victime

Le salarié à 24h pour déclarer son accident du travail à son employeur, sauf cas de force majeure.

En cas de non déclaration de l'employeur à la MSA, la victime ou ses ayants droits bénéficient d'un délai de 2 ans pour effectuer la déclaration auprès de la MSA.

Etablissement d'un certificat médical initial (CERFA S6909c ou formulaire MSA). Les deux premiers volets sont adressés à la MSA, le troisième est conservé par le patient. Le quatrième est remis à l'employeur. Art L751-27 du CRPM

La victime bénéficie de la présomption d'imputabilité. (31)

2.2.2.2.2. L'employeur

L'employeur doit respecter un délai de 48h pour déclarer l'AT à la MSA (dimanches et jours fériés non compris). L'employeur a une obligation déclaration mais peut, lors de la déclaration, émettre des réserves sur l'AT.

En cas de décès de la victime, l'employeur doit contacter la MSA à laquelle la victime était affiliée pour effectuer les démarches. Attestation de salaire adressée à la MSA.

L'employeur remet au salarié la feuille AT/MP. CERFA n°S6201. Art L751-27 du CRPM

Si l'AT n'entraîne ni arrêt de travail ni soins médicaux, l'employeur peut être autorisé par la caisse à déclarer l'AT sur un registre. Il peut inscrire l'accident dans un registre destiné à cet effet, sans déclarer à la caisse si l'accident n'entraîne ni arrêt de travail, ni soins. Si par la suite, la victime nécessite des soins ou un arrêt de travail en lien avec cet accident, l'employeur doit envoyer la déclaration d'AT à la Caisse. Art L 751-26 du CRPM. (31)

2.2.2.2.3. La Caisse :

Elle a 3 mois maximum pour statuer pour se prononcer sur le caractère professionnel de l'accident à la date de réception du certificat médical initial. La MSA a trente jours, à compter de la date de réception de la déclaration d'accident et du certificat médical initial, pour se prononcer sur le caractère professionnel de l'accident. Si nécessaire la MSA peut engager une instruction contradictoire. Elle peut recourir à un délai supplémentaire de 2 mois, après en avoir informé le salarié et l'employeur. (31)

2.2.2.3. Prestations

Les prestations servies pour le risque accident du travail pour les salariés des professions agricoles sont définies par l'Art L 751-8 du CRPM.

« Les dispositions du titre III et du chapitre III du titre IV du livre IV du code de la sécurité sociale

relatives aux prestations en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont applicables au régime défini au présent chapitre. »

Les conditions à respecter par le patient pour bénéficier des prestations :

- respecter les horaires de présence au domicile
- abstenir de toute activité sans autorisation du médecin traitant
- se soumettre aux contrôles effectués par la MSA ou l'employeur
- respecter les délais de déclarations

2.2.2.3.1. Prestations en espèces - Indemnités journalières

Elles sont calculées en fonction du salaire de base, en principe calculé sur le salaire du mois précédent l'accident. La durée de versements des IJ illimitées, jusqu'à la consolidation ou la guérison. Le salaire du jour de l'accident est à la charge de l'employeur.

- 60% du salaire jusqu'au 28eme jour d'arrêt
- 80% du salaire à partir du 29eme jour d'arrêt

Il n'y a pas de délai de carence

Le salaire peut être maintenu en totalité par certains employeurs par subrogation de salaire. Les IJ sont versées dans ce cas-là par la MSA à l'employeur qui verse ensuite le salaire au patient en arrêt. Sinon les IJ sont versées par la MSA.

(31)

2.2.2.3.2. Prise en charge des soins- Prestations en nature

Remboursement à 100 % des frais médicaux liés à l'accident du travail sur la base et dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie sans avance de frais (honoraires médicaux, frais d'examen paracliniques.) À l'exception de la participation forfaitaire d'un euro et des franchises médicales qui restent à la charge du patient ainsi que les prestations habituellement non remboursées et les dépassements d'honoraires. Le patient bénéficie du tiers payant s'il présente sa feuille accident du travail aux professionnels de santé le prenant en charge. Idem régime général. Le forfait hospitalier est pris en charge par l'assurance.

Certaines prothèses bénéficient d'un coefficient de prise en charge de 1,5. (150%)

Les transports : pris en charge à 100% s'ils sont médicalement justifiés.

Les cures thermales sont prises en charge à 100% dans le cadre d'un AT.

(31)

2.2.2.4. Temps partiel thérapeutique

2.2.2.4.1. Le salarié agricole

Il peut reprendre un travail léger avant la guérison ou la consolidation de la lésion. Les conditions et les démarches pour une reprise du travail en temps partiel thérapeutique sont les mêmes que pour le régime général. Art R751-56 du CRPM, Art R433-15 du CSS.

Cf paragraphe 1.2.4 (temps partiel thérapeutique du régime général)

Il doit faire suite à un arrêt à temps complet. Il est prescrit par le médecin traitant. Le certificat médical de reprise en travail léger doit être adressé dans les 24h à la MSA. Le certificat médical doit être adressé dans les 48h à la MSA.

Accord du médecin conseil nécessaire.

En pratique : Il faut anticiper le temps partiel thérapeutique, le signaler sur le dernier arrêt à temps complet pour pouvoir organiser ce temps partiel thérapeutique avec la médecine du travail et obtenir l'accord de l'employeur. Durée maximum de 365 jours sur 3 années glissantes.

Si le patient doit de nouveau être en arrêt à temps complet alors qu'il est en temps partiel thérapeutique, il faut cocher prolongation sur le formulaire d'arrêt de travail. Des indemnités journalières peuvent être maintenues en cas de reprise d'un travail léger

2.2.2.4.2. L'employeur :

Il doit donner son accord pour la reprise en travail léger. Il peut refuser le temps partiel thérapeutique s'il estime que cela est incompatible avec l'activité de l'entreprise par exemple. En cas de refus de l'employeur, le patient peut poursuivre son arrêt de travail à temps plein.

L'employeur adresse à la MSA une attestation de salaire « reprise à temps partiel thérapeutique » le cas échéant.

2.2.2.5. Guérison

Il doit faire établir un certificat médical final de guérison. A adresser à la MSA, un volet à conserver par la victime. Art L 751-27 CRPM.

La date de guérison est fixée par la MSA selon l'Article L751-31 du CRPM.

2.2.2.6. Consolidation

Le certificat médical final de consolidation est à faire établir par le médecin traitant.

A adresser à la MSA, un volet est à conserver par la victime. Art L 751-27 CRPM.

La date de consolidation est fixée par la MSA selon l'Article L751-31 du CRPM.

2.2.2.7. Rechute

Prise en charge au titre de l'accident de travail initial après accord de la MSA. Le patient bénéficie

des mêmes prestations que lors de l'arrêt initial. Il fera établir un certificat médical de rechute. C'est à l'assuré de prouver l'aggravation de l'état de santé en lien avec l'AT initial alors qu'initialement il y a présomption d'imputabilité (entretien MSA) qui est lié à l'AT initial

2.2.2.8. Incapacité partielle permanente

C'est le médecin conseil de la MSA qui fixe le taux d'IPP selon un barème réglementaire. Art L751-31 du CRPM. La victime a droit à une indemnisation par un capital versé en une fois si le taux IPP est < 10%. Si le taux d'IPP est supérieur ou égale à 10%, elle a droit au versement d'une rente. Cette rente est calculée en fonction des salaires perçus au cours des douze derniers mois précédant l'AT. Cette dernière est égale au salaire de l'assuré multiplié par le taux de la rente. Ce taux est calculé à partir du taux d'IPP, en divisant de moitié la partie du taux d'IPP inférieure à 50 et en augmentant de moitié la partie supérieure à 50.

Si l'assuré présente un taux d'IPP au moins égale à 80 % et qu'il est dans l'impossibilité d'accomplir seul un certain nombre d'actes de la vie courante, il peut bénéficier d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP).

A noter qu'en cas d'amélioration ou d'aggravation de l'état de santé du patient le taux d'IPP peut être révisé par le médecin conseil MSA.

Les élèves ou étudiants ne dépendant pas des établissements d'enseignements agricoles, effectuant un stage auprès d'un professionnel dépendant du régime agricole, ne bénéficie pas du versement d'un capital en cas d'IPP à la suite d'un AT. Art L 751-8 du CRPM

2.2.2.9. Visite de reprise et de pré reprise

La visite de reprise est obligatoire si l'arrêt de travail est supérieur à 30 jours. Elle doit être réalisée dans les 8 jours suivant la reprise effective du travail.

La visite de pré-reprise n'est plus obligatoire. Elle peut être demandé par le patient ou par le médecin traitant ou le médecin conseil de la MSA le prenant en charge. Elle est effectuée avant la reprise du travail comme son nom l'indique.

A noter qu'une attestation de reprise du travail doit être effectuée par l'employeur qui l'adresse à la MSA lors de la reprise à temps plein du salarié.

En cas d'arrêt pour AT > 45 jours, le dossier sera examiné par un médecin conseil de la MSA. Le patient sera convoqué dans les 6 premiers mois de l'arrêt pour avis du médecin conseil.

2.2.2.10. Droit à la formation durant l'arrêt

Oui, sous certaines conditions. L'accord du médecin conseil est nécessaire.

Les indemnités journalières sont maintenues en cas de formation pendant l'arrêt.

2.2.2.11. Reclassement/ Réadaptation fonctionnelle/ Rééducation professionnelle

Les frais liés à une réadaptation fonctionnelle ou une rééducation professionnelle ou un reclassement sont pris en charge par la MSA sous réserve de l'accord du médecin conseil.

Il peut être proposé un reclassement ou une rééducation professionnelle en cas d'inaptitude.

Cf Régime général

2.2.2.12. Indemnités temporaires d'inaptitude dans l'attente d'un reclassement ou d'un licenciement :

Le salarié qui est déclaré inapte par la médecine du travail peut, sous certaines conditions bénéficier d'une indemnité temporaire d'inaptitude pour une durée maximale de 30 jours.

Il faut pour cela adresser un formulaire de demande à la MSA, sur lequel le médecin du travail indique qu'un lien est susceptible d'être établi entre l'inaptitude et l'AT. Le patient doit aussi attester sur l'honneur qu'il ne peut recevoir aucune rémunération liée au poste de travail auquel il a été déclaré inapte. Un des volets de ce formulaire est à adresser à l'employeur. L'inaptitude est déclarée par le médecin du travail suite à 1 ou 2 examens médicaux. Le 2^{ème} examen doit intervenir dans un délai maximum de 15 jours après le 1^{er} examen. Pour procéder à un avis d'inaptitude, le médecin du travail doit : réaliser au moins un examen médical, et si besoin, des examens complémentaires, réaliser une étude de poste et des conditions de travail dans l'entreprise et indiquer la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée (pour les entreprises de plus de 10 salarié)

2.2.2.13. Cas de faute inexcusable de l'employeur ou de la victime / faute de l'assuré ou d'un tiers

Selon l'Article L751-9 du CRPM : les dispositions des Art L 451-1 à L455-2 du CSS sont applicables aux salariés agricoles. C'est-à-dire que les démarches, les droits sont les mêmes que pour le régime général

⇒ Faute de l'assuré ou d'un tiers

⇒ Faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur

Mais pour le versement des prestations en lien avec l'AT, les prestations sont versées par la MSA et non la CPAM.

2.2.2.14. En cas du décès du patient :

Les frais funéraires sont pris en charge par la MSA, dans la limite d'un certain montant.

Les ayants droit bénéficient d'une rente.

3. Régime des travailleurs non-salariés des professions non agricoles (ancien RSI)

Le régime social des indépendants (RSI) regroupait en 2015 2,8 millions de cotisants dont 35 % de commerçants, 38 % d'artisans et 27 % de professionnels libéraux. (32)

Le RSI est créé en 2006. Il était le deuxième régime de protection sociale en France. Il assure la couverture du risque maladie et maternité de l'ensemble des travailleurs indépendants ainsi que le versement de la retraite de base de ces assurés, à l'exception des professions libérales. Le RSI ne couvre pas ses assurés contre les risques accidents du travail et maladies professionnelles

À compter du 1er janvier 2018, la protection sociale des travailleurs indépendants sera confiée au régime général (PLFSS 2018)(28). Les travailleurs indépendants bénéficieront, pour l'essentiel, des mêmes prestations que les salariés du régime général mais une organisation particulière pour leur recouvrement, conçue en fonction de leur besoin. Il est prévu une phase de transition de 2 ans à partir du 1er Janvier 2018. A partir de 2019 les nouveaux travailleurs indépendants non agricoles verront leur protection sociale directement confiée à la CPAM. Les travailleurs affiliés au RSI avant 2019 verront leur protection sociale transférée auprès des CPAM en 2020. (33)

Le RSI en quelques chiffres (2016)

Cotisations :

-2,8 millions de cotisants dont 40 % sont micro-entrepreneurs

Maladie :

-4,6 millions de bénéficiaires (dont les ayant-droit)

-8,6 milliards d'euros de prestations versées

Organisation :

- 1 caisse nationale, 29 caisses régionales

- les prestations d'assurance maladie sont versées par 19 organismes conventionnés avec le RSI

3.1. Arrêt Maladie

3.1.1. Bénéficiaires

Les bénéficiaires de ce régime sont les travailleurs indépendants relevant des groupes des professions artisanales, commerciales, industrielles et libérales (article L613-1 du CSS). Les modalités sont cependant différentes selon la profession. (34)

3.1.2. Arrêt initial et prolongation

Le patient doit envoyer les volets 1 et 2 de son certificat initial d'arrêt de travail sous 48h au "service médical de la caisse de base du régime social des indépendants" (article D613-23 du CSS). La prolongation d'arrêt de travail si elle a lieu doit être réalisée par le médecin traitant ou le médecin qui a rédigé l'arrêt initial. (35)

3.1.3. Régime d'indemnités journalières des artisans, commerçants et industriels

Texte de référence : Décret n° 2017-612 du 24 avril 2017 relatif aux prestations en espèces versées en cas de maladie et de maternité pour les assurés affiliés au régime social des indépendants.

3.1.3.1. Conditions d'indemnisation

Le patient doit être affilié au régime des indépendants depuis au moins un an et être à jour de ses cotisations à la date du constat médical d'arrêt de travail (article D613-16 du CSS).

3.1.3.2. Délai de carence

Le délai de carence est de 3 jours en cas d'hospitalisation et de 7 jours en cas de maladie (article D613-19 du CSS).

A savoir : à partir du **1er janvier 2018**, les arrêts de travail de plus de 7 jours prescrits en cas de maladie ou d'accident seront soumis à un délai de carence de 3 jours (au lieu de 7 actuellement). Les arrêts de travail de 7 jours ou moins ne seront pas indemnisés (article 2 du **Décret n° 2017-612 du 24 avril 2017 relatif aux prestations en espèces versées en cas de maladie et de maternité pour les assurés affiliés au régime social des indépendants**). (36)

3.1.3.3. Durée d'indemnisation

Arrêt de travail inférieur à 6 mois et hors ALD : la durée maximale d'indemnisation, pour une ou plusieurs pathologies, est de 360 jours sur une période de 3 ans. Prolongations classiques sans autre démarches particulières.

Arrêt supérieur à 6 mois : même principe que pour le régime général établi par l'article L324-1 du CSS. Rédaction d'un protocole n°S3501 par le médecin traitant qui met le patient en ALD sur liste ou en ALD non exonérante (= en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à 6 mois autre que les ALD sur liste).

C'est le médecin conseil qui donne son accord pour le prolongement de l'arrêt suite à la réalisation de ce protocole. La période maximale d'indemnisation est alors de 3 ans (article D613-20 du CSS) . Le patient doit être examiné périodiquement par le médecin conseil (article D613-19-1 du CSS).

3.1.3.4. Montant d'indemnisation

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 1/730 du revenu d'activité annuel moyen des trois années civiles précédant la date de la constatation médicale de l'incapacité de travail (article D613-21 du CSS).

3.1.4. Temps partiel thérapeutique

Depuis le 1er mai 2017 les artisans, commerçants et industriels peuvent bénéficier du temps partiel thérapeutique. Le mi-temps thérapeutique doit faire suite à un arrêt à temps complet sauf en cas d'affection longue durée. L'indemnité journalière est égale à la moitié de celle d'un arrêt de travail à temps complet (maximum 26,87 euros). Elle peut être accordée pendant 90 jours sur une période de 3 ans. En cas d'ALD, elle peut être délivrée pendant 270 jours sur une période de 4 ans (Article D613-21-1 du CSS).

3.1.5. Incapacité/Invalidité

Le médecin-conseil du RSI procédera à un examen médical complet et déterminera l'invalidité ou l'incapacité. Le patient peut bénéficier d'une pension pour **incapacité partielle** si son état présente une perte de capacité de travail ou de gain supérieure à 2/3 par rapport aux conditions physiques requises pour la profession exercée. La pension annuelle est égale à **30 % du revenu annuel moyen**. En cas d'**invalidité totale** et définitive et si l'accès à l'emploi est restreint de façon importante et durable alors il peut bénéficier d'une pension pour incapacité totale. La pension annuelle est alors égale à 50% du revenu annuel moyen.

Si le patient à l'âge légal du départ à la retraite alors la pension d'invalidité est remplacée par la pension de vieillesse. (37)

3.1.6. Pas de visite de reprise

Les patients affiliés au RSI ne bénéficient pas de suivi par un service de médecine du travail. Il n'y a donc pas de visite de reprise.

3.2. Accident du travail

La Sécurité Sociale des Indépendants ne couvre pas ses assurés contre les risques accidents du travail et maladies professionnelles.

3.2.1. Prestations en espèces

3.2.1.1.1. Artisans et commerçants

Les indemnités journalières sont versées par la Sécurité Sociale des Indépendants au titre de la maladie. (cf paragraphe 3.1.3.4)

3.2.2. Prestations en nature -PEC des soins

Le remboursement des soins et actes médicaux n'est pas pris en charge.

Les personnes affiliées au RSI peuvent souscrire à l'assurance volontaire de la CPAM. Le patient doit pour cela remplir le formulaire « Demande d'admission à l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles » et l'adresser à la CPAM dont il dépend.(38)

4. La Fonction Publique

Elle regroupait un total de 5.448 millions de salariés fin 2014. (39)

Elle se répartit en trois branches :

- **Les fonctionnaires d'Etat**: près de 282 professions regroupant les enseignants, les chercheurs, la police nationale...(40)
- **Les fonctionnaires territoriaux** : plus de 242 professions dans les collectivités locales (conseil régional, général, commune...) allant de « l'agent de service polyvalent en milieu rural » au policier municipal.(41)
- **Les fonctionnaires hospitaliers**

Ils sont tous affiliés au régime général de la Sécurité Sociale mais du fait de leur statut de fonctionnaire ils bénéficient de dispositions particulières d'où cette partie. Les salariés peuvent être titulaires ou contractuels.

La loi cadre définissant les accidents de service est la suivante : Loi 83.634 du 13 Juillet 1993, valable pour les trois fonctions publiques.

Les lois cadres des différentes fonctions publiques sont les suivantes :

- Fonction publique territoriale : Loi 84.53 du 26 Janvier 1984 et Décret 87.602 du 30 Juillet 1987.
- Fonction publique d'Etat : Loi 84.16 du 11 Janvier 1984 et Décret 86.442 du 14 Mars 1986
- Fonction publique hospitalière : Loi 86.33 du 9 Janvier 1986 et Décret 88-386 du 19 Avril 1988

4.1. Arrêt Maladie

4.1.1. Les agents titulaires

Les démarches à réaliser pour un congés maladie sont globalement les mêmes dans les trois branches de la fonction publique.

4.1.1.1. Affiliation

Pour la fonction publique d'Etat, la prestation de base (part de la Sécurité sociale) est prise en charge par une mutuelle qui dépend du ministère auquel l'agent est rattaché. Cela peut être une section locale mutualiste (exemple la MGEN pour l'éducation nationale) ou l'Agence Mutualité Fonctions Publiques Services.

Pour la fonction territoriale et hospitalière, cela dépend du département de résidence. Les agents peuvent être affiliés à la CPAM ou à une mutuelle. (42)

4.1.1.2. Arrêt initial

L'agent doit adresser les volets n°2 et n°3 de son arrêt de travail à son administration dans les 48h. Le volet n°1 est à conserver par le fonctionnaire afin de préserver la confidentialité des informations médicales (Circulaire n° FP 4/ 2049 du 24 juillet 2003 relative aux modalités de traitement des certificats médicaux d'arrêt de travail pour maladie des fonctionnaires) (43)

Depuis le 1er janvier 2014 il n'y a plus de jour de carence pour la fonction publique (Loi du 29 décembre 2013 de finances pour 2014 : article 126). Mais l'article 48 du projet de loi finance pour 2018, paru le 27 septembre 2017, vise à réintroduire un jour de carence. Nous sommes en attente de nouveaux décrets.(44)

4.1.1.3. Congé maladie ordinaires = CMO (inférieurs à 12 mois)

Pour la fonction publique d'Etat : article 34 alinéa 2 de la Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 ; articles 25 et 27 du Décret n°86-442 du 14 mars 1986.

Pour la fonction territoriale : articles 57-2° et 57-4bis de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 ; articles 14 à 17 du Décret n°87-602 du 30 juillet 1987.

Pour la fonction hospitalière : article 41-2° de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; articles 14 à 17 du Décret n°88-386 du 19 avril 1988.

En cas de **congé inférieurs à 6 mois consécutifs**, il s'agit de simples prolongations.

Au bout de 6 mois consécutifs il est nécessaire d'avoir l'avis du comité médical départemental pour une prolongation.

4.1.1.3.1. Modalités :

L'agent rédige une demande de **prolongation de congés maladie ordinaire** qu'il adresse à son

administration (=lettre de saisine du comité médical). Elle est accompagnée d'un certificat médical de son médecin traitant qui atteste de l'incapacité de l'agent à exercer ses fonctions et de la nécessité de prolonger son CMO. Le médecin traitant adresse directement au secrétaire du comité médical (qui est un médecin) un résumé de ses observations et les pièces justificatives. Sur la vue de ces pièces, le secrétaire du comité médical fait procéder à la contre-visite du demandeur par un médecin agréé compétent pour l'affection en cause.

Le dossier est ensuite soumis au comité départemental qui rend son avis.

En cas de contestation de l'administration ou du patient alors le dossier est soumis au comité médical supérieur.

4.1.1.3.2. Durée :

La durée de ce congé est de 12 mois au maximum.

4.1.1.3.3. Rémunération :

L'agent touche un plein traitement pendant 3 mois puis un demi traitement pendant 9 mois.

4.1.1.3.4. Fin du congé :

- Pour un arrêt inférieur à 12 mois il n'y a pas contrôle médical.
- Pour un arrêt de 12 mois le patient doit passer devant le comité médical.

En cas de réponse favorable, il reprend son poste (avec si besoin une adaptation).

En cas de réponse défavorable, l'agent peut être mis en disponibilité (en attente d'une guérison), en reclassement ou en retraite après avis de la commission de réforme.

4.1.1.4. Congé longue maladie = CLM

Pour la fonction publique d'Etat : article 34-3° de la Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984; article 28 du Décret n°86-442 du 14 mars 1986.

Pour la fonction territoriale : articles 57-4° et 4°bis de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984; articles 18 et 19, articles 24 à 37 du Décret n°87-602 du 30 juillet 1987.

Pour la fonction hospitalière : article 41-3° de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986; article 18 et articles 23 à 35 du Décret n°88-386 du 19 avril 1988;

4.1.1.4.1. Conditions d'attribution :

Ce congé est accessible en cas de pathologie qui "met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaire un traitement et des soins prolongés" et qui "présente un caractère invalidant et de gravité confirmée". Il existe une liste indicative de pathologies pouvant donner droit à un congé longue maladie (**Arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie**) mais elle n'est pas restrictive.

L'obtention de ce congé est soumis à l'accord du comité médical départemental.

4.1.1.4.2. Modalités :

Pour bénéficier d'un congé de longue maladie le fonctionnaire doit adresser à l'autorité territoriale une demande appuyée d'un certificat de son médecin traitant spécifiant qu'il est susceptible de bénéficier des dispositions des articles cités plus haut (article 34-3° de la Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 pour la fonction publique d'Etat, article 57-4° de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 pour la fonction territoriale, article 41-3° de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 pour la fonction hospitalière).

En parallèle, le médecin traitant adresse directement au secrétaire du comité médical (qui est un médecin) un résumé de ses observations et les pièces justificatives.

En pratique : le fonctionnaire donne **trois** pièces à son administration

- Une lettre de demande de congé longue maladie = lettre de saisine du comité médical (la date de départ du congé longue maladie est le jour où la maladie qui ouvre droit à ce congé est médicalement constatée pour la première fois).

Exemple de courrier issu du syndicat UNSA (45)

- Un certificat médical de son médecin traitant, à destination de l'administration, spécifiant que « l'état de santé de l'agent le met dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et le rend susceptible de bénéficier d'un congé de longue maladie » selon l'article de loi (citer l'article de loi spécifique de la fonction publique) **MAIS sans donner de diagnostic**.

Exemple de certificat médical

- Un certificat médical détaillé rédigé par son médecin traitant (date de diagnostic, compte-rendu des examens, traitements) **sous pli confidentiel**, adressé au secrétaire médical du comité médical départemental.

Au vu de ces pièces, le secrétaire du comité médical fait procéder à la contre-visite du demandeur par un médecin agréé compétent pour l'affection en cause.

Le dossier est ensuite soumis au comité médical.

L'avis du comité médical est transmis à l'autorité territoriale qui, en cas de contestation de sa part ou du fonctionnaire intéressé, le soumet pour avis au comité médical supérieur.

4.1.1.4.3. Durée :

La durée maximale est de 3 ans. Ce congé est accordé par période de 3 à 6 mois.

Un mois avant son terme le patient doit demander son renouvellement selon les mêmes conditions (exemple de courrier de demande de prolongation issu du syndicat de l'UNSA : Union Nationale des Syndicats Autonomes).(45)

Ce congé ne peut être accordé à nouveau qu'après un an de reprise complète.

4.1.1.4.4. Rémunération :

Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an puis un demi-traitement pendant les deux années qui suivent.

4.1.1.4.5. Fin du congé :

Au terme des 3 ans de congés longue maladie, le fonctionnaire ne peut reprendre son travail que s'il est reconnu apte, après examen par un spécialiste agréé et avis favorable du comité médical. Il faut donc anticiper les reprises.

Il peut bénéficier d'aménagements de poste.

En cas d'avis défavorable, soit il est reclassé, soit mis en disponibilité d'office, soit mis en retraite pour invalidité après l'avis de la commission de réforme.

4.1.1.5. Congé longue durée = CLD

Pour la fonction publique d'Etat : article 34- 4° de la Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984; articles 29 à 33 du Décret n°86-442 du 14 mars 1986.

Pour la fonction territoriale : article 57-4° de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984; articles 20 à 37 Décret n°87-602 du 30 juillet 1987.

Pour la fonction hospitalière : article 41-4° Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; articles 19 à 35 du Décret n°88-386 du 19 avril 1988.

4.1.1.5.1. Conditions d'attribution :

Les fonctionnaires ne peuvent demander un congé longue durée que pour certaines pathologies : en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis (ex : VIH=Virus de l'Immunodéficience Humaine acquise).

4.1.1.5.2. Modalités :

Le congé de longue durée se demande selon la même procédure que le congé de longue maladie.

4.1.1.5.3. Durée :

La durée maximale est de 5 ans pour une même pathologie (8 ans en cas d'affection professionnelle). Il est aussi accordé pour une période de 3 à 6 mois et son renouvellement est à demander un mois avant sa fin.

4.1.1.5.4. Rémunération :

Il correspond à un congé de trois ans à plein traitement qui peut se prolonger pendant deux ans à

demi-traitement.

Si la maladie a été contractée dans l'exercice des fonctions, les périodes fixées ci-dessus sont respectivement portées à cinq ans et trois ans.

4.1.1.5.5. Fin du congé :

Au terme des 5 ans de congés longue maladie, le fonctionnaire ne peut reprendre son travail que s'il est reconnu apte, après examen par un spécialiste agréé et avis favorable du comité médical. Il peut bénéficier d'aménagements de poste.

En cas d'avis défavorable, soit il est reclassé, soit mis en disponibilité d'office, soit mis en retraite pour invalidité après l'avis de la commission de réforme.

NOTA BENE : à la différence de la plupart des autres régimes de sécurité sociale, la notion d'Affection Longue Durée n'est pas déterminante pour la prolongation de l'arrêt. Un patient peut être en CLM sans être en ALD !

4.1.1.6. Temps partiel thérapeutique = TPT (modifié par l'Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017)

Pour la fonction publique d'Etat : Article 34 bis de la Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.

Pour la fonction publique territoriale : Article 57-4°bis de la **Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.**

Pour la fonction publique hospitalière : Article 41-1 de la **Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.**

4.1.1.6.1. Conditions d'attribution :

Après un congé de maladie, un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique.

Le temps partiel thérapeutique peut être accordé :

- soit parce que la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé ;
- soit parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

4.1.1.6.2. Modalités :

La demande d'autorisation de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique est présentée par le fonctionnaire accompagné d'un certificat médical établi par son médecin traitant.

En pratique : pièces à fournir

- Un certificat médical sur papier libre (ou sur CERFA) du médecin traitant attestant que l'état de santé du patient justifie l'octroi d'un TPT (sans diagnostic !)
- Un certificat médical descriptif rédigé par le médecin traitant (diagnostic, compte-rendu d'exams, traitement), sous pli confidentiel, adressé au médecin agréé.

Il est accordé après avis favorable concordant du médecin agréé par l'administration. Lorsque les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants, le comité médical compétent ou la commission de réforme compétente est saisi.

4.1.1.6.3. Durée :

il est accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection.

4.1.1.6.4. Rémunération :

Les fonctionnaires autorisés à travailler à temps partiel pour raison thérapeutique perçoivent l'intégralité de leur traitement.

4.1.1.7. Retraite anticipée pour invalidité

Articles 30 à 35 du Décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales. (46)

Si le patient ne peut reprendre ses fonctions au terme de son congés (CMO, CLM ou CLD) ou avant si son état est définitif et stabilisé alors il peut être mis en retraite anticipée pour invalidité.

Il doit remplir les conditions suivantes :

- Être fonctionnaire titulaire,
- Être devenu définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions par suite de blessures ou de maladies sans lien avec le service, contractées ou aggravées pendant une période d'acquisition de droits à pension de retraite,
- Ne pas avoir pu être reclassé dans un emploi correspondant à ses aptitudes physiques
- Et ne pas avoir atteint la limite d'âge.

Le dossier du patient doit passer en commission de réforme. Elle statuera sur :

- La réalité des infirmités invoquées,
- Les conséquences et le taux d'invalidité que ces infirmités entraînent,
- L'incapacité permanente à l'exercice des fonctions,
- Éventuellement la nécessité de l'assistance d'une tierce personne.

Si le dossier est accepté alors le patient percevra une pension de retraite mensuelle.

4.1.1.8. Mise en disponibilité d'office pour raison de santé

Pour la fonction publique d'Etat : articles 43 et 49 du Décret n°85-986 du 16 septembre 1985 relatif à certaines positions administratives dans la fonction publique d'État.

Pour la fonction publique territoriale : articles 18, 19, 26 du Décret n°86-68 du 13 janvier 1986 relatif à certaines positions administratives dans la fonction publique territoriale.

Pour la fonction publique hospitalière : articles 29, 30 et 37 du Décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions administratives dans la fonction publique hospitalière.

(47)

Le fonctionnaire ayant épuisé ses droits à congé de maladie ordinaire (CMO), congé de longue maladie (CLM), congé de longue durée (CLD), peut être placé en disponibilité d'office si :

- il présente une inaptitude temporaire à son travail,
- il n'y a pas de reclassement possible
- il n'est pas définitivement inapte et ne peut être mis à la retraite

La mise en disponibilité d'office est accordée par le comité médical départemental.

Elle est accordée pour un an au maximum et renouvelable deux fois.

Au terme de la disponibilité et après examen par un médecin agréé, soit le patient peut reprendre ses fonctions soit il est reconnu définitivement inapte et mis en retraite anticipée pour invalidité.

4.1.2. Les agents contractuels

Pour la fonction publique d'Etat : articles 12 à 18 du Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986.

Pour la fonction publique territoriale : articles 7 à 13 du Décret n°88-145 du 15 février 1988.

Pour la fonction publique hospitalière : articles 10 à 17 du Décret n° 91-155 du 6 février 1991.

Ils sont affiliés quelle que soit leur branche dans la fonction publique au régime général de sécurité sociale (article 2 Décret n°86-83 du 17 janvier 1986 et article 2 et Décret n°88-145 du 15 février 1988). Les modalités d'arrêt maladie sont similaires pour tous les agents contractuels quel que soit leur branche dans la fonction publique. La durée des congés pour raison de santé dépend de

l'ancienneté de l'agent.

4.1.2.1. Congé de « maladie ordinaire »

Il bénéficie sur une période de 12 mois consécutifs en tant que congés "maladie ordinaire" :

- Après 4 mois de service : un mois à plein traitement et un mois à demi-traitement
- Après 2 ans de service : deux mois à plein traitement et deux mois à demi-traitement
- Après 3 ans de service : trois mois à plein traitement et trois mois à demi-traitement.

Ces congés de "maladie ordinaire" sont accordés sur présentation d'un certificat médical. Il n'est pas mentionné dans les textes législatifs la nécessité de passer devant une commission.

4.1.2.2. Congé de « grave maladie »

Les congés de "grave maladie" eux ne sont accessibles qu'après trois années de service.

Ils sont réservés aux affections mettant l'agent dans l'impossibilité d'exercer son activité, nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée.

Il permet à l'agent de bénéficier sur une période de 3 ans de son traitement intégral pendant 12 mois puis d'un demi-traitement pendant 24 mois.

La démarche a réalisé est identique à celle des congés de longue maladie des agents titulaires.

L'agent adresse sa demande à son autorité administrative avec :

- une lettre de saisine du comité médical départemental
- un certificat médical de son médecin traitant, **non descriptif et sans diagnostic**, qui atteste que le patient peut bénéficier d'un congé de grave maladie
- un certificat médical descriptif (date de diagnostic, compte-rendu des examens, traitements) **sous pli confidentiel** adressé au secrétaire du comité départemental médical

Il doit être examiné par un "spécialiste agréé compétent dans l'affection en cause" puis le comité médical donnera son avis sur l'accord ou la poursuite de ce congé pour une période de 3 à 6 mois.

Ce congé de "grave maladie" ne peut être renouvelé qu'après un an de reprise de service.

L'agent présentant une incapacité temporaire peut être placé en **congé sans traitement** pour une période maximale d'un an si :

- son temps de travail est insuffisant pour bénéficier d'un congé rémunéré
- il a déjà épuisé ses congés

Au terme des congés l'agent :

- reprend son poste si il est apte.
- reclassé ou licencié en cas d'inaptitude.

4.2. Accident de service

4.2.1. Caisse et bénéficiaires

Les prestations pour accident de service sont directement versées au patient fonctionnaires titulaires par l'administration qui l'emploie (administrations, services, offices et établissements publics de l'Etat autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial).

Les agents contractuels de la fonction publique dépendent du régime général. Article L413-12, L413-14 du CSS.

Pour chaque fonction publique il y a plusieurs acteurs pour la couverture du risque professionnel.

Les fonctionnaires titulaires hospitaliers et territoriaux dépendent de la Caisse Nationale de Retraites des Agents de la Collectivité Locales (CNRACL) pour le risque invalidité. Les prestations en nature et en espèces en cas d'accident de service sont prises en charge par l'administration dont il dépend.

Les fonctionnaires d'état titulaires dépendent du service de retraite de l'Etat pour les rentes d'invalidité, l'allocation temporaire d'invalidité et l'allocation tierce personne.

Les agents contractuels de la fonction publique, non titulaires sont affiliés au régime général de sécurité sociale. Ils perçoivent de la part de la sécurité sociale des prestations pour accident du travail : en espèces, versées sous forme d'indemnités journalières et en nature, sous forme de remboursement des soins. Cependant, au titre de la protection statutaire, l'agent territorial non titulaire a droit au versement de son plein traitement en fonction de l'ancienneté de service.

(Subrogation de son employeur ?) Les agents à temps non complet de moins de 28 heures relèvent aussi du régime général de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès et accidents du travail couverts par ce régime. (48)

4.2.2. Déclaration de l'accident de service

[L'ordonnance n°2017-23 du 19 janvier 2017](#) a institué le congé pour invalidité temporaire imputable au service. Un décret doit paraître, précisant notamment ses effets sur la situation administrative du fonctionnaire ainsi que les obligations de ce dernier. La fiche du site <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33252> intégrera ces précisions dès la parution du décret.

4.2.2.1. La victime :

Elle doit déclarer l'accident de service à son administration. Il n'y a pas, pour le moment, de délai légal de déclaration depuis la parution de l'ordonnance n°2017-53 du 19/01/17. En attente du décret d'application. Elle doit faire établir un certificat médical initial, par le médecin de son choix (CERFA S6909 ou sur papier libre). Elle l'adresse les volets 2 et 3 à son administration.

Circulaire du 24 Juillet 2003.

En cas de réserve sur l'accident de service d'ordre administratif (circonstances de l'accident) ou médical (lien de causalité). Un avis peut être pris auprès de la commission de réforme.

4.2.2.2. Imputabilité

Auparavant la victime d'un accident de service devait apporter la preuve que la lésion était liée au service et la commission de réforme départementale statuait sur l'imputabilité en cas d'arrêt supérieur à 15 jours. Depuis Janvier 2017 (Ordonnance n°2017-53 du 19/01/2017) les fonctionnaires bénéficient de la présomption d'imputabilité. En cas de réserve sur l'imputabilité de l'accident de service l'employeur peut missionner un médecin agréé pour examen médical pour évaluer la causalité. En cas d'accident de trajet, c'est encore à la victime d'apporter la preuve qu'il est en lien avec le service.

4.2.2.3. L'employeur

Enregistre la déclaration d'accident de service

Il peut missionner un médecin agréé s'il a un doute sur l'imputabilité.

Il saisit la commission de réforme pour les demandes d'Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI), de pensions d'invalidité et de mise en retraite pour invalidité et en instruit les dossiers. (49)

4.2.3. Prestations

Nous sommes dans l'attente de nouveaux décrets sur les modalités de versements des prestations.

Les administrations, services, offices et établissements publics de l'Etat autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial versent directement à leur personnel les prestations d'accident du travail prévu au Livre IV du CSS. Art L413-14 du CSS

La victime doit se soumettre à diverses obligations pour avoir droit aux prestations :

- se soumettre aux prescriptions et aux visites que son état de santé nécessite,
- se soumettre aux visites de contrôle demandées par l'administration ou le comité médical,
- cesser tout travail (sauf les activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation à l'emploi),
- informer votre administration de tout changement de résidence.

Le non-respect de ces obligations peut entraîner l'interruption du versement de la rémunération, la perte du bénéfice du congé de maladie, une injonction de reprendre le travail.

4.2.3.1. Prestations en espèces

Il n'y a pas de délai de carence. La victime perçoit son plein traitement jusqu'à ce qu'elle soit en état de reprendre le service à son poste ou sa mise en retraite.

FPE : Art 34-2 Loi 11 Janvier 1984

4.2.3.1.1. Cas des fonctionnaires territoriaux à temps non complet (< 28h par semaine) :
En cas de congé pour accident de travail, il a droit au versement par l'employeur territorial de son plein traitement pendant trois mois. A l'issue de ce délai, il peut continuer à prétendre aux indemnités journalières de la caisse primaire d'assurance maladie, s'il en remplit les conditions. Il bénéficie, par ailleurs d'un congé pour accident du travail jusqu'à guérison ou consolidation. A l'issue de cet arrêt, il peut réintégrer son emploi s'il est apte. S'il est temporairement inapte, il est placé en disponibilité d'office. S'il est définitivement inapte à l'issue de la période de disponibilité et qu'il ne peut être reclassé, il est licencié.

4.2.3.2. Prestations en nature

4.2.3.2.1. Soins :

Prise en charge à 100% des soins et des actes en lien avec l'accident dans la limite des tarifs conventionnels de la Sécurité Sociale. La prise en charge des soins est à la charge de l'administration dont dépend le patient.

Art 34-2 Loi 11 Janvier 1984. Article 53 Décret n°86-442 du 14 mars 1986.

4.2.3.2.2. Congé d'invalidité temporaire

Le congé d'invalidité temporaire lié au service est d'une durée illimitée pour les fonctionnaires titulaires jusqu'à la guérison, la consolidation ou la mise à la retraite.

Cependant pour les fonctionnaires stagiaires dans la fonction publique d'État, la durée du congé est limitée à 5 ans.

4.2.4. Guérison

Le patient doit faire établir un certificat médical final de guérison (CERFA S6909) par son médecin traitant. Il adresse son certificat médical final à son administration (volet 2 et 3)

4.2.5. Consolidation

Le patient doit faire établir un certificat médical final de consolidation (CERFA S 6909) par son médecin traitant. La consolidation est proposée par le médecin traitant lorsque l'état de santé du patient n'est plus évolutif mais qu'il existe des séquelles dues à l'accident de service initial. La date de consolidation est fixée par la commission de réforme, à défaut par le médecin agréé. À la suite de la consolidation le patient peut soit reprendre le travail, soit être reclassé, soit être mis en retraite pour invalidité ou prolongation en maladie ou prolongation de l'at dans l'attente d'un reclassement.

Article 31 du décret du 26 décembre 2003. **Décret n° 2005-442 du 2 mai 2005 art 3.**

4.2.6. Temps partiel thérapeutique

Le temps partiel thérapeutique est considéré comme une période d'activité pour les agents de la fonction publique à la différence du régime général.

Il est mis en place après la prescription de reprise en temps partiel thérapeutique par le médecin traitant et après l'avis favorable du médecin agréé par l'administration. La demande d'autorisation de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique est présentée par le fonctionnaire accompagné d'un certificat médical établi par son médecin traitant.

La durée maximale est de 6 mois, renouvelable une fois. Le temps partiel ne peut être inférieur à 50%. Le patient perçoit l'intégralité de son traitement lors du temps partiel thérapeutique.

Lorsque les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants, le comité médical compétent ou la commission de réforme compétente est saisi.

Art 57 Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984(FPT), Art 34bis Loi 11 Janvier 1984 (FPE), Art 41-1 Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 (FPH)

4.2.7. Visite de reprise et de pré reprise

Pour la fonction publique hospitalière, une visite de reprise est obligatoire si l'arrêt de travail est supérieur à 30 jours. Une visite de reprise peut être programmée à l'initiative du médecin du travail en cas d'arrêt inférieur à 30 jours. Art R4626-29 du Code du Travail.

Pour la fonction publique territorial et d'Etat, il n'y a pas de visite de reprise obligatoire. (Pas de texte législatifs). Cependant le service de médecine préventive doit être informé par l'autorité territoriale « dans les plus brefs délais » de chaque accident de service.

Décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale. Article 25

4.2.8. Rechute

Nous sommes dans l'attente de nouveau décret quant aux modalités de prise en charge de la rechute. (Présomption d'imputabilité ?)

4.2.9. Incapacité partielle permanente

4.2.9.1. Allocation temporaire d'invalidité (ATI) (3)

L'ATI est une prestation attribuée à un fonctionnaire, qui présente des infirmités permanentes lui

permettant néanmoins de reprendre ses fonctions. Elle est versée par l'ATIACL pour un fonctionnaire titulaire territorial ou hospitalier ou détachés de l'Etat, agent stagiaire affiliés à la CNRACL/ relevant de la CNARCL.

Pour en bénéficier le taux d'IPP du patient doit être supérieur à 10%. Elle est versée mensuellement et son montant dépend du taux d'IPP et du traitement de base du fonctionnaire. L'ATI est attribuée pour une période de 5 ans. Ensuite le fonctionnaire fait l'objet d'un nouvel examen par le médecin agréé et l'allocation est ensuite attribuée sans limitation de durée en fonction du nouveau taux d'IPP évalué, ou elle peut être supprimée. Elle peut être révisé en cas de nouvel évènement.

Elle doit être demandé dans un délai d'un an à compter de la reprise d'activité après la consolidation. La demande d'ATI se fait auprès du bureau du personnel dont le patient dépend. Le taux d'invalidité est déterminé par la commission de réforme sur la base d'un barème réglementaire indicatif. L'administration prend une décision fixant le taux d'invalidité permanente et le montant de l'ATI. Elle se base sur l'avis de la commission de réforme, et sous réserve de l'avis conforme de la caisse de retraite compétente.

L'ATIACL est régie par le décret n°2005-442 du 2 mai 2005 relatif à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité aux fonctionnaires relevant des fonctions publiques territoriale et hospitalière, affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). La gestion de ce fonds est confiée à la Caisse des dépôts et consignations. (50)

ATIACL Décret 2005-442 du 2 Mai 2005 (FPT et FPH)

Décret 91-928 du 21/03/1991 (Jo du 22/03/1991) Circulaire INTB9100115C du 28/05/1991 - Ministère de l'Intérieur (Direction générale des collectivités locales)

Décret 77-812 du 13/07/1977

Article L. 417.8 du Code des communes

4.2.9.2. Rente d'invalidité

En cas d'inaptitude définitive au poste habituel liée à l'accident, le patient a droit à une rente pour invalidité. La rente est versée par la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) pour la fonction publique hospitalière et territoriales.

De même pour les fonctionnaires d'Etat, ils peuvent bénéficier d'une rente pour invalidité.

Un avis est pris auprès de la commission de réforme départementale. Mais la décision finale d'octroi de la rente est à l'administration. Le droit à cette rente est ouvert sans conditions de durée de service en cas d'invalidité du au service. Elle est révisée tous les 5 ans ou lorsque la lésion s'aggrave, ou lors de la radiation du cadre. Il est possible de cumuler pension d'invalidité et rente d'invalidité mais le total ne doit pas excéder le dernier traitement.

Art 7 Décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003 et art 36 à 38

Barème des pensions civil et militaires Décret du 31 Janvier 2001

Décret n°2001-99 du 31 janvier 2001, Décret 2003 - 1306 du 26/12/2003

Article L27, L28, L24 code des pensions civils et militaires

4.2.10. **Inaptitude, reclassement**

L'inaptitude est déclarée par le médecin du travail pour la FPH. Il n'y a pas de médecin du travail pour la déclaration d'une inaptitude pour le FPT et la FPE. Pas de données spécifiques retrouvées pour l'organisme/le médecin autorisé à déclarer inapte les fonctionnaires de la FPT et la FPH. En cas d'inaptitude à son poste le fonctionnaire peut être reclassé dans un autre emploi pour lequel il a été déclaré apte. Il a droit à une période de préparation au reclassement d'une durée maximale d'un an. Le reclassement est subordonné à la présentation d'une demande par l'intéressé.

FPE : Art 63 loi n°84 16 11 Janvier 1984, FPT Art 81 et 85-1 de **Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984**.

4.2.10.1. Stagiaires de la fonction publique d'état :

En cas d'inaptitude à reprendre ses fonctions, il peut être placé en congé sans traitement (sans maintien de salaire) pour une période maximale d'un an renouvelable deux fois. Cette mise en congé et son renouvellement sont effectifs après avis du comité médical. A l'issue de ce congé, si le fonctionnaire stagiaire est reconnu par la commission de réforme dans l'impossibilité définitive de reprendre son poste, il est licencié. En cas de licenciement pour inaptitude, il bénéficie d'une rente dont le montant est calculé en fonction du taux d'incapacité qui est fixé par la commission de réforme. En cas de décès une rente est versée aux ayant droits. Art 24-25 du **Décret n°94-874 du 7 octobre 1994 fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'Etat et de ses établissements publics**

4.2.11. **Retraite pour invalidité**

Le patient peut partir en retraite pour invalidité en cas d'inaptitude totale aux fonctions et en cas d'impossibilité de reclassement quel que soit l'ancienneté si l'incapacité a été acquises durant une période ouvrant droit à la retraite. La commission de réforme donne uniquement un avis sur la mise en retraite pour invalidité, c'est l'administration qui a la décision finale. La mise en retraite d'office pour inaptitude définitive ne peut être prononcée qu'à l'expiration des congés de maladie, des congés de longue maladie et des congés de longue durée dont le fonctionnaire bénéficie. Il a droit à une pension de réforme/d'invalidité, qui est cumulable avec la rente d'invalidité selon certaines conditions.

Décret 2003 - 1306 du 26/12/2003. Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 article 63

4.2.12. **Cas de faute inexcusable de l'employeur ou de la victime :**

Seule une Faute de la victime peut faire perdre la qualification d'accident de service ou d'une cause particulière détachable du service

4.2.13. **Les médecins agréés :**

Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

« Article 1 Une liste de médecins agréés généralistes et spécialistes est établie dans chaque département par le préfet sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du Conseil départemental de l'ordre des médecins et du, ou des, syndicats départementaux des médecins. Les médecins agréés sont choisis, sur leur demande ou avec leur accord, parmi les praticiens âgés de moins de soixante-treize ans ayant au moins trois ans d'exercice professionnel, dont, pour les généralistes, un an au moins dans le département pour lequel la liste est établie. Cet agrément est donné pour une durée de trois ans. Il est renouvelable. »

4.2.14. **Lois cadres**

Fonction Publique de l'Etat:

- Codes des Pensions Civiles et Militaires
- Loi n° 84-16 du 11/01/1984
- Décret n°60-1089 du 06/10/1960 modifié le 29/08/2000 et le 18/10/2002
- Décret n° 86-442 du 14/03/1986
- Décret FPE retraites (2003)

Fonction Publique Territoriale:

- Code des Pensions Civiles et Militaires
- Loi n° 84-53 du 26/01/1984
- Décret n° 87-602 du 30/07/1987
- Décret 2003-1306 du 26/12/2003
- Arrêté du 04/08/2004
- Décret 2005-442 du 2 mai 2005

Fonction Publique Hospitalière:

- Code des Pensions Civiles et Militaires
- Loi n° 86-33 du 09/01/1986

-Décret n° 88-386 du 19/04/1988

-Décret 2003-1306 du 26/12/2003

-Arrêté du 04/08/2004

-Décret 2005-442 du 2 mai 2005

Décret n° 2008-1191 du 17/11/2008 relatif aux commissions de réforme (et comité médical supérieur

5. SNCF

Fin 2016, le régime spécial de la SNCF comptait 499 916 bénéficiaires pour sa partie assurance maladie (51). Elle est gérée par la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF (CPRPSNCF). Son siège est situé à Marseille. Les agents titulaires (dits « au statut ») sont couverts par la CPRPSNCF. Les agents contractuels sont assurés par le régime général.

La CPRPSNCF est créé par décret le 7 mai 2007, avant 2008 elle était une filiale de la SNCF. Depuis elle est en autonomie par rapport à la SNCF.

Le risque professionnel est pris en charge par la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel SNCF (CPRPSCNF). Elle est régie par régi par le titre II du livre Ier du code de la sécurité sociale, doté de la personnalité morale ([cf. décret n°2007-730 du 7 mai 2007](#)). [La prise en charge du risque professionnel se base sur les mêmes textes législatifs que le régime général.](#)

Le risque professionnel est pris en charge selon les mêmes textes que la CPAM mais il y a des référentiels différents pour les prestations déléguées où la CPRPSNCF ne donne qu'un avis, c'est l'employeur qui a la décision finale pour ces prestations déléguées. (52)

Article 1 du décret n° 2007-730 du 7 mai 2007 (53)

5.1. Arrêt Maladie

5.1.1. Arrêt initial et "jour de carence"

(Article 3.2 chapitre 12, Statut des relations collectives entre la Sncf et son personnel) (54)

Il faut adresser dans les 48h les volets n° 1 et 2 au service du contrôle médical de la CPRSNCF à Marseille. Le volet n°3 doit être adressé aux ressources humaines de l'établissement où travaille le patient. (55)

Il y a une retenue du quart du salaire pendant les quatre premiers jours d'arrêt de travail sauf s'il y a une opération chirurgicale ou une maladie "présentant un certain critère de gravité".

En pratique : Pour les titulaires cela équivaut à dire qu'ils ont un jour de carence mais si le médecin traitant indique « sortie libre non autorisée » sur l'arrêt alors il n'y aurait pas de jours de carence (nous n'avons pas trouvé la loi en rapport).

Les contractuels ont eux 3 jours de carence.

5.1.2. Les différents types d'arrêts

Pour un arrêt **maladie de courte durée**, inférieur à 6 mois continus ou 12 mois discontinus (Article 3.1, chapitre 12, Statut des relations collectives entre la Sncf et son personnel) :

- Du 1er au 184ème jour d'arrêt, le patient perçoit la totalité de son salaire ainsi que le maintien de certaines indemnités.
- Du 184ème au 365ème jour d'arrêt, le patient perçoit la moitié de son salaire.

En cas d'arrêt discontinus, les 365 jours d'indemnités se répartissent sur 3 ans.

Il existe un **statut de longue maladie**, en cas de pathologie grave mais curable et après examen par le médecin conseil de la CRPP (Article 4, chapitre 12) : perception pendant 3 ans de la totalité du salaire et d'une partie des primes puis de la moitié du salaire pendant 2 ans.

En pratique :

On parle d'arrêt longue maladie pour un arrêt continu supérieur ou égal à 6 mois (soit environ 184 jours). Un contrôle est systématiquement déclenché par la CPRPSNCF pour les arrêts supérieurs à 90 jours. Il peut s'agir d'un contrôle à domicile (par un médecin de la société Médicaeurope) ou à distance (analyse des activités sur relevé de la CPAM de l'agent par le médecin conseil).

Au 120ème jour l'employeur déclenche de façon automatique une demande de contrôle au médecin conseil pour savoir si l'agent va relever du **statut de la longue maladie**.

Cette décision sera prise sur 3 critères :

- un arrêt médicalement justifié,
- la présence d'un critère de gravité (pathologie relevant d'une ALD 30 ou d'une ALD non exonérante,
- la reprise possible d'une activité quelconque à la SNCF dans une période de 3 ans (après consultation du médecin du travail).

Le médecin conseil donne uniquement un avis, c'est la direction qui accordera ou non ce statut.

Si le statut de longue maladie est accordé au patient alors il pourra toucher un taux plein jusqu'à la 3ème année puis une demi-solde pendant 2 ans.

Ce statut est accordé pour une période de 6 mois maximum.

L'employeur déclenche une nouvelle étude du dossier 45 jours avant la date butoir du statut actuel.

En théorie, le médecin traitant n'aura que la demande d'ALD à rédiger.

C'est le médecin conseil qui se rapproche de lui si il a besoin de renseignements complémentaires.
Le plus souvent en passant par le patient comme intermédiaire.

5.1.3. Temps partiel thérapeutique

L'agent qui, après une période de maladie, n'est pas en état d'assurer un service normal, peut, sur prescription du médecin de soins, et avec l'accord du médecin conseil, reprendre le travail en temps partiel thérapeutique :

- si la reprise du travail et le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé ;
- s'il doit faire l'objet d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

L'agent en service limité perçoit la totalité du traitement durant une durée déterminée par le médecin conseil. Elle ne peut excéder 365 jours sur une période de 3 ans.

(Article 7.1 et article 14, Statut des relations collectives entre la SnCF et son personnel)

5.1.4. A l'expiration des congés

L'agent est soit :

- apte à reprendre son poste ;
- reclassé ;
- considéré inapte de façon temporaire par le médecin conseil et peut alors bénéficier d'une disponibilité d'une durée maximale de 6 mois (chapitre 10, Statut des relations collectives entre la SnCF et son personnel)
- considéré inapte de façon définitive par le médecin conseil qui engagera une procédure de réforme (article 15, Statut des relations collectives entre la SnCF et son personnel)

5.2. Accident du travail

5.2.1. **Bénéficiaires :**

Les bénéficiaires sont couverts pour le risque AT-MP dès le premier jour d'activité.

Les prestations en lien avec un AT, sont servies par la CPRSNCF pour :

-les agents admis au cadre permanent de la SNCF, SNCF Réseau et SNCF Mobilités : « être au statut » = « titulaires »

-les fonctionnaires en position hors cadres en poste à la SNCF, SNCF Réseau, SNCF mobilités

-les titulaires de pensions et de prestations servies en applications du règlement des retraites du personnel de la SNCF, SNCF Réseau, SNCF Mobilités.

-les personnes sous contrat d'apprentissage (contrat conclu après le 30 Juin 2008)

Les agents contractuels de la SNCF sont affiliés au régime général.

En cas de changement de régime après l'AT initial, s'il survient une rechute c'est la dernière caisse auquel est affilié le patient qui prend en charge la rechute, les caisses se transmettent les dossiers entre elles. Article 2 du Décret n°2007-730 du 7 mai 2007.

5.2.2. **Déclaration de l'AT**

5.2.2.1. La victime :

La victime doit déclarer l'AT à son employeur dans les 24h, et envoyé dans les 48h maximum leur arrêt de travail. Elle doit obligatoirement lui fournir une déclaration de témoins (formulaire SNCF n°1097)(56) . Si l'employeur ne déclare pas l'accident, la victime à 2 ans pour effectuer sa déclaration d'AT seule auprès de la caisse. Elle doit consulter, un médecin de son choix pour établir un certificat médical initial. (Cerfa S6909) qui décrit le plus précisément possible les lésions résultant de l'AT : siège, nature.

Les volets 1 et 2 sont à adresser à la CPRSCNF. Le volet 3 est conservé par la victime. Le volet 4 à adresser à l'employeur SNCF.(52)

5.2.2.2. L'employeur :

L'employeur doit déclarer l'AT à la CPRSCNF dans les 5 jours sur l'imprimé SNCF n° 1097, dont il remet une copie à la victime. Il lui remet aussi une feuille d'accident du travail (CERFA S6201)

En cas d'AT mortel la déclaration d'AT est effectuée par l'employeur. (56)

5.2.2.3. Imputabilité

La victime bénéficie de la présomption d'imputabilité si l'accident est survenu sur le lieu de travail ou sur le trajet protégé, au moment ou elle était sensée s'y trouver. Dans les autres situations, la charge de la preuve est à la victime. Le patient doit apporter tous les éléments de preuve faisant le lien entre l'accident et son activité professionnelle. Notamment lorsque l'accident survient en dehors du temps de travail, en dehors du trajet protégé. (Convocations, ordre de missions, plan, horaires, billets, trajet, déclaration de témoins ou de première personne avisée.) C'est à la CPRSNCF de prouver, le cas échéant, le caractère non professionnel de l'accident. (56)

5.2.2.4. Instruction par la CPRSNCF :

Elle débute des réceptions de la déclaration de l'employeur et du CMI. Elle dispose d'un délai de 30 jours pour statuer sur la demande. Si la décision ne peut pas être prise par la CPRSNCF dans ce délai, le patient est informé par lettre recommandée avec accusé de réception. La caisse dispose alors d'un délai supplémentaire de 2 mois pour se prononcer. Si la caisse refuse la prise en charge au titre de l'ATMP, le patient recevra une notification par lettre recommandée avec accusé de réception. (56)

5.2.3. Prestations

Conditions à respecter par le patient pour bénéficier des prestations :

- se soumettre au contrôle médical
- respect des prescriptions médicales et des horaires de sortie

5.2.3.1. Prestations en espèces

Les prestations en espèces sont versées par l'employeur. Art L413-12 du CSS.

Le patient bénéficie du maintien de son salaire, en dehors de certaines primes (par exemple la prime de repas) jusqu'à sa guérison ou sa consolidation. (52)

Aucun délai de carence.

5.2.3.2. Prestations en nature- Prise en charge des soins

Les frais médicaux sont pris en charge à 100% des tarifs conventionnels de la sécurité sociale. Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge. Ces prestations sont soumises aux participations forfaitaires et aux franchises médicales. Le patient a le libre choix des professionnels de santé pour les soins dus à l'AT. Le médecin doit indiquer sur ces prescriptions la mention AT avec la date de l'AT. Le patient est dispensé de l'avance des frais s'il présente la feuille d'AT remise par l'employeur SNCF à chaque professionnel de santé. Les soins sont directement réglés aux

professionnels de santé par la CPRSCNF

Les transports sont pris en charge s'ils sont médicalement justifiés.

Certains dispositifs médicaux (prothèses dentaires, appareillages et fournitures) sont pris en charge à 150 % des tarifs conventionnels.

Les cures thermales effectuées dans le cadre d'un accident du travail sont soumises à l'avis favorable du médecin conseil et sont prises en charge à 100 % sur la base de tarifs majorés, quel que soit le prescripteur.(56)

5.2.4. Temps partiel thérapeutique

La demande est faite à la suite d'une prescription médicale. (CERFA S6909). Il doit faire suite à un arrêt à temps plein (minimum 1 jour). Il faut anticiper ce temps partiel thérapeutique, prévenir les différents interlocuteurs (médecin du travail, employeur) pour une bonne organisation. L'employeur doit donner son accord. C'est le médecin du travail qui est chargé d'aménager le temps de travail. La durée du temps partiel thérapeutique est de 365 jours maximum sur 3 années glissantes. Les prestations en espèces sont les mêmes que lors de l'arrêt à temps complet (maintien du salaire) pendant maximum 365 jours. En cas de temps partiel thérapeutique d'une durée supérieure à 365 jours, le patient ne touche alors qu'une demi -solde.

Le dossier médical d'un assuré en temps partiel thérapeutique est examiné par le médecin conseil 30 jours après le début du temps partiel. Le cas échéant le patient peut se voir notifier par lettre recommandée la reprise à temps complet. (52)

5.2.5. Guérison

Le patient a retrouvé son état de santé antérieur à l'AT sans séquelles fonctionnelles.

Il doit faire établir un certificat médical final de guérison par le médecin traitant (CERFA S6909). Si aucun certificat médical final n'est établi, c'est le médecin conseil de la CPRPSNCF qui fixe la date de guérison.

5.2.6. Consolidation

L'état de santé du patient n'est plus évolutif mais il conserve des séquelles fonctionnelles de l'AT. Il doit faire établir un certificat médical final de consolidation par le médecin traitant (CERFA S6909). La date de consolidation marque la fin de la prise en charge au titre de la législation professionnelle de l'arrêt de travail et des soins, sauf soins post consolidation (traitements destinés à éviter l'aggravation de l'état de santé) Les soins post consolidation sont pris en charge à 100%. Le patient

n'avance pas les frais. En cas de contestation, si le médecin conseil estime qu'il est consolidé mais pas le patient. C'est le patient qui doit contester avec un certificat médical de son médecin traitant. Il sera vu par la suite par un médecin expert agréé (non SNCF). Les expertises sont prises en charge à 100% par la CPRPSNCF.

5.2.7. **Rechute**

Le médecin doit préciser la date de l'AT initial sur le certificat médical de rechute (CERFA S6909). La rechute est une modification de l'état de santé du patient en lien avec l'AT initial. En l'absence de certificat médical conforme la rechute n'est pas instruite par la caisse. Le délai d'instruction de la caisse est similaire à la demande initiale. La prise en charge de la rechute nécessite l'avis favorable du médecin conseil.

5.2.8. **Incapacité partielle permanente (IPP)**

Le taux d'IPP est fixé par le médecin conseil de la CPRPSNCF, selon le même barème que le régime général et les mêmes conditions. (1) Si le taux d'IPP est inférieur à 10%, le patient a droit à une indemnité en capital dont le montant varie en fonction du taux d'IPP.

Si le taux d'IPP est supérieur ou égal à 10%, il bénéficie d'une rente viagère calculée sur la base du salaire annuel. Cette rente est versée mensuellement si le taux IPP est supérieur à 50%. Elle est versée trimestriellement si le taux d'IPP est inférieur à 50%.

Si le taux d'IPP est au moins égal à 66,66 % : le patient bénéficie ainsi que ses ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie à 100 % des tarifs conventionnels.

En cas d'aggravation ou d'amélioration de son état de santé, le patient peut demander une réévaluation de son taux d'IPP. Cette réévaluation peut aussi être demandée par la CPRPSCNF ou l'employeur. Elle est effectuée par le médecin conseil de la CPRPSNCF. La révision peut être demandée à n'importe quel moment dans les deux années suivant la date de consolidation. Par la suite les révisions ne se font que par intervalle d'un an.

Une prestation complémentaire pour recours à une tierce personne peut être versée par la CPRPSNCF si le si le taux d'IPP est supérieur à 80% et que le patient nécessite l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne. Le patient doit faire établir un certificat médical pour la demande de cette prestation. Elle est versée après avis favorable du médecin conseil. Le montant varie en fonction du degré de dépendance.

Si le cumul de taux d'IPP liés à différents accidents du travail atteint 10%, le patient peut choisir de se voir verser soit un capital soit une rente dite « rente optionnelle ».

C'est la commission spéciale des accidents du travail, constituée au sein du Conseil

d'Administration de la Caisse qui émet un avis sur le droit de la victime à percevoir ces prestations.
(57)

5.2.9. Visite de reprise et pré reprise

La visite de reprise est obligatoire si l'arrêt est supérieur à 30 jours comme pour le régime général. La visite de pré reprise n'est pas obligatoire mais elle est conseillée en cas de risque d'inaptitude (à l'initiative du patient, du médecin traitant ou du médecin conseil). En cas d'arrêt supérieur à 90 jours, le dossier du patient sera contrôlé : un contrôle médical sera effectué soit sur pièces du dossier médical soit en consultation avec le médecin conseil.

5.2.10. Inaptitude/reclassement/ pension de réforme

En cas d'inaptitude au poste, le patient bénéficie d'un reclassement professionnel. Il bénéficie d'une période de 12 mois pour préparer le reclassement avec l'EME (Espace Mobilité Emploi). Les employés SNCF bénéficie de la sécurité de l'emploi, cependant ils peuvent être reclassés dans une autre région que la région habituelle de résidence.(52) Si le patient ne peut pas être reclassé car déclaré inapte par la médecine du travail à tout emploi au sein de la SNCF, SNCF Réseau ou SNCF Mobilités, il est mis en réforme (équivalent d'une retraite anticipée pour raison médicale) avec versement d'une pension de réforme. Lorsque l'inaptitude est du entièrement à l'AT, selon l'Article 13-5 du statut SNCF, la pension de réforme est minorée car il ne peut pas être indemnisé deux fois pour le même préjudice (Il touche déjà la rente d'IPP). A la différence de la mise en réforme pour maladie (Art 7-4 du statut SNCF) ou il touche une pension de réforme pleine car n'a pas de rente d'IPP. La pension de réforme est versée par la CPRPSNCF quel que soit l'âge, la durée de service au moment de l'inaptitude définitive. La mise en réforme peut être demandée par le patient ou par l'employeur.

5.2.11. Droit à la formation durant l'arrêt de travail

Le patient bénéficie d'un droit à la formation dans un centre agréé par la CPAM pendant son arrêt de travail pour AT. Il lui faut l'accord du médecin conseil. Le patient doit faire la demande à sa Caisse avec un courrier de son médecin généraliste et le formulaire du centre de formation. (Il doit avoir choisi la formation à effectuer avant de faire la demande à la CPRSNCF) (52)

5.2.12. Faute de l'employeur

Cf Chapitre régime général

5.2.13. **Faute intentionnelle de la victime**

En cas de faute intentionnelle, le patient n'a droit à aucunes prestations.

Art L375-1 du CSS, Décret n°2010-1362 du 10 Novembre 2010 Article 2

5.2.14. **En cas de décès à la suite d'un AT**

Les frais funéraires sont pris en charge par la CPRPSNCF. Une rente est versée aux ayants droit de la victime trimestriellement. Les enfants âgés de moins de 21 ans peuvent bénéficier du statut de pupille SNCF. Décret n°2010-1362 du 10 Novembre 2010

5.2.15. **Télétransmission**

Elle est possible. Il faut que le code de l'organisme (CPRSNCF) soit inséré dans TPE/ carte CPS. (Code sur la carte de sécurité sociale de l'agent normalement)

6. Militaire

Le régime militaire comptait 844 343 personnes en 2016.(58)

En tant que régime spécial, la CNMSS (Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale) ne rembourse que les prestations en nature (frais de santé) de ses assurés mais ne verse pas de prestations en espèces (pas d'indemnité journalières). Nous ne décrivons pas les arrêts maladies qui sont secondaires aux blessures ou maladies liées au service.

La Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale(CNMSS) est un établissement public national à caractère administratif. Elle est chargée du règlement des soins dispensés en milieu civil liés à une affection présumée imputable au service (APIAS) depuis le 1^{er} Janvier 2004. Cette mission, déléguée par le ministère de la Défense, a fait l'objet d'une **convention entre la Direction centrale du Service de santé des armées (DCSSA) et la CNMSS**. Elle prend en charge les soins liés à un APIAS reçus en métropole et en Outre-Mer. Le rôle de la CNMSS est de contrôler l'ouverture des droits, assurer le contrôle médical des frais de santé engagé, rembourser les frais de santé engagés des APIAS et des pensions militaires d'invalidité (PMI). Elle ne verse pas de prestations en espèce. Art R211-1 du Codes des pensions civiles et militaires de retraite(CPMI)

Chiffres clés et nombre d'affiliés de la CNMSS(58) :

-Population protégée en 2015 : 844 057 personnes.

-Bénéficiaires d'active : 609 161 dont 367 357 assurés militaires en activité et 241 804 ayants droits (conjoints et famille).

-Bénéficiaires retraités : 234 896 dont 180913 assurés retraités.

(Source rapport d'activité CNMSS 2015).

6.1. **Arrêt Maladie**

6.1.1. **Conditions d'indemnisation**

Dès leur engagement les militaires sont protégés par ce régime. La CNMSS couvre les militaires en service et en retraite ainsi que leur famille (Article L713-1 du CSS).

6.1.2. **Congés de la position d'activité : congés de maladie (inférieurs à 180 jours)**

L'arrêt initial peut-être rédigé par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme (Article R4138-3 du code de la défense = CDD).

Les volets 1 et 2 de l'arrêt de travail doivent être envoyés dans les 48h sous pli confidentiel médical au médecin chef de la formation administrative auprès de laquelle le patient est affecté. Le volet 3 au commandant de cette même formation.

Obligation de prévenir son unité dans les 24h.

Il n'existe pas de jour de carence pour les militaires.

Le patient doit passer une visite médicale dès la reprise de l'activité pour un arrêt supérieur ou égal à 21 jours.

Les droits de congés de maladie sont de 180 jours (consécutifs ou fractionnés) pour une période de 12 mois.

Les militaires ont donc droit à 6 mois de congé maladie à solde pleine (pas d'indemnité journalière).

Aux alentours du 90ème jour d'arrêt, le patient doit être examiné par le médecin des armées de la base d'affectation.

Soit il est :

- apte à la reprise du service avant 180 jours d'arrêt
- orienté vers un médecin spécialiste des armées.

Ce dernier se prononcera sur l'orientation vers un congé de longue durée pour maladie, un congé de longue maladie ou la commission de réforme des militaires.

6.1.3. Congés de la position de non activité

A partir du 181ème jour d'arrêt le patient est affecté dans l'unité gestionnaire des militaires en non-activité. Il a donc été mis en congé de longue durée pour maladie (attribué pour des affections cancéreuses, un déficit immunitaire grave et acquis ou des troubles mentaux et du comportement Article R4138-47 du CDD) ou en congé de longue maladie (pour les pathologies autres Article L4138-13 du CDD).

Ces deux types de congé peuvent être renouvelés par période de 3 à 6 mois. Chaque prolongation est soumise à un certificat médical du médecin spécialisé des armées (Article R4138-48 du CDD)

La durée et le niveau d'indemnisation dépend du type de congé et du statut militaire du patient.

6.1.4. Durée et rémunération du patient selon son statut militaire

Tableau 4 : source site du Ministère de la Défense (59)

Type de Congé	Blessure ou maladie	Statut	Droit	Solde		
				Entière	Réduite de moitié Les adhérents de la mutuelle Unéo bénéficient d'un complément de salaire (IAS)	Sans Les personnels en congé "sans solde" ont droit aux indemnités journalières (le dossier est initié par la base d'origine avant passage en UGPS). Les adhérents de la mutuelle Unéo bénéficient d'un complément de salaire (IAS)
CLDM	Liée au service	Carrière ou contractuel	8 ans	5 ans	3 ans	-
	Sans lien	Carrière	5 ans	3 ans	2 ans	-
		+ de 3 ans de service (contrat)	3 ans	1 an	2 ans	-
		- de 3 ans de service (contrat)	1 an	-	-	1 an
CLM	Liée au service	Carrière ou contractuel	3 ans	3 ans	-	-
	Sans lien	Carrière ou + de 3 ans de service	3 ans	1 an	2 ans	-

Une fois les congés arrivés à leur durée maximale, le dossier du patient est présenté en commission de réforme des militaires qui statue sur son aptitude à poursuivre le métier de militaire.

En pratique :

Le médecin traitant intervient peu dans les démarches d'arrêt si ce n'est pour faire les prolongations simples.

Il lui sera éventuellement demandé de remplir un protocole d'ALD si besoin.

La reconnaissance de l'ALD n'a de conséquence que pour les prestations en nature car le militaire d'active ne touche pas d'indemnité journalière.

Il n'existe pas temps partiel thérapeutique pour les militaires.

La visite de reprise est obligatoire pour les arrêts supérieurs à 21 jours

6.2. Accident présumé imputable au service

6.2.1. **Bénéficiaires**

L'ouverture des droits à l'assurance AT-MP se fait dès leur engagement.

Les assurés concernés par la convention sont :

- les **militaires de carrière ou servant sous contrat** ;
- les **fonctionnaires de la poste interarmées** et du **service de la trésorerie aux armées** ;
- les **personnels de la réserve opérationnelle** ;
- les **militaires des armées étrangères, élèves ou stagiaires dans les formations militaires françaises** ;

Sont exclus, car pris en charge par leur employeur :

- les militaires de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) ;
- les marins pompiers de Marseille ;
- le personnel militaire placé en position de détachement ;

Le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG) « déterminent le droit à réparation des militaires servant en temps de paix comme en temps de guerre et de leurs conjoints survivants, orphelins et ascendants. (...) Elles sont également applicables aux militaires servant en opérations extérieures. (...) » Art L2 du CPMIVG

6.2.2. **Déclaration de l'APIAS :**

6.2.2.1. La victime :

Le patient peut consulter initialement dans le milieu civil pour la rédaction du certificat médical initial et de l'arrêt de travail. Mais il doit aussi obligatoirement consulter un médecin militaire qui établit la Déclaration d'Accident Présumé Imputable à l'Activité de Service (DAPIAS) qui est une déclaration spécifique au milieu militaire. La DAPIAS est obligatoire pour l'ouverture des droits AT-MP. Elle est valide 6 mois. Elle est renouvelable par la suite, si besoin. Ce document doit être signé par l'employeur puis envoyé, dans les 48H, à la CNMSS. Ce délai de 48H est conventionnel.

Il n'y a pas de délai légal de déclaration. Ce délai de 48h est considéré comme un délai raisonnable. Au vu des spécificités du métier de militaires l'ouverture des droits est possible même en cas de dépassement de ce délai.

La victime doit aussi faire une déclaration administrative à l'autorité militaire/ l'employeur sous forme d'un rapport circonstancié de l'accident pour l'enregistrement au registre des accidents de service. Art R151-1 du CPMI.(60) (61)

6.2.2.2. Imputabilité :

La preuve de l'imputabilité est à apporter par la victime via un rapports circonstanciés, déclaration de témoins, journal de bord...En cas d'accident de trajet, le patient doit fournir des justificatifs à l'employeur (cartographie du trajet effectué, déclaration de témoin...). C'est l'employeur qui reste décideur de l'enregistrement au titre d'accident de trajet.

6.2.2.3. L'employeur :

Si le décès survient au temps et au lieu du travail, l'établissement employeur doit établir une déclaration d'accident et joindre un certificat médical précisant les causes exactes du décès.

6.2.3. Prestations :

Conditions pour bénéficier des prestations liées à une APIAS :

-se soumettre aux examens et prescriptions de soins

En cas de non-respect de ces conditions, le patient peut se voir suspendre sa rémunération. Article R4138-3-3 du Code de la Défense

6.2.3.1. Prestations en espèces – Indemnités :

Il n'existe pas d'indemnités journalières. Le patient touche sa solde pleine pour une durée maximale d'arrêt de 6 mois : « 6mois de congés maladie à solde pleine par année glissante dès leur engagement ». Il n'y a pas de distinction entre maladie et APIAS pour le montant perçu.

Il n'y a pas de délai de carence pour les militaires d'active.(61)

6.2.3.2. Prestations en nature - Prise en charge des soins :

La prise en charge des frais de soins est fixée à 100 % des tarifs conventionnels de la sécurité sociale. Les dépassements d'honoraires, les actes hors nomenclature et les prestations de confort restent à la charge du patient. Gratuité des soins dispensés en milieu militaires (Centre médical des armées, Hôpital inter armées) **En milieu civil**, le patient doit présenter *la feuille d'accident du travail - maladie professionnelle* **fournie par l'employeur pour bénéficier de la dispense**

d'avance des frais. (CERFA n° 11383). Le professionnel de santé civil adresse la facturation des soins à la [CNMSS](#).

Les transports sanitaires sont pris en charge s'ils sont médicalement justifiés. Accord du médecin conseil nécessaire pour être pris en charge. Demande d'accord préalable (DAP) à faire si la distance est supérieure à 150km aller, si transports itératifs de plus de 50Km aller, si transports en bateau ou avion. Il faut compter un délai de 15jours pour obtenir la réponse du médecin conseil. Si le malade n'attend pas la fin de ce délai pour se déplacer ou s'il ne transmet pas de [DAP](#), aucune prise en charge ne sera accordée. **Les demandes d'accord préalables peuvent aussi être adressées aux services médicaux de la [CNMSS](#) par fax au 04 94 16 37 53.**

Les demandes de cure thermale en ATMP ou PMI doivent être faites auprès du médecin conseil. Le délai de réponse moyen est de 10 jours en APIAS, 1 mois en PMI. (62)

6.2.4. Temps partiel thérapeutique :

Il n'existe pas pour les militaires d'active. (61)

6.2.5. Guérison :

Le patient doit faire établir un certificat médical final de guérison (CERFA S6909) par un médecin dans le civil et une DAPIAS médecin militaire doit être remplie, ou il peut seulement faire établir une DAPIAS de guérison par un médecin militaire.

6.2.6. Consolidation :

Le patient doit faire établir un certificat médical final de consolidation dans le civil (CERFA S6909), ainsi qu'une DAPIAS par un médecin militaire pour la consolidation, ou seulement une DAPIAS de consolidation par un médecin militaire.

6.2.7. Rechute :

Le patient doit faire établir un nouveau certificat médical de rechute ou une nouvelle DAPIAS. La DAPIAS doit être établi par un médecin militaire en cas de rechute. La date de l'APIAS initiale doit y être notifiée.

6.2.8. Incapacité partielle permanente (IPP) :

6.2.8.1. Pension militaire d'invalidité (PMI) :

Le taux minimum d'IPP pour avoir droit à une PMI est de 10%. Un taux inférieur à 10% n'ouvre pas le droit à l'indemnisation. Le taux d'IPP est fixé par un médecin civil expert agréé ou par un médecin militaire expert. Art R151-9 du CPMI. Le taux est défini en fonction du barème CPMIVG. La demande doit être faite dans un délai d'un an à compter du jour où sont notifiés la date de consolidation et le taux d'IPP.

En cas de cumul de plusieurs taux inférieurs à 10 % et sous certaines conditions, un droit à la pension peut être ouvert. La pension est versée mensuellement, initialement pour une durée de 3 ans. Elle est cumulable avec un traitement d'activité ou une pension de retraite. Elle est révisée au bout de 3 ans après la première attribution. A l'issue du délai de trois ans, pour les infirmités résultant uniquement de blessures, la situation du pensionné doit être définitivement fixée. La pension peut être transformée en pension définitive dont le montant dépend du taux d'IPP, ou elle peut être supprimée si le taux est inférieur à 10%.

Article L121-4, Art L 121-5 et L121-6, Art R121-3, Art R121-4 du CPMI (5)

6.2.8.2. Constitution du dossier de demande de PMI :

Le patient transmet sa demande à son supérieur hiérarchique qui ensuite la transmet au GBSBdD (groupement de soutien des bases de défense et organismes assimilés). La demande se fait sur un formulaire spécifique du Ministère de la Défense. Il faut y joindre un certificat médical (rempli par un médecin militaire ou civil, un spécialiste ou un généraliste) qui renseigne les infirmités sous pli confidentiel. Le GBSBdD transmet un accusé de réception au militaire ayant fait la demande. Il vérifie que la demande est complète, datée et signée. Le GBSBdD transmet le dossier complet à la : Sous-direction des pensions. (SDP) Les militaires radiés des cadres ou des contrôles souhaitant déposer une demande après avoir quitté le service, ne relèvent plus des GSBdD ou des organismes assimilés mais des services de l'Office national des anciens combattants, territorialement compétent (ONAC) en fonction de leur domicile.

La SDP organise les expertises nécessaires. Elle élabore une proposition de pension qu'elle adresse au service des retraites de l'Etat, sous forme de fiche descriptive des infirmités, ou elle peut décider de rejeter la demande. La pension est versée par le service de retraite de l'Etat. C'est la CNMSS qui a en charge le remboursement des soins et appareillages liées à une infirmité pensionnée. Article L212-1 du CPMI. Ce budget PMI est délégué par le Ministère de la Défense. Depuis le 1er janvier 2016, les militaires en activité de service déposent leur demande de renouvellement de pension militaire d'invalidité temporaire et/ou leur demande de révision de pension pour aggravation d'infirmités directement auprès de la sous-direction des pensions. (Guide pratique PMI militaires actives 2016) (63)

6.2.8.3. Majoration pour tierce personne :

Elle est révisable tous les 3 ans s'il est estimé que la perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne n'est pas définitive. Elle est suspendue en cas d'hospitalisation. Art R133-1 du CPML.(60)

6.2.8.4. Mise en retraite :

Le patient peut être mis à la retraite pour invalidité si les séquelles de l'accident rendent impossible d'exercer toutes fonctions.

6.2.9. Visite de reprise et de pré reprise

Obligatoire pour le militaire d'active si l'arrêt est supérieur à 21 jours. La visite de pré reprise est effectuée à la demande du médecin militaire ou de l'employeur. (61)

6.2.10. Formation

« Sans objet pour les militaires d'actives » (61)

6.2.11. Reconversion professionnelle en cas d'inaptitude

« Défense Mobilité » est l'opérateur unique de la reconversion du ministère des armées au profit des militaires blessés. Elle accompagne le militaire dans sa reconversion **en lui proposant :**

-un suivi individuel et personnel jusqu'à 3 ans après le départ de l'institution et sans limite de temps pour les militaires blessés en opération ;

- une aide à l'élaboration du projet professionnel et à sa mise en œuvre : formation, stage, création d'entreprise...

-un accompagnement dans la mise en relation avec les employeurs privés et publics ;

-un accès à un réseau d'entreprises partenaires et à des offres d'emploi ciblées, adaptées au projet professionnel

Article L231-2 du CPML. (64)

6.2.12. Faute de l'employeur :

Pas de données spécifiques retrouvées.

6.2.13. En cas de décès de la victime

Les ayants droits peuvent percevoir une rente de réversion. La demande est à faire auprès de la CNMSS avec un certificat médical précisant les causes du décès. Le médecin conseil expert statue

sur l'imputabilité.

6.2.14. Télétransmission

Elle est possible pour le professionnel de santé.

« **Télétransmettre directement ou par l'intermédiaire d'un concentrateur, en mode [SESAM-Vitale](#) avec la [CNMSS](#) (code 08 756 0100), les actes ou prestations dispensés à un assuré militaire, au titre de l'AT/MP (accident du travail et maladie professionnelle).**

Impératif de transmettre vos factures dans un lot spécifique « AT » (accident du travail), pour les prestations de soins dispensées à ce titre, tant que vous n'êtes pas équipé de la nouvelle version du cahier des charges [SESAM-Vitale 1.40 addendum 7](#). »

« Transmission des pièces justificatives : **Pour les flux non sécurisés** (télétransmission B2, [SESAM-Vitale](#) dégradé), **pensez à adresser les pièces justificatives** (feuilles de soins, factures, prescriptions médicales ou copies de prescriptions médicales...) **accompagnées d'un bordereau récapitulatif**, à la
Caisse nationale militaire de sécurité sociale

Service APIAS

TSA 41001

83090 TOULON CEDEX 9 »

6.2.15. Contact :

Caisse nationale militaire de sécurité sociale Département soins et suivi du blessé et du pensionné -
Gestion APIAS TSA 41 001 83090 TOULON CEDEX 9 1

04 94 16 97 64 (blessés)

04 94 16 97 01 (professionnels de santé) Télécopie : 04 94 16 38 93

(62)

7. Personnel des industries électriques et gazières

Le personnel des industries électriques et gazière est défini par l'annexe de l'article 1 du Décret n°46-1541 du 22 juin 1946. Il regroupe les salariés de 160 entreprises dont les plus connues sont EDF et ENGIE (ex GDF-SUEZ)(65). Ils sont assurés sur le plan maladie par la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (CAMIEG) qui comptait fin 2016 près de 522 000 bénéficiaires (66)

Les textes de références sont :

- Décret n°46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières (67)

- Arrêté du 13 septembre 2011 portant règlement spécial du contrôle médical du régime spécial de sécurité sociale des industries électriques et gazières (68)
- Décret n° 2017-996 du 10 mai 2017 modifiant le décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières qui s'applique à partir du 1er janvier 2018.(69)

La CAMIEG ne disposant pas d'un contrôle médical qui lui est propre, les dossiers des patients sont examinés par le Service médical de l'Assurance Maladie (70).

7.1. **Arrêt maladie**

7.1.1. **Arrêt maladie ordinaire**

Le salarié doit prévenir immédiatement son employeur. Il envoie dans les 48h le volet n°1 et n°2 au service médical de l'échelon local de la CPAM (la CAMIEG n'a pas de contrôle médical propre) mais précisant bien qu'il est assuré à la CAMIEG. Le volet n°3 est adressé à son chef de service (article 7 de l'Arrêté).

Il n'y a pas de jour de carence.

Le salarié bénéficie de 365 jours d'indemnités sur une période de quinze mois (article 22, paragraphe 1-a et paragraphe 6 du Décret n°46-1541) et cela pour chaque pathologie : article 12, paragraphe 1 de l'Arrêté : « En cas de nouvelle affection sans lien avec l'affection initiale (affections intercurrentes), et si la première affection est considérée sur le plan médical comme permettant la reprise de l'activité alors que la dernière nécessite à elle seule un arrêt de travail, une nouvelle période de 365 jours sur quinze mois (en maladie) ou de 3 ans (longue maladie) s'ouvre à compter de la date à laquelle cette nouvelle pathologie aurait justifié à elle seule l'interruption de travail.»

Au-delà de 365 jours d'arrêt de travail ininterrompu, le salarié passe automatiquement en « longue maladie »

7.1.2. **Arrêt longue maladie**

Le statut de longue maladie peut être attribué sans attendre le délai de 365 jours d'arrêt ininterrompus pour une affection (article 9 de l'Arrêté) :

- qui oblige à l'interruption du travail et qui est susceptible d'entraîner des conséquences graves.
- pour laquelle la durée d'arrêt de travail paraît devoir dépasser un an.

La décision de mise en longue maladie est prise par le médecin conseil (article 10 de l'Arrêté). Le médecin traitant n'a pas de démarche particulière à réaliser (si ce n'est une demande de

reconnaissance d'affection longue durée si besoin).

Ce statut permettra au salarié de bénéficier au maximum de trois ans d'indemnités journalières à plein salaire (article 22, paragraphe 1-b du Décret n°46-1541).

Au 1er janvier 2018 le congé complémentaire de deux ans va être progressivement supprimé. Seuls les patients étant déjà en congés en longue durée depuis plus de 1095 jours (soit 3 ans) à cette date pourront encore bénéficier d'un congé complémentaire de deux ans à demi-salaire (article 3 du Décret n°2017-996).

Le patient est examiné tous les 6 mois par le médecin conseil pour décider de la prolongation ou non de ce statut (article 5 de l'Arrêté).

Au bout d'un an de reprise à temps complet, les droits au congé longue maladie et au congé complémentaire sont à nouveau ouverts en totalité (article 12, paragraphe 3 de l'Arrêté).

7.1.3. Visite de reprise et pré-reprise

Nous n'avons pas trouvé de précisions dans les textes de loi ou sur le site de la CAMIEG. Nous supposons donc qu'il en va de même que le régime général (article R4624-29, 30 et 31 du code du Travail) :

- visite de reprise obligatoire à partir de 30 jours d'arrêt.
- visite de pré-reprise non obligatoire à partir de 3 mois d'arrêt.

7.1.4. Temps partiel thérapeutique

Article 17 de l'Arrêté.

Il est prescrit par le médecin traitant mais doit être validé par le médecin-conseil. Il est organisé en respectant les conseils du médecin du travail. En cas de maladie ordinaire sa durée peut atteindre 6 mois. La situation de longue maladie permet son extension à 1 an.

7.1.5. Invalidité

Arrêté : article 5, Article 15 et 16.

Décret n°46-1541 : article 31 à 37 du titre IV de l'annexe 3.

La décision de mise en invalidité est prise par le directeur de la Caisse nationale des industries électriques et gazières sur avis conforme de deux médecins-conseils du régime spécial des industries électriques et gazières (article 31 décret).

Le salarié est examiné tous les 6 mois par le médecin conseil pour réévaluer la situation (article 5 arrêté).

7.2. Accident du travail

La gestion du risque AT-MP pour les assurés du régime spécial des IEG est répartie entre :

- les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie (après déclaration de ces derniers) et la prise en charge des prestations en nature liées à l'AT.
- l'employeur de la victime pour le maintien du salaire pendant les arrêts de travail liés à l'AT.
- la CNIEG et la médecine-conseil du régime spécial des IEG : versement des prestations en espèces (rente ou capital),
- le médecin-conseil du régime spécial des IEG : suivi médical du dossier. (71)

7.2.1. Caisse CNIEG

La Caisse Nationale de retraite des Industries Electriques et Gazières (CNIEG) est créé le 1^{er} Janvier 2005 par la loi du 9 Aout 2004. Elle couvre les risques vieillesse (retraite), accidents du travail, maladies professionnelles, invalidité et décès pour les salariés de la branche des [industries électriques et gazières en France](#) soit 158 entreprises. Elle est engagée envers l'Etat en tant que régimes de Sécurité Sociale, contractualisé via les Conventions d'Objectifs et de Gestions (COG).

Les travailleurs affiliés au régime spécial de retraites des industries électriques et gazières sont les agents bénéficiant du statut national du personnel de ces industries. La CNIEG compte 141 836 affiliés en 2016. Les prestations servies par la CNIEG en 2016 pour le risque accident du travail et maladies professionnelles s'élèvent à 63 millions d'euros. (72)

7.2.2. Bénéficiaires de l'assurance AT-MP de la CNIEG :

Le personnel bénéficiant du statut national du personnel des industries électriques et gazières. Ils bénéficient d'un régime spécial de sécurité sociale. Art L711-1 du CSS

7.2.3. Déclaration de l'AT

7.2.3.1. La victime

Elle doit prévenir son chef de service dès la cessation du travail. La déclaration d'AT doit être faite dans les 24h à son employeur. Le patient fait établir un certificat médical initial par le médecin de son choix (CERFA S6909). Il ne doit pas être adressé a la CAMIEG. (71) Pas de données retrouvées sur les modalités d'envoi des différents volets du certificat médical.

(Adressé à la CPAM ? CNIEG ? les deux ?)

Ces modalités sont définies dans l'Article 22 du statut du personnel des IEG (3) : « adresser à son service un certificat médical établi par un médecin de son choix, sous forme de réponse aux questions ci-dessous : a) La nature de l'incapacité de travail ; b) Sa durée prévisible ; c) L'indication de la prescription faite à l'agent, soit de garder la chambre ou non, soit de la nécessité ou non du transfert de l'intéressé dans un établissement de soins ou de cure ». Si le patient ne produit pas les certificats médicaux initiaux ou de prolongations, s'il ne respecte pas les prescriptions médicales ou s'il effectue une activité rémunérée durant cet arrêt il s'expose à des sanctions. Ces sanctions sont les suivantes : suppression partielle de la totalité des prestations, sanction disciplinaire, perte des avantages liés au statut.

7.2.3.2. L'employeur :

Il doit adresser à la CNIEG les documents suivants : la copie de la dernière fiche de situation individuelle ; l'état des rémunérations ; le questionnaire coefficient professionnel si nécessaire ; les certificats de restrictions médicales émanant de la médecine du travail ; le PV d'enquête de la gendarmerie s'il est en sa possession ; fiche «Enquête d'accident du travail» complétée et signée par l'ingénieur sécurité. (Sauf accidents de Trajet) ; le PV CHSCT ; l'arbre des causes ; ou tout autre document permettant la compréhension du risque. Si déplacement avec véhicule du service : date du dernier contrôle technique ; kilométrage du véhicule à la date de l'accident ; date de la 1^{re} mise en circulation (73)

7.2.4. Prestations

7.2.4.1. Prestations en espèces :

Les prestations en espèces sont servies par l'employeur. Art L413-12 du CSS. Maintien du salaire par l'employeur jusqu'à la guérison ou la consolidation. Le droit en prestations en espèces relevant des risques d'accident du travail est régi par les dispositions du Livre IV du Code de la Sécurité Sociale, à l'exclusion des prestations versées au titre de l'article 22 du statut national du personnel des industries électriques et gazières. (71)

7.2.4.2. Prestations en nature : prise en charge des soins

Elles sont prises en charge par la CPAM. C'est l'entreprise qui cotise auprès de la CPAM pour la couverture des risques professionnelles pour les prestations en nature (Art 23 paragraphe 3 du personnel des IEG). Les soins sont pris en charge à 100% des tarifs conventionnels de la sécurité sociale, ainsi que les transports s'ils sont médicalement justifiés.

Prothèse : le patient bénéficie de la même prise en charge que le régime général.

Il a le libre choix des professionnels de santé le prenant en charge. Le patient est exonéré du paiement du forfait hospitalier en cas d'hospitalisation pour AT.

7.2.5. Temps partiel thérapeutique

Idem au régime général ? Pas de données spécifiques retrouvées.

7.2.6. Guérison

Le patient doit faire établir un certificat médical final de guérison par son médecin traitant (CERFA S6909). La date de guérison est notifiée au patient par la CPAM (date du certificat médical) (71)

7.2.7. Consolidation :

Le patient doit faire établir un certificat médical final de consolidation par son médecin traitant (CERFA S6909). La date de consolidation est notifiée au patient par la CPAM (date du certificat médical) (71)

7.2.8. Rechute

La rechute est prise en charge au même titre que l'arrêt de travail initial., après accord de la CPAM ou du médecin conseil du régime spécial des IEG qui statue sur l'imputabilité de cette rechute à l'accident du travail initial.

7.2.9. Incapacité partielle permanente

En d'inaptitude partielle ou totale à sa fonction dans les IEG, le patient peut avoir droit à une pension d'invalidité. Pour en bénéficier, le patient doit remplir les conditions administratives suivantes : être affilié au régime des IEG, ne pas avoir atteint l'âge légal d'ouverture du droit à la retraite. Il doit aussi remplir les conditions médicales suivantes : être en arrêt de travail à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et présenter une invalidité conduisant à une réduction des deux tiers de sa capacité de travail.

C'est le médecin conseil du régime spécial des IEG qui évalue les séquelles et fixe le taux d'incapacité permanente à la date de consolidation des lésions. La décision de mise en invalidité est prise par le Directeur de la CNIEG à la suite de la reconnaissance par le médecin conseil. La décision est notifiée au patient par lettre recommandée avec accusé de réception.

SI le taux d'IPP est inférieur à 10%, le patient se voit verser une indemnité en capital (montant forfaitaire fixé chaque année par décret).

Si le taux d'IPP est supérieur ou égal à 10%, le patient se voit verser une rente, re valorisable le 1^{er} Avril de chaque année. Le montant est fixé en fonction du taux d'IPP et du salaire de

référence du patient. Le montant de la rente peut varier au fil du temps en fonction de l'évolution des lésions.

En cas d'AT successifs, les taux d'IPP peuvent se cumuler. Si le cumul des taux d'IPP est supérieur à 10%, le patient peut bénéficier d'une rente. Ces indemnisations ne sont pas imposables ni soumis aux cotisations sociales.

Le patient peut demander une prestation complémentaire pour recours à tierce personne si son taux d'IPP est supérieur ou égale à 80% et qu'il ne peut plus réaliser au moins 3 actes de la vie quotidienne seul. À la suite de l'évaluation par le médecin conseil, la CNIEG notifie au patient le **taux d'IPP retenu**, ainsi que le type et le **montant d'indemnisation correspondante**. Il est possible pour le patient de cumuler une rente pour accident du travail et une pension d'invalidité mais dont le montant total est limité (règles des cumuls).(71)

7.2.10. **Visite de reprise**

Pas de données spécifiques retrouvées.

7.2.11. **Faute inexcusable de l'employeur**

Le salarié victime ou ses ayants droit peuvent invoquer la faute inexcusable de l'employeur pour obtenir une indemnisation complémentaire. La faute inexcusable de l'employeur est définie comme le manquement de ce dernier à cette obligation de sécurité. La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur peut permettre à la victime de toucher une majoration de sa rente ou de l'indemnisation en capital, une réparation de ses préjudices personnels sous forme de dommage et intérêts. Si la victime est décédée suite à l'accident du travail, ses ayants droits peuvent avoir droit à une indemnisation complémentaire en cas de faute inexcusable de l'employeur. La Commission National des Accidents du Travail peut se saisir d'office ou être saisie par la victime ou ses ayants droits pour statuer sur une faute inexcusable de l'employeur et le cas échéant elle statue sur le montant des indemnisations. La décision de la CNAT peut être contestée par la victime et ses ayant droit auprès du Tribunal des affaires de la sécurité sociale.

7.2.12. **En cas de décès à la suite d'un AT :**

Une rente est versée aux ayant droits. (71)

8. BIBLIOGRAPHIE

1. Direction de la Sécurité Sociale. Les chiffres clés de la Sécurité Sociale 2016 (édition 2017) [Internet]. [cité 29 nov 2017]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_ed_2017_def_bd.pdf
2. Arrêt maladie : indemnités journalières versées par la Sécurité sociale [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3053>
3. cir_39646.pdf [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir_39646.pdf
4. Arrêt maladie : démarches à effectuer [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F303>
5. Arrêt de travail pour maladie : vos indemnités journalières [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/indemnitees-journalieres/arret-maladie>
6. Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ? [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
7. Arrêt maladie : reprise du travail du salarié [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F144>
8. Pension d'invalidité de la Sécurité sociale [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F672>
9. Pension d'invalidité : démarches et prise en charge [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/invalidite-handicap/invalidite>
10. Convention collective [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F78>
11. Conventions collectives : nomenclatures [Internet]. Ministère du Travail. 2018 [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/dialogue-social/negociation-collective/conventions-collectives/article/conventions-collectives-nomenclatures>
12. Chiffres clés de la Sécurité Sociale 2015 [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_ed_2016_web.pdf
13. Code de la sécurité sociale.
14. Assurance Maladie. Travailleurs polyactifs [Internet]. Ameli.fr. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/etudes-emploi-retraite/emploi-salarie/polyactif>
15. Accident du travail ou de trajet : vos démarches [Internet]. www.ameli.fr. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/accident/accident-travail-trajet>

16. Accidents du travail pour les médecins [Internet]. www.ameli.fr. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/accident-du-travail-et-maladies-professionnelles/mp/accidents-travail>
17. Déclaration d'accident du travail par l'employeur [Internet]. www.service-public.fr. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F24246>
18. Le salarié doit-il passer une visite médicale après un arrêt de travail ? [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2871>
19. Centre de rééducation professionnelle (CRP) : Tous les établissements de type Centre de rééducation professionnelle (CRP) [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/centre-reeducation-professionnelle-249.html>
20. Chiffres utiles MSA 2017 [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: [http://www.msa.fr/lfy/documents/11566/48463/Chiffres+utiles+MSA+2017+\(national\).pdf](http://www.msa.fr/lfy/documents/11566/48463/Chiffres+utiles+MSA+2017+(national).pdf)
21. LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. 2012-1404 déc 17, 2012.
22. Dossier de presse MSA IJ-Amexa [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.msa.fr/lfy/documents/11566/123021/Dossier+de+presse+MSA+-+IJ+Amexa.pdf>
23. Assemblée Nationale: Texte adopté n° 851 - Projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté, par l'Assemblée nationale, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, pour 2017 [Internet]. www.assemblee-nationale.fr. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0851.asp>
24. MSA - L'invalidité et l'inaptitude médicale au travail [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.msa.fr/lfy/sante/invalidite-inaptitude>
25. MSA - La santé au travail en agriculture [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: http://www.msa.fr/lfy/sst/sante-au-travail-agriculture?p_p_id=56_INSTANCE_wBBTaLz7ciMa&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=3&_56_INSTANCE_wBBTaLz7ciMa_read_more=2
26. Mar AP de la, ais. Atexa : les plus de la MSA | le bimsa [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.lebimsa.fr/atexa-les-plus-de-la-msa/>
27. MSA - L'accident de travail ou de trajet pour les non salariés agricoles [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://monespaceprive.msa.fr/lfy/web/msa/sante/accident-travail-trajet-non-salaries-agricoles>
28. LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. 2016-1827 déc 23, 2016.
29. MSA - L'invalidité et l'inaptitude médicale au travail [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://monespaceprive.msa.fr/lfy/web/msa/sante/invalidite-inaptitude>

30. Code de la sécurité sociale. | Legifrance [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006156122&cidTexte=LEGITEXT000006073189>
31. MSA - L'accident de travail ou de trajet [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: http://www.msa.fr/lfy/sante/accident-de-travail-ou-de-trajet?p_p_id=56_INSTANCE_849ck6VNEhbT&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=3&_56_INSTANCE_849ck6VNEhbT_read_more=2
32. L'essentiel du RSI en chiffres. Edition 2016 - Données 2015 [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: https://www.secu-independants.fr/uploads/tx_rsirss/RSI_Essentiel_du_RSI_Edition2016_Donnees2015_BD.pdf
33. Site internet de la Sécurité sociale des Indépendants : "Nos missions" [Internet]. www.secu-independants.fr. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.secu-independants.fr/nous-connaître/qui-sommes-nous/nos-missions/?pro=artisan&act=actif&me=non>
34. Site internet de la sécurité sociale des indépendants : Qui est affilié ? [Internet]. www.secu-independants.fr. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.secu-independants.fr/nous-connaître/beneficiaires/affiliation/qui-est-affilie/?pro=artisan&act=actif&me=non>
35. Site internet de la sécurité sociale des indépendants: Déclarer un arrêt de travail [Internet]. www.secu-independants.fr. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.secu-independants.fr/sante/indemnites-journalieres/declarer-un-arret-de-travail/?pro=artisan&act=actif&me=non>
36. Prestations sociales pour les commerçants et les artisans indépendants [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F33351>
37. Site internet de la sécurité sociale des indépendants : Assurance invalidité [Internet]. www.secu-independants.fr. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.secu-independants.fr/retraite/assurance-invalidite.html>
38. L'assurance volontaire individuelle AT/MP [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/assurance-volontaire-individuelle/mp/assurance-volontaire-individuelle-mp>
39. Ministère de la fonction publique. Fonction publique chiffres-clés 2016 [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/chiffres_cles/pdf/chiffres-cles_2016.pdf
40. Le Répertoire Interministériel des Métiers de l'Etat | Portail de la Fonction publique [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/biep/repertoire-interministeriel-des-metiers-de-letat>
41. Le CNFPT. Centre national de la fonction publique territoriale. Les métiers de la fonction publique territoriale [Internet]. www.cnfpt.fr. 2016.
42. Démarches d'affiliation auprès de l'assurance maladie : agents publics [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F23671>

43. Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique. Circulaire n° FP 4/ 2049 du 24 juillet 2003 relative aux modalités de traitement des certificats médicaux d'arrêt de travail pour maladie des fonctionnaires - Préservation du secret médical [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: https://www.ac-reunion.fr/fileadmin/ANNEXES-ACADEMIQUES/01-SERVICES-ACADEMIQUES/service-drh/actualites-personnels/2014-2015/conges/circulaire_certificats_medicaux.pdf
44. Ministère de l'économie et de la finance- Ministère de l'action et des comptes publics. Projet de loi de finance pour 2018 [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/projets/pl0235.pdf>
45. UNSA. Procédure d'instruction des demandes de congés de maladie nécessitant l'avis du comité médical départemental [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: http://itefa.unsa.org/IMG/pdf/2014_Conges_de_maladie_et_comite_medical.pdf
46. Retraite pour invalidité (fonction publique) [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F550>
47. Fonction publique : qu'est-ce que la disponibilité d'office pour raison de santé [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1690>
48. Congés pour raison de santé dans la fonction publique territoriale | Collectivités locales [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/conges-pour-raison-sante-dans-fonction-publique-territoriale#accident>
49. Accident de service ou maladie professionnelle (fonction publique) [Internet]. www.service-public.fr. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33252>
50. Rapport Annuel 2016 ATIACL [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/rapport_annuel_2016_atiacl.pdf
51. Chiffres clés CPRSNCF 2016 [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: https://www.cprpsncf.fr/documents/20182/60442/chiffre_cles_cprsnf_2016.pdf/bf0958e8-ac4f-4ac7-b559-09cce823f12b
52. Dr ANDRE JACOUTON. Entretien avec le Dr ANDRE JACOUTON médecin conseil de la CPRSNCF le 15/02/2017. 2017.
53. Décret n°2007-730 du 7 mai 2007 relatif à la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français. 2007-730 mai 7, 2007.
54. Direction Cohésion & Ressources Humaines Ferroviaire. STATUT DES RELATIONS COLLECTIVES ENTRE SNCF, SNCF RESEAU, SNCF MOBILITES CONSTITUANT LE GROUPE PUBLIC FERROVIAIRE ET LEURS PERSONNELS- Référentiel Ressources Humaines Directive- Version 15 du 01-01-2016. [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.sudrailpse.org/site/download/rh00001.pdf>
55. LivretAccueil.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <http://multimedia.sncf.com/pdf/LivretAccueil.pdf>
56. Déclarer un accident du travail ou de trajet - Site institutionnel [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.cprpsncf.fr/declarer-un-accident-du-travail-ou-de-trajet>

57. Indemnisation en cas d'incapacité permanente partielle - Site institutionnel [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.cprpsncf.fr/indemnisation-en-cas-d-incapacite-permanente-partielle>
58. Rapport d'activité 2016 CNMSS [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: http://www.cnmss.fr/documents/FlippingBook/RA2016_082017/files/assets/common/downlo ads/publication.pdf
59. Je suis blessé ou malade : les congés liés à mon état de santé [Internet]. www.defense.gouv.fr. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.defense.gouv.fr/blesses/je-suis-un-blesse/je-suis-blesse-ou-malade-les-conges-lies-a-mon-etat-de-sante>
60. Décret n° 2016-1903 du 28 décembre 2016 relatif à la partie réglementaire du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre | Legifrance [Internet]. www.legifrance.gouv.fr. [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/28/DEFD1629896D/jo/texte>
61. Dr MARLE médecin de la CNMSS. Réponses du Dr MARLE, médecin de la CNMSS au questionnaire adressé par les chercheurs. 2017.
62. Accidents du travail (APIAS) : affection présumée imputable au service - Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale [Internet]. [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.cnmss.fr/professionnel-de-sante/accidents-du-travail-apis-affection-presumee-imputable-au-service-5108.html>
63. Documents- Plaquette GSBDD_2015-12-03.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: http://www.onac-vg.fr/files/uploads/file/Documents-%20Plaquette%20GSBDD_2015-12-03.pdf
64. Qui sommes-nous ? | Défense mobilité [Internet]. [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.defense-mobilite.fr/qui-sommes-nous>
65. entreprises mises en ligne site 31-12-2016.pdf [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: http://sgeieg.fr/sites/default/files/sgeieg/entreprises_mises_en_ligne_site_31-12-2016.pdf
66. Rapport d'activite 2016 2017-07 camieg [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Publications/RAPP-Rapport_dactivite_2016-COM-2017-07.pdf
67. Décret n°46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières | Legifrance [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006060444>
68. Arrêté du 13 septembre 2011 portant règlement spécial du contrôle médical du régime spécial de sécurité sociale des industries électriques et gazières.
69. Décret n° 2017-996 du 10 mai 2017 modifiant le décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières | Legifrance [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/10/AFSS1712191D/jo/texte>
70. Service Médical de l'Assurance Maladie: Camieg [Internet]. [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.camieg.fr/espace-assure/remboursements-en-pratique/service-medical-de-lam/>

71. CNIEG-Accidents du travail et maladies professionnelles [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.cnieg.fr/accueil/reglementation/particulier/atmp.html>
72. Site internet de la CNIEG : Qui sommes-nous? [Internet]. www.cnieg.fr. Disponible sur: <https://www.cnieg.fr/accueil/cnieg/a-propos.html>
73. CNIEG-Déclarer un salarié en situation d'AT-MP [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.cnieg.fr/accueil/entreprise/services/gestion-carriere/atmp.html>

BRUSCHET Alain, BOCQUET Julie : Particularités des arrêts maladie et accidents du travail en fonction du régime de protection sociale du patient : une revue des données réglementaires.

RESUME

Contexte. La prescription de repos pour un un arrêt maladie ou un accident du travail est un acte thérapeutique quotidien du médecin généraliste. Son coût pour la société en fait un vrai enjeu de santé publique en France tout comme chez nos voisins européens. Sa réglementation complexe du fait des nombreux régimes de sécurité sociale est source de difficultés pour le médecin et le patient. L'objectif de cette thèse est d'identifier les différences de dispositions à prendre pour un arrêt de travail en fonction du régime de sécurité sociale. L'objectif final est de de réaliser un guide pratique d'aide à la prescription diffusable sur internet.

Méthode. Une revue des données réglementaires a été réalisée uniquement via internet à partir des sources officielles législatives, des sites des caisses de sécurité sociale ou une prospection plus large sur un moteur de recherche. En l'absence de résultats, des entretiens avec les caisses ont été demandés pour compléter les données. Une validation officielle du travail de synthèse effectué a été sollicitée au niveau national pour chaque caisse.

Résultats. Les sept régimes les plus importants en terme de bénéficiaires ont été étudiés. Trois entretiens avec des médecins conseils ont été réalisés. Les données réglementaires ont été résumées sous forme de fiche synthèse. La validation officielle n'a pu être obtenue auprès des caisses. L'outil d'aide à la prescription n'a donc pu être diffusé.

Conclusions. Les droits et démarches du patient en cas d'arrêt maladie ou d'accident du travail varient en fonction du régime d'assurance maladie, même si ces droits tendent à s'harmoniser au fil des années. Ce travail de thèse a permis de mettre en évidence l'opacité et la complexité des différents régimes de sécurité sociale en France. Les fréquents changements de législation rendent difficile la mise à jour des connaissances des médecins et sont source d'obstacle pour accéder à l'information. L'inventaire réalisé dans le cadre de cette pourra constituer la base d'un outil synthétique en ligne d'aide à la prescription.

MOTS CLES : congé maladie, arrêt de travail, assurance maladie, réglementation, législation, accident du travail.

JURY

Président : Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent
Membres : Monsieur le Professeur BERGERET Alain
Monsieur le Professeur COLIN Cyrille
Monsieur le Docteur ZORZI Frédéric

DATE DE SOUTENANCE: Le 22 mars 2018

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR: 836 route de l'Effondras 01660
MEZERIAT, 1 rue Denis Papin 01700 St Maurice de Beynost

EMAIL: alainbruschet@live.fr; julie.bocquet@icloud.com