



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

UFR DE MEDECINE LYON-EST

ANNÉE 2025 - N°21

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE GENERALE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 04/02/2025

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine
Par

BENAMROUCHE Rachid

né le 21/01/1985 à Saint-Chamond

Spécificité des arrêts maladie et accidents du travail selon le régime de protection sociale du patient : Actualisation de la revue des données réglementaires et législatives. Mise en place d'un outil simple d'accès au profit des usagers et des professionnels de santé

Sous la direction du Professeur ZORZI Frédéric

Devant le jury composé du :
Professeure WALLON Martine (présidente du jury)
Professeure CHARBOTEL Barbara
Professeur ZORZI Frédéric (directeur de thèse)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BENHADI
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech	Lyon Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

Faculté de Médecine Lyon-Est Liste des enseignants 2023/2024

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Hors classe**

VILLANI AXEL Dermatologie-vénéréologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 2**

BLAY JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
CHASSARD DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d’urgence
CHEVALIER PHILIPPE	Cardiologie
CLARIS OLIVIER	Pédiatrie
COLIN CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO THIERRY	Psychiatrie d’adulte – Addictologie
DELAHAYE FRANCOIS	Cardiologie
DENIS PHILIPPE	Ophtalmologie
DOUEK CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUMONTET CHARLES	Hématologie - Transfusion
FINET GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND PASCAL	Gynécologie-obstétrique – médicale
HONNORAT JEROME	Neurologie
LINA BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MERTENS Patrick	Anatomie
MIOSSEC PIERRE	Immunologie
MORELON EMMANUELLE	Néphrologie
MORNEX JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN PHILIPPE	Nutrition
OBADIA JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIVOIRE MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
RODE GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT PETHELAZ ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé
VANDENESCH FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie – Addictologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1**

ADER FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
ARGAUD LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET LIONEL	Urologie
BERTHEZENE YVES	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
COTTIN VINCENT	Pneumologie, addictologie
DI FILIPPO SYLVIE	Cardiologie
DURIEU GUEDON ISABELLE	Médecine interne- Gériatrie -Addictologie

EDERY CHARLES PATRICK
 FAUVEL JEAN-PIERRE
 FROMENT CAROLINE
 GUENOT MARC
 JULLIEN DENIS
 KODJIAN LAURENT
 KROLAC-SALMONT PIERRE
 MABRUT JEAN-YVES
 MICHEL PHILIPPE
 PICOT STEPHANE
 ROY PASCAL
 SCHAEFFER LAURENT
 TRUY ERIC
 TURJMAN FRANCIS
 VANHEMS PHILIPPE
 VUKUSIC SANDRA

Génétique
 Médecine de la douleur - Addictologie
 Physiologie
 Neurochirurgie
 Dermatologie vénéréologie
 Ophtalmologie
 Médecine interne
 Chirurgie viscérale et digestive
 Epidémiologie, économie de la santé
 Parasitologie et mycologie
 Biostatistique inf. méd.
 Biologie cellulaire
 Oto-rhino-laryngologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Epidémiologie, économie de la santé
 Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

AUBRUN FREDERIC
 BACCHETA JUSTINE
 BESSEREAU JEAN-LOUIS
 BOUSSEL LOIC
 CALENDER ALAIN
 CHAPURLAT ROLAND
 CHARBOTEL COING-BOYAT BARBARA
 COLOMBEL MARC
 COTTON FRANCOIS
 DAVID JEAN-STEPHANE
 DEVOUASSOUX MOJGAN
 DI ROCCO FEDERICO
 DUBERNARD GIL
 DUBOURG LAURENCE
 DUCLOS ANTOINE
 DUMORTIER JEROME
 FANTON LAURENT
 FELLAHI JEAN-LUC
 FERRY TRISTAN
 FOURNERET PIERRE
 GUIBAUD LAURENT
 HENAINE ROLAND
 HOT ARNAUD
 HUISSOUD CYRIL
 JACQUIN COURTOIS SOPHIE
 JARRAUD SOPHIE
 JAVOUHEY ETIENNE
 JUILLARD LAURENT
 LEVRERO MASSIMO
 MERLE PHILIPPE
 MURE PIERRE-YVES

Anesthésiologie -réanimation
 Pédiatrie
 Biologie cellulaire
 Radiologie et imagerie médicale
 Génétique
 Rhumatologie
 Médecine et santé au travail
 Urologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Anesthésiologie - Réanimation
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Neurochirurgie
 Gynécologie-obstétrique - médicale
 Physiologie
 Epidémiologie, économie de la santé
 Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
 Médecine légale
 Anesthésiologie-réanimation
 Maladies infectieuses – Maladies tropicales
 Pédopsychiatrie - Addictologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Médecine interne
 Gynécologie-obstétrique - médicale
 Médecine physique et de réadaptation
 Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
 Pédiatrie
 Néphrologie
 Gastroentérologie - Hépatologie
 Gastroentérologie - Hépatologie
 Chirurgie infantile

NICOLINO MARC
 PERETTI NOËL
 PONCET GILLES
 POULET EMMANUEL
 RAVEROT GERALD
 RAY-COQUARD ISABELLE
 RHEIMS SYLVAIN
 RICHARD JEANCHRISTOPHE
 RIMMELE THOMAS
 ROBERT MAUD
 ROMAN SABINE
 ROSSETTI YVES
 ROUVIERE OLIVIER
 SAOUD MOHAMED
 THAUNAT OLIVIER
 WATTEL ERIC

Pédiatrie
 Nutrition
 Chirurgie viscérale et digestive
 Psychiatrie d'adultes - Addictologie
 Endocrinologie- Gynécologie médicale
 Cancérologie - Radiothérapie
 Neurologie
 Réanimation – Médecine d'urgence
 Anesthésiologie-réanimation
 Chirurgie viscérale et digestive
 Physiologie
 Physiologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Psychiatrie d'adultes - Addictologie
 Néphrologie
 Hématologie – Transfusion

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

BOUVET LIONEL
 BUTIN MARINE
 CHARRIERE SYBIL
 CHEDOTAL ALAIN
 CHENE GAUTIER
 COLLARDEAU FRACHON SOPHIE
 CONFAVREUX CYRILLE
 COUR MARTIN
 CROUZET SEBASTIEN
 DELLA SCHIAVA NELLIE
 DUCRAY FRANCOIS
 DUPRE AURELIEN
 DURUISSEAUX MICHAEL
 EKER OMER
 GILLET YVES
 GLEIZAL ARNAUD
 GUEBRE-EGZIABHER FITSUM
 HAESEBAERT JULIE
 HAESEBAERT FREDERIC
 HARBAOUI BRAHIM
 JACQUESSON TIMOTHEE
 JANIER MARC
 JOUBERT BASTIEN
 LEMOINE SANDRINE
 LESCA GAETAN
 LOPEZ JONATHAN
 LUKASZEWICZ-NOGRETTE ANNE-CLAIRE
 MEWTON NATHAN
 MEYRONET DAVID
 MILLON ANTOINE

Anesthésiologie-réanimation
 Pédiatrie
 Nutrition
 Biologie cellulaire
 Gynécologie-obstétrique - médicale
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Rhumatologie
 Médecine intensive de réanimation
 Urologie
 Chirurgie vasculaire
 Neurologie
 Cancérologie
 Pneumologie - Addictologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Pédiatrie
 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 Néphrologie
 Epidémiologie, économie de la santé
 Psychiatrie d'adultes - Addictologie
 Cardiologie
 Anatomie
 Biophysique et médecine nucléaire
 Neurologie
 Physiologie
 Génétique
 Biochimie et biologie moléculaire
 Anesthésiologie-réanimation
 Cardiologie
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire

MOHKAM KAYVAN
MONNEUSE OLIVIER
NATAF SERGE
PIOCHE MATHIEU
SAINTIGNY PIERRE
THIBAUT HELENE
VENET FABIENNE
VOLPE-HAEGELEN CLAIRE

Chirurgie viscérale et digestive
Chirurgie viscérale et digestive
Histologie - Embryologie - Cytogénétique
Gastroentérologie
Cancérologie - Radiothérapie
Cardiologie
Immunologie
Neurochirurgie

Professeur des Universités 1ère classe

CARVALLO PLUS SARAH

Epistémologie des Sciences et techniques

Professeur des Universités – Médecine Générale Classe Exceptionnelle 1

LETRILLIART LAURENT

Professeurs associés de Médecine Générale

DE LA POIX DE FREMINVILLE HUMBERT
FARGE THIERRY
LAINE XAVIER
PIGACHE CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

CHVETZOFF GISELE
GAZARIAN ARAM
JUNG JULIEN
LOMBARD-BOHAS CATHERINE

Médecine palliative
Chirurgie orthopédique
Neurologie
Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers Hors Classe

CHALABREYSSE LARA
COZON GREGOIRE
HERVIEU VALERIE
KOLOPP SARDA MARIE-NATHALIE
MENOTTI JEAN
PLOTTON INGRID
RABILLOUD-FERRAND MURIEL
STREICHENBERGER NATHALIE
TARDY GUIDOLLET VERONIQUE
TRISTAN ANNE

Anatomie et cytologie pathologiques
Immunologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Immunologie
Parasitologie et mycologie
Biologie et médecine du développement
Biostatistiques, informatique médicale
Anatomie et cytologie pathologiques
Biochimie et biologie moléculaire
Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BENCHAIIB MEHDI
BRINGUIER PIERRE
PERSAT FLORENCE
PIATON ERIC
SAPPEY-MARINIER DOMINIQUE

Gynécologie médicale
Histologie, Embryologie Cytogénétique
Parasitologie et mycologie
Histologie, Embryologie Cytogénétique
Biophysique et médecine nucléaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS LAURENCE
CASALEGNO JEAN-SEBASTIEN
COUTANT FREDERIC
CURIE AURORE
ESCURET PONCIN VANESSA
JOSSET LAURENCE
LACON REYNAUD QUITTERIE
ROUCHER BOULEZ FLORENCE
VASILJEVIC ALEXANDRE
VLAEMINCK GUILLEM VIRGINIE

Biophysique et médecine nucléaire
Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
Immunologie
Pédiatrie
Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
Médecine interne – Gériatrie - Addictologie
Biochimie et biologie moléculaire
Anatomie et cytologie pathologiques
Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BALANCA (stagiaire) BAPTISTE
BARBA (stagiaire) THOMAS
BAUDIN FLORENT
BENECH NICOLAS
BITKER (stagiaire) LAURENT
BOCCALINI (stagiaire) SARA
BOUCHIAT SARABI CORALIE
BOUTY-LECAT AURORE
CORTET MARION
COUTIER-MARIE LAURIANNE
DOREY JEAN-MICHEL
DUPONT DAMIEN
GRINBERG (stagiaire) DANIEL
KOENIG ALICE
LILOT MARC
MAINBOURG JARDEL Sabine
NGUYEN CHU HUU KIM
PASQUER ARNAUD
SIMONET THOMAS

Anesthésie, réanimation
Médecine interne, gériatrie, addictologie
Pédiatrie
Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
Médecine intensive de réanimation
Radiologie, imagerie médicale
Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
Chirurgie infantile
Gynécologie-obstétrique - médicale
Pédiatrie
Psychiatrie d'adultes - Addictologie
Parasitologie et mycologie
Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
Immunologie
Anesthésiologie-réanimation
médecine douleur, addictologie
Pharmacologie fondamentale, addiction
Chirurgie viscérale et digestive
Biologie cellulaire

Maîtres de conférences
Hors classe

GOFFETTE JEROME
VIGNERON ARNAUD

Epistémologie des Sciences et techniques
Biochimie, biologie

Maîtres de conférences
Classe normale

BAYLAC-PAOULY BAPTISTE
DALIBERT LUCIE
FAUVERNIER MATHIEU
LASSERRE EVELYNE
LECHOPIER NICOLAS
MATEO SEBASTIEN
NAZARE JULIE-ANNE
PANTHU BAPTISTE
VIALLO VIVIAN
VINDRIEUX DAVID

Epistémologie des Sciences et techniques
Epistémologie des Sciences et techniques
Mathématiques appliquées et applications
Ethnologie et anthropologie biologique
Epistémologie des Sciences et techniques
Sciences de rééducation et de réadaptation
Physiologie
Biologie cellulaire
Mathématiques appliquées et applications
Physiologie

Professeur de Médecine Générale
1ère classe

CHANELIERE MARC

Classe normale

ZORZI FREDERIC

Maître de conférences de Médecine Générale
2ème classe

LAMORT-BOUCHE MARION

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST ALEXANDRE
PERROTIN SOFIA

Maître de conférences associé Autres disciplines

TOURNEBISE HUBERT Médecine physique et de réadaptation

Professeur Honoraire

DROZ JEAN-PIERRE

Cancérologie

Professeurs émérites

BEZIAT JEAN-LUC
BORSON-CHAZOT FRANCOISE
COCHAT PIERRE
DALIGAND LILIANE
ETIENNE JEROME
FLORET DANIEL
GHARIB CLAUDE
GUERIN CLAUDE
GUERIN JEAN-FRANCOIS
GUEYFFIER FRANCOIS
LEHOT JEAN-JACQUES
MAUGUIERE FRANCOIS
MELLIER GEORGES
MICHALLET MAURICETTE
MOREAU ALAIN
NEGRIER CLAUDE
NEGRIER MARIE-SYLVIE
NIGHOGHOSSIAN NORBERT
PONCHON THIERRY
PUGEAT MICHEL
REVEL DIDIER
SINDOU MARC
TOURAIN JEAN-LOUIS
TREPO CHRISTIAN

Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
Endocrinologie diabétologie maladies
Pédiatrie
Médecine légale et Droit de la santé
Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
Pédiatrie
Physiologie
Médecine intensive de réanimation
Médecine reproduction –Gynécologie
Pharmacie fondamentale, clinique
Anesthésiologie-réanimation
Neurologie
Gynécologie - Obstétrique
Hématologie - Transfusion
Médecine générale
Hématologie - Transfusion
Cancérologie - Radiothérapie
Neurologie
Gastroentérologie, hépatologie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Radiologie imagerie médicale
Neurochirurgie
Néphrologie
Gastroentérologie – Hépatologie - Addicto

REMERCIEMENTS:

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude envers M. Frédéric Zorzi pour son soutien inestimable tout au long de ma thèse. Sa guidance, son expertise et sa disponibilité ont été d'une valeur inestimable pour la réussite de ce projet.

Je remercie Madame la Professeure WALLON qui m'a fait l'honneur d'être présidente de mon jury de thèse. Avoir une spécialiste reconnue en maladie infectieuses , mais également dans le domaine de la santé publique et également un membre actif de la prise en charge du 3ème cycle à Lyon un honneur.

Mes remerciements vont aussi en faveur du Professeur CHARBOTEL pour avoir accepté de manière aussi réactive de faire partie du jury de ma thèse. Son expertise sur les problématiques de médecine du travail et notamment en termes de prise en charge des pathologies cancéreuses n'est plus à démontrer. Je suis très reconnaissant et fier surtout pour un ancien juriste en droit social.

J'aimerais également remercier chaleureusement le Doyen ZENI de Saint ETIENNE et toute l'équipe de sélection des passerelles en médecine pour m'avoir fait confiance en m'intégrant dans votre belle discipline à l'âge de 33 ans.

Je me rappelle du jour de l'oral d'admission à Lyon lors de la sélection régionale où tous les doyens de médecine étaient réunis. L'intervention du Professeur BURILLON doyen de la faculté de médecine de Lyon Sud qui a dit « qu'elle était prête à me prendre si le Doyen ZENI » ne me prenait pas à Saint-Étienne. Je ne peux oublier.

Je remercie tous les maîtres de stage et enseignants et au doyen BERTHELOT successeur du Doyen ZENI, de la faculté de médecine de Saint-Étienne qui ont toujours été bienveillants. Mon externat à Saint-Étienne fut très enrichissant et épanouissant.

Je suis profondément reconnaissant envers tous les praticiens que j'ai pu croiser tout au long de mon internat à Lyon, toutes ces personnes qui ont contribué à mon parcours académique. Je remercie notamment, le DR PELLOUX et le Professeur FASSIER pour leur écoute et soutien.

Plus particulièrement, je souhaite exprimer ma reconnaissance envers certains médecins qui m'ont guidé durant ces années d'internat comme le Dr LABRANCHE, MOREAU, ROUSSEL, MAIELLO, ROQUES et toute l'équipe des urgences de Vienne. Je reviendrai.

Un grand merci à l'équipe de gynécologie de Vienne : DR DOLIQUE, DR SOIGNON, DR DESROQUES, DR DELLECOUR, DR HALLEZ, DR BOSC, BOURNETON, DR AEBERLI, DR DEVILLARD et toute la « team gynéco de Vienne ». Vous m'avez fait aimer la discipline.

J'en profite pour remercier toute l'équipe de gynécologie de Saint Étienne de m'avoir accueilli pour effectuer mon diu de gynécologie complémentaire avec en particulier le Professeur CHAULEUR, qui a été d'une disponibilité et réactivité incroyable. Une mention spéciale pour le Professeur BARJAT, pour sa pédagogie et de m'avoir fait confiance.

Un grand merci à tous mes maîtres de stage, DR BENARD, DR BESANCON, DR SCHECK et SCHAEERER qui m'ont guidé et accompagné pour mon premier stage en cabinet et m'ont conforté dans l'idée que j'étais fait pour la médecine générale.

Je remercie Noémie, Maud, cadres de santé qui m'ont encouragé à poursuivre mes études en médecine.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mes amis Ali, Yanis, Tiffany et Martine et Victor qui ont été d'un soutien inestimable tout au long de ce parcours de thèse.

Ali, ta capacité à toujours trouver les mots justes pour me motiver a été une source d'inspiration constante.

Yanis, merci pour nos discussions enrichissantes qui m'ont permis d'affiner mes idées et d'élargir ma perspective.

Tiff, ta patience et ton écoute ont été des piliers sur lesquels j'ai pu m'appuyer dans les moments de doute surtout et notamment lors de mes débuts en médecine.

Martine, pour m'avoir dit que je serai capable d'être un excellent médecin et m'inciter à le faire.

Victor, mon collègue de passerelle, pour ton esprit de synthèse incroyable et ton aide précieuse en anglais qui m'ont permis de ne pas connaître l'échec.

Un grand merci à ma famille pour leur soutien discret mais tellement efficace à mes yeux.

Un grand merci à ma mère qui m'a toujours soutenu dans les meilleurs moments et les plus difficiles de ma vie. Lorsque j'étais en difficulté, je repensais à son histoire, à la véritable misère qu'elle a connue et je me disais : « en fin de compte la médecine c'est facile ».

Cette réussite c'est également la tienne.

S. ta disparition tragique et tellement inattendue lors de la conclusion de ma thèse, m'a bouleversé mais en même temps permis de relativiser encore plus sur mon existence. On sait que tu es en paix. Enfin, je tiens à te remercier infiniment. Tu te reconnaîtras. Tu accompagnes mes pensées tous les jours et j'espère ne pas te décevoir.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	18
2. MATERIEL, PERIMETRE DE TRAVAIL ET METHODE	22
2.1. ETAT DES LIEUX DES TRAVAUX EXISTANTS EN FRANCE	22
2.2. PANORAMA DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE	23
2.3. QUELS REGIMES ETUDIER ?	24
2.4. QUELLE METHODE UTILISER POUR OBTENIR DES INFORMATIONS SELON LES REGIMES DE SECURITE SOCIALE ?	24
2.5. COMMENT S'ASSURER DE LA VALIDATION DES INFORMATIONS	24
2.6. DIFFUSION DES INFORMATIONS	25
3. RESULTATS	25
3.1. ETAT DES LIEUX DES TRAVAUX OU OUTILS EXISTANTS EN FRANCE	25
3.2. QUELS SONT LES REGIMES DE SECURITE SOCIALE EN FRANCE ?	25
3.3. QUELS REGIMES ETUDIER ?	27
DISPOSITIONS A PRENDRE SELON LE REGIME : SYNTHESE DES RESULTATS	
3.4.1. Régime général	28
3.4.1.1. Généralités	28
3.4.1.2. Maladie	28
3.4.1.3. Accident du travail	31
3.4.2. Régime des exploitants agricoles	34
3.4.2.1. Maladie	34
3.4.2.2. Accidents du travail	37

3.4.3. Régimes des salariés agricoles	39
3.4.3.1. Maladie	40
3.4.3.2. Accident du travail	42
3.4.4. Fonction publique	44
3.4.4.1. Généralités	44
3.4.4.2. Maladie	46
3.5.5.3. Accident du travail	49
3.5. SNCF	52
3.5.6.1. Généralités.....	52
3.5.6.2. Maladie	52
3.5.6.3. Accident du travail	55
3.5.7. Régime militaire	57
3.5.7.1. Généralités	57
3.5.7.2. Maladie	58
3.5.7.3. Accident présumé imputable au service (APIAS)	61
3.5.8. Personnel des industries électriques et gazières	63
3.5.8.1. Généralités.....	63
3.5.8.2. Maladie	63
3.5.8.3. Accident du travail	67
3.7. DIFFUSION DE L'OUTIL	70
4. DISCUSSION	70
4.1 Justifications de la complexité du système de sécurité sociale français.....	71
4.2. Une procédure complexe avec le délai de carence.....	74
4.3. La complexité de la Sécurité sociale due à des mouvements continus	76

4.4. AMELIORATION DE L'OUTIL	79
4.5. PERSPECTIVES	80
5. CONCLUSION	82
6. BIBLIOGRAPHIE	84

1)INTRODUCTION :

Un risque se définit comme un événement futur ou incertain pouvant entraîner un préjudice lorsqu'il se réalise.

Comme le soulignent les auteurs dans l'ouvrage Dans la sécurité sociale (1), il revêt un caractère social lorsqu'il est partagé au sein d'une collectivité. La protection sociale vise à protéger les individus ou les ménages contre divers risques sociaux, qu'ils soient d'origine professionnelle ou non, susceptibles de :

- diminuer leur revenu en affectant leur capacité de travail (comme la maladie, les accidents, ou la vieillesse) ;
- entraver l'exercice de leur capacité de travail (par exemple, le chômage) ;
- engendrer des dépenses pour l'individu ou le ménage (comme les frais liés à la maladie, à la naissance, ou à la perte d'autonomie).

La protection sociale offre aux individus ou aux ménages des prestations qui visent :

- soit à compenser les dépenses engagées pour se prémunir contre ces risques (telles que les frais médicaux, les médicaments) ;
- soit à indemniser la perte de revenus (comme les indemnités journalières ou les allocations chômage). Le système français de protection sociale se distingue par un niveau élevé de prestations et prend en compte l'ensemble des risques sociaux.

Ce système comprend plusieurs organismes :

- **La Sécurité sociale**, fondée sur le principe de solidarité nationale, garantit à toute personne travaillant ou vivant en France de manière stable et régulière la couverture des dépenses liées à la maladie, à la maternité, à la paternité, ainsi qu'aux charges familiales et d'autonomie.
- Elle protège les travailleurs et assimilés contre les risques pouvant diminuer ou supprimer leurs revenus, grâce à l'affiliation à un ou plusieurs régimes obligatoires.
- Elle prend en charge les frais de santé, soutient l'autonomie et gère les prestations d'assurance sociale, telles que les allocations de vieillesse, les indemnités pour accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi que les prestations familiales, conformément au Code de la Sécurité sociale et aux réglementations internationales et européennes.

La Nation réaffirme son engagement en faveur d'une couverture des frais de santé qui soit universelle, obligatoire et solidaire. L'accès à la protection contre les risques liés à la maladie est garanti pour tous, quel que soit leur âge ou leur état de santé. (2)

Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection, tout en veillant à un usage responsable des ressources allouées à l'assurance maladie.

En France, la Sécurité sociale occupe une place unique.

Le modèle français se distingue par une socialisation publique des risques à grande échelle, offrant un niveau élevé de protection. La protection sociale se structure autour de deux niveaux, avec la Sécurité sociale au centre, conçue selon le plan de 1945 pour intégrer en grande partie l'assistance (aujourd'hui appelée aide sociale) et les dispositifs de prévoyance (organisés autour de couvertures complémentaires). Bien que ce schéma soit utile pour en comprendre les grandes lignes, il est devenu de plus en plus théorique.

Des assurances complémentaires sont désormais obligatoires pour la retraite et, plus récemment, pour les salariés en matière d'assurance maladie. Des caisses de sécurité sociale gèrent, au nom de l'État ou des collectivités territoriales, des prestations d'aide sociale. Certaines prestations ne dépendent pas du fait de cotiser.

De plus, le rôle de la fiscalité devient de plus en plus prépondérant, finançant directement des prestations d'assurances sociales ou encourageant l'épargne pour la prévoyance.

Dans les années 1960, les anciennes mutuelles du secteur agricole ont fusionné pour donner naissance aux caisses de MSA. Ce réseau est constitué d'une caisse centrale (CCMSA) et de 35 caisses locales, opérant à l'échelle régionale ou pluri-départementale.

La MSA fonctionne comme un guichet unique pour les personnes du secteur agricole sur tout le territoire, en prenant en charge toutes les fonctions des caisses du régime général, notamment le versement des prestations, l'encaissement des cotisations, la gestion des risques, l'action sociale, le contrôle et le conseil aux usagers.

Dans ce cadre, les caisses de MSA offrent, d'une part, une couverture spécifique pour divers risques (maladie, vieillesse, invalidité, décès, maternité) destinée aux exploitants agricoles et à leurs conjoints.

D'autre part, elles agissent pour le compte du régime général.

Cela inclut les salariés agricoles, qui sont couverts comme les autres travailleurs du secteur privé, ainsi que les prestations familiales, pour lesquelles les caisses de MSA fonctionnent comme des CAF.

En 2024, avec 26,9 milliards de prestations versées à 5,2 millions de bénéficiaires, c'est le deuxième régime de protection sociale en France.

De plus, 6,5 millions de personnes bénéficient de prestations sociales agricoles dont 3,7 millions de salariés et 2,8 millions de non-salariés, que ceux-ci soient actifs ou retraités. (3)

Le régime des travailleurs indépendants, qui inclut tous les non-salariés non-agricoles tels que les professionnels libéraux (médecins, avocats, etc.) ainsi que ceux des secteurs industriel, commercial et artisanal, était principalement géré par le régime social des indépendants (RSI).

Depuis 2005, le RSI regroupait les principales structures responsables de la couverture sociale de 6 millions de chefs d'entreprise, organisées en 29 caisses locales régionales ou interrégionales.

Les conseils d'administration de ces caisses comptaient environ 1 000 administrateurs élus directement par les assurés. Les indépendants et leurs conjoints étaient couverts par le RSI pour les risques de maladie, maternité, invalidité et décès, tandis que la retraite était gérée par différents régimes pour les artisans, les industriels et les commerçants, avec des structures spécifiques pour les professions libérales. Le recouvrement des cotisations était assuré par le RSI en collaboration avec les URSSAF.

Cependant, des problèmes informatiques liés à cette organisation ont provoqué des conflits entre les caisses et leurs assurés, bien que des améliorations de gestion aient atténué ces difficultés, considérées comme un « accident industriel ».

La loi de financement de la Sécurité Sociale de 2018 a officialisé la dissolution du RSI, remplaçant ce dernier par la Sécurité Sociale des Indépendants (SSI). Une période transitoire de deux ans a été instaurée pour permettre à chaque branche du Régime Général de préparer l'intégration des activités, des assurés et du personnel de la SSI. La réforme du RSI a été entièrement finalisée au début de 2020. Les régimes spéciaux regroupent des situations diverses, issues de choix historiques qui ont conduit à des couvertures spécifiques pour certains secteurs et professions, souvent dans le secteur public. Environ 4,5 millions de cotisants sont affiliés à ces régimes.

Parmi eux, 2,2 millions de fonctionnaires des collectivités territoriales et des hôpitaux relèvent d'un régime spécial de retraite géré par la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

De plus, 2 millions de fonctionnaires civils de l'État bénéficient d'un régime de retraite administré par un service de l'État, tandis que 500 000 autres salariés, principalement dans le secteur public, sont couverts par des organismes spécifiques.

Il arrive que les régimes spéciaux nécessitent l'intervention du régime général : par exemple, les fonctionnaires ont accès aux prestations des CAF, et leurs frais de santé sont remboursés par des

mutuelles qui agissent pour le compte du régime général. La présence d'un régime spécial indique souvent une prise en charge directe par l'employeur pour certaines prestations.

Ainsi, un fonctionnaire d'État en incapacité de travail pour raison de santé continue de percevoir son salaire.

D'autres salariés bénéficient également de dispositions particulières pour certains risques.

Les agents de la RATP, de la SNCF ou de l'ancienne EDF-GDF sont couverts par des régimes qui prennent en charge tous les risques, à l'exception de ceux liés à la famille.

Des protections spécifiques existent aussi pour les employés de l'Opéra de Paris ou de la Comédie-Française. La viabilité de ces régimes repose sur leur capacité à équilibrer les dépenses avec les cotisations et contributions. Cependant, en raison d'un déclin démographique, leur pérennité est souvent mise en question. Certains régimes spéciaux sont en voie d'extinction, n'ayant plus de cotisants et destinés à disparaître avec le décès du dernier bénéficiaire (comme le régime des mines), tandis que d'autres continuent d'avoir un nombre significatif de cotisants.

La prescription des arrêts de travail dans le cadre des maladies ou des accidents de travail demande de prendre en compte :

L'évaluation médicale quant à la gravité de la blessure ou de la maladie physique ou psychologique

La rigueur dans la complétude des documents spécifiques qui peut avoir des répercussions sur les garanties du patient.

Il ne faut pas occulter le fait que les médecins doivent également être informés des lois et des réglementations en matière de santé au travail. Cela inclut la connaissance des droits des travailleurs.

La communication entre le médecin, le patient et l'employeur est cruciale.

Les médecins doivent parfois jouer un rôle de médiateur pour s'assurer que les besoins du patient sont respectés.

En résumé, la prise en charge des accidents de travail et des arrêts maladie par les médecins est un processus multidimensionnel, tenant compte des aspects médicaux, législatifs et relationnels.

Cela conduit à la problématique suivante :

Quelles sont les particularités des arrêts maladie et des accidents de travail selon l'appartenance du patient au régime général ou à un régime spécial d'assurance maladie ?

L'objectif de cette thèse est d'identifier les différentes dispositions législatives et ou réglementaires

à prendre pour un arrêt de travail (arrêt maladie ou accident de travail) en fonction du régime de Sécurité Sociale. (Actualisation et enrichissement d'un travail fait en 2018) (4)

2) MATERIEL, PERIMETRE DE TRAVAIL ET METHODE

Le travail de recherche bibliographique a été réalisé au sein de livres notamment en droit social et de la protection sociale et sur internet.

Ce travail a nécessité d'étudier notamment les différents textes législatifs et réglementaires avec une étude approfondie du Code du travail et de la sécurité sociale, mais également en se basant sur des ouvrages en droit social.

Un travail sur la substance même des textes réglementaires représentait une base solide pour proposer un travail précis.

Le travail a été circonscrit en écartant tout ce qui a un rapport avec les maladies professionnelles et les congés maternité dans un souci d'efficacité et d'efficience du travail.

Le travail a été circonscrit de manière arbitraire aux arrêts de travaux et accidents du travail car il s'agit des situations les plus prévalentes et dont la prescription a été modifiée par les différentes réformes en droit social

A la date du 1er janvier 2024, la mise à jour des données a été stoppée. Des renseignements ont été pris sur les différents projets de loi à venir et aucun ne modifiait de manière significative ce travail, justifiant l'arrêt de la recherche documentaire.

Le travail consistera en deux parties majeures relatives aux accidents de travail et arrêt maladie. Il conviendra de faire une synthèse de la procédure de déclaration concernant ces deux problématiques en partant du régime général pour ensuite voir les régimes spéciaux

La recherche bibliographique a été effectuée en plusieurs étapes. Il conviendra dans un premier temps d'effectuer un inventaire des données, systèmes outils à notre disposition. Une fois ce travail effectué, il conviendra ensuite d'identifier les différents régimes de sécurité sociale et lesquels sont les plus pertinents à étudier.

2.1 Etat des lieux des travaux ou outils existants en France

D'une part, il a été réalisé un état des lieux des travaux réalisés sur la thématique. Il a consisté à s'intéresser de manière exhaustive à ces notions d'accident du travail et d'arrêt

maladie.

La base de données de l'Université à savoir le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC) a été interrogée avec comme mots clef :

"arrêt maladie", "arrêt de travail », « accident du travail » et "régimes spéciaux ».

La présence du mot clé a été recherchée "dans le titre", dans les "articles", les "périodiques" et les "thèses".

Le site Légifrance a fourni la substance de ce travail avec également l'études Codes du travail et de la sécurité sociale.

Ensuite, afin d'avoir une dimension plus large de ces recherches a été interrogée la base de données du CAIRN.info qui est un portail web francophone consacré aux sciences humaines et sociales. Les paramètres de recherche étaient les suivants : présence du mot dans le texte intégral dans les publications de type "revues", "ouvrages" et magazines".

En interrogeant cette plateforme, cela m'a permis d'explorer des publications variées telles que des revues, des ouvrages et des 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 ». Le chercheur s'est référé aux codes du Travail et de la Sécurité sociale, indispensables pour ce travail.

Une recherche Google a été réalisée avec les mots clef dans un soucis d'exhaustivité.

Différents mots clé (accident du travail, arrêt maladie, indemnisation, régimes spéciaux...) et combinaisons possibles ont été utilisés. J'ai circonscrit les résultats aux quatre premières pages de résultats.

2.2 Panorama des régimes de sécurité sociale

Les différents régimes de sécurité sociale ont été recensés. Le site LEGIFRANCE est le site internet officiel français pour la diffusion des textes législatifs. Il a été décidé d'effectuer une recherche par thèmes. Les mots clé "régime de sécurité sociale" et "sécurité sociale » ont été utilisés. Les résultats ont ensuite été comparés avec le moteur de recherche Google et Mozilla Firefox. En utilisant ces mots-clés pertinents cela m'a permis d'accéder à des textes législatifs et réglementaires précis.

2.3 Quels régimes étudier ?

Il a été décidé arbitrairement de se référer au critère de : l'effectif des bénéficiaires. La population française était de 68,3 millions d'habitants au 1er janvier 2024 (5).

Les régimes ayant moins de 500 000 bénéficiaires regroupant ainsi moins de 0,73% de la population ont été exclus de l'étude.

Certains régimes présentent des spécificités régionales voire locales : Le régime des personnels de L'Opéra National de Paris avec la caisse de Retraites des Personnels de l'Opéra de Paris et le régime de la Comédie Française (CRPCF)

Leur étude n'était pas pertinente pour la pratique de tout médecin généraliste.

2.4 Quelle méthode utiliser pour obtenir des informations selon les régimes de sécurité sociale ?

Les dispositions à prendre pour un arrêt ou un accident du travail en fonction du régime de sécurité sociale ont été comparées. La méthode de recherche de la thèse de 2018 a été jugée pertinente et le travail à consister à compléter et actualiser les données.

Pour chaque régime, la recherche bibliographique a été réalisée systématiquement en 3 étapes :

- 1) Interroger les sources officielles que sont le site LEGIFRANCE et les Codes du travail et de la Sécurité sociale
- 2) Rechercher les informations sur les régimes en question sur des sources officielles
- 3) Si pas de ressources officielles se baser sur internet via le moteur de recherche GOOGLE (doctrines, syndicats employeurs salariés, service public.fr...).

2.5 Comment s'assurer la validation des informations ?

L'objectif principal est d'effectuer un travail de synthèse que pourrait être accessible à tout public qui le souhaite, notamment les médecins et les étudiants dans le domaine juridique, les chercheurs en se basant sur des sources fiables et vérifiées.

L'objectif secondaire est un travail de synthèse de toutes les données et évolutions législative et

réglementaires pour obtenir un outil à jour.

2.6 Diffusion des informations

Il consistait à ce que les travaux effectués soient accessibles à tous publics intéressés par cette problématique et permettre à tout professionnel de santé, du monde juridique ou profane, d'avoir un outil simple de référence lui permettant d'identifier selon le régime de sécurité sociale les formalités à accomplir, les délais et les différentes voies de recours.

3) RESULTATS

3.1 Bilan des travaux ou des outils actuellement disponibles en France.

Une recherche sur le SUDOC avec pour mot clef "arrêt maladie" retrouvait 13 thèses, pour le mot clef "arrêt de travail" 41 thèses, pour le mot clef « accidents du travail » 118 thèses et pour 109 thèses pour le mot clef "régimes spéciaux".

Aucun travail n'avait rapport avec les dispositions à prendre en cas d'arrêt travail en fonction du régime de sécurité sociale depuis la thèse précitée supra.

Les résultats de la recherche sur la base de données du CAIRN avec l'équation "arrêt maladie" ET "longue durée" ont donné 273 résultats, avec "arrêt maladie" ET "régime sécurité sociale" 9 résultats, 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 avec « accident du travail » et « régime de sécurité sociale » 111 résultats. Les recherches élargies sur le moteur de recherche GOOGLE ont été peu concluantes.

En se limitant aux deux premières pages de résultats il n'a pas été trouvé de guide couvrant tous les régimes. Le site internet **de la fonction publique apporte des informations** pour les assurés sociaux de la fonction publique. (6)

3.2 Quels sont les régimes de sécurité sociale en France ?

Il n'a pas été trouvé de texte législatif synthétique définissant l'ensemble des régimes de sécurité sociale. Une recherche sur Légifrance avec le mot clé « sécurité sociale » a trouvé 60 références, 25 avec le mot clef « régime de sécurité sociale ».

Le moteur de recherche Google a permis de trouver un texte de référence 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.

Dans ce texte les trois principaux régimes 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).

Dix régimes spéciaux ont été définis par l'article R711- 1 du code de la sécurité sociale (7) :

- 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.

Certains de ces régimes spéciaux 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.

Le régime maladie du Port autonome de Bordeaux supervise seulement le risque maladie.

Il existe aussi des régimes spéciaux dits " fermés " qui pour la plupart ne gèrent plus le risque

maladie. Ils sont en cours « d'extinction ».

3.3 Quels régimes étudier ?

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

-Régime Général : 65 millions de bénéficiaires en 2023 (8)

-Fonctionnaires : 5.7 millions de salariés fin 2023 (9)

-Agricole : 5,2 millions de bénéficiaires au 1er janvier 2024 (10)

-Militaires : CNMSS (Caisse nationale militaire de sécurité sociale) 782 783 personnes en 2023 (11)

-SNCF : CPRPSNCF (Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF) devenue CPR en janvier 2024 470000 bénéficiaires fin 2023 pour sa partie assurance maladie (12)

-EDF-GDF : CAMIEG (Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières) fin 2016 près de 522 000 bénéficiaires. (13)

-RATP : CCAS (Caisse de Coordination aux Assurances Sociale de la RATP) 107 098 en 2015 (14)

-Régimes des invalides de la marine : ENIM (Etablissement national des invalides de la marine) 97 050 bénéficiaires du régime maladie en 2016 (15)

-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 (16)

-CAVIMAC : (Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes) : 39383 en 2016 (17)

-Régime maladie du port autonome de Bordeaux : 747 bénéficiaires au 31/12/2015 (18)

-Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : 129 321 affiliés maladie-fin 2015 (19)

-Caisse des Français de l'Etranger : 176453 en maladie maternité fin 2023 (20)

-Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale : 6346 au 01/06/2016 (21)

-Régime autonome de Sécurité Sociale du Sénat : plus de 4 500 au 31/12/2023 (22)

Un seuil a été fixé arbitrairement à 500 000 bénéficiaires. Sept régimes sont 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 régime militaire, la CAMIEG et CPRPSNCF.

3.4 Dispositions à prendre selon le régime : synthèse des résultats

3.4.1 Régime général

3.4.1.1 Généralités

Le régime général comptait près de 65 millions d'adhérents en 2023. Sa branche maladie est gérée par la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés).

La télétransmission est possible via l'Espace pro du médecin.

3.4.1.2 Procédure de déclaration des Arrêts maladie

1°) → Envoyer le volet 1 e 2 au service médical de la CPAM et le volet 3 sous 48h avec 3 jours de carence. (Par voie dématérialisée)

a) Arrêt inférieur à 6 mois hors ALD

- Cela concerne les simples prolongations

- 3 jours de carence pour chaque arrêt sauf si prolongation avec reprise inférieure à 48h entre les 2 arrêts

- La durée maximale est de 360 jours sur 3ans

Concernant les trois de jours de carence, ceux-ci consistent en des jours non pris en charge par l'assurance maladie

b) Arrêt supérieur à 6 mois consécutifs

- Accord obligatoire du médecin conseil de la CPAM avec réalisation d'un protocole de soin S3501 en ALD exonérante ou non exonérante avec une durée maximale de 3 ans.

2°) → Ensuite il convient d'effectuer une visite de pré-reprise (médecine du travail)

- Celle -ci est facultative
- Pour des arrêts supérieurs à 3 mois
- A la demande du patient ou du médecin traitant ou du médecin conseil

3°) → Ensuite il y a la visite de de reprise (médecine du travail) avec soit

- Une inaptitude
- Une reprise à temps complet ou partiel thérapeutique
- Une invalidité

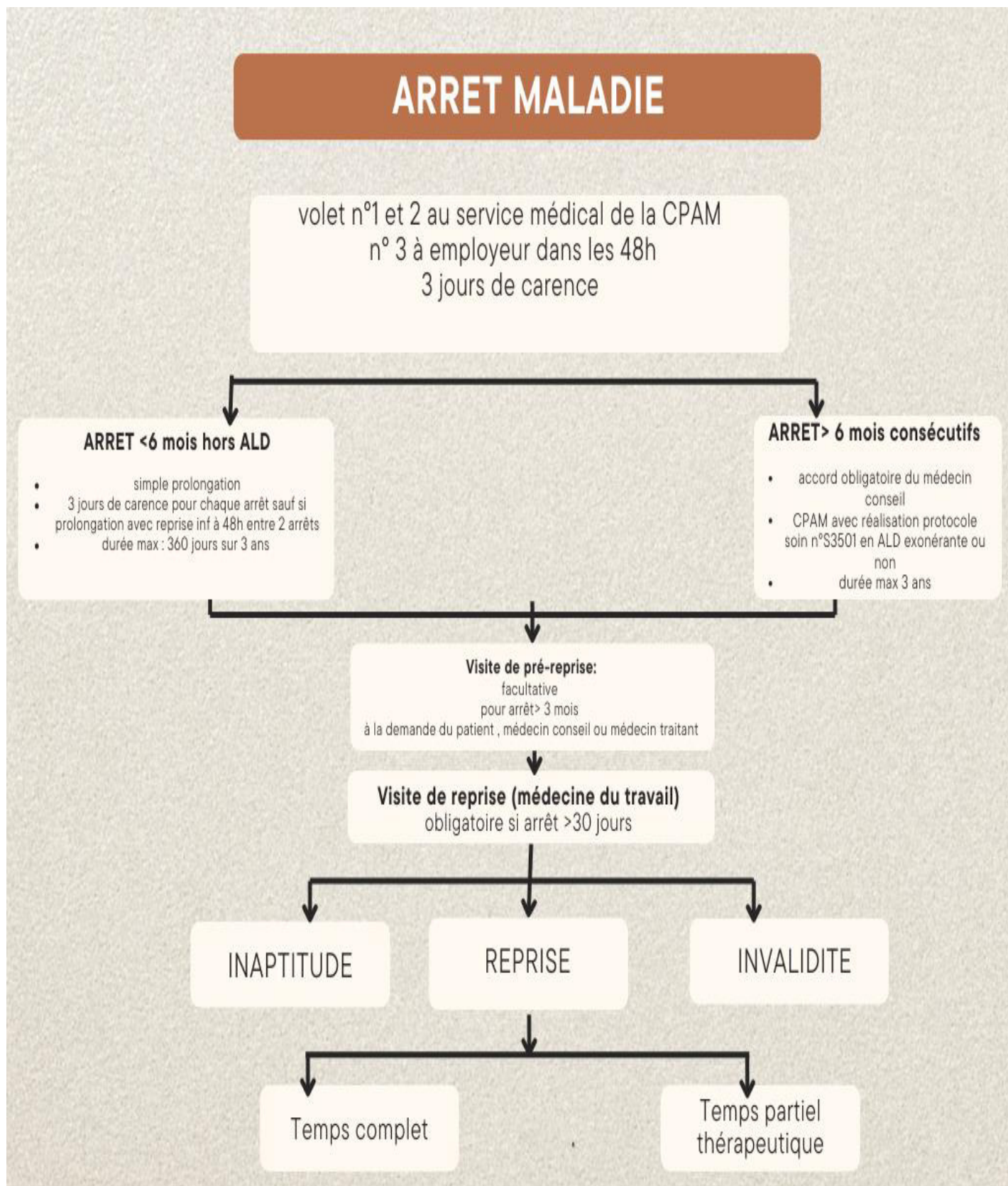


Figure 1 : Logigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime général

3.4.1.3 Procédure de déclaration des accidents du travail

Aujourd'hui, la CNAM est responsable de la gestion des assurés du régime général.

Pour accomplir ses missions, la CNAM supervise un réseau de 101 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en France métropolitaine, une caisse commune de sécurité sociale (CCSS) en Lozère, quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion), ainsi qu'une caisse de sécurité sociale (CSS) à Mayotte.

La Cnam est également responsable, à l'échelle nationale, de la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les salariés du régime général.

Elle co-pilote également le réseau des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat). En 2021, on comptait 2,2 millions d'établissements qui cotisaient à l'assurance accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP).

Cette assurance couvrait 20,1 millions de salariés, ce qui représente environ deux tiers de la population active. (23)

Cette même année, 734 500 sinistres ont entraîné un arrêt de travail, dont 604 600 étaient des accidents du travail, 89 300 des accidents de trajet et 40 600 des maladies professionnelles. En 2022, les prestations nettes versées ont atteint 11,6 milliards d'euros.

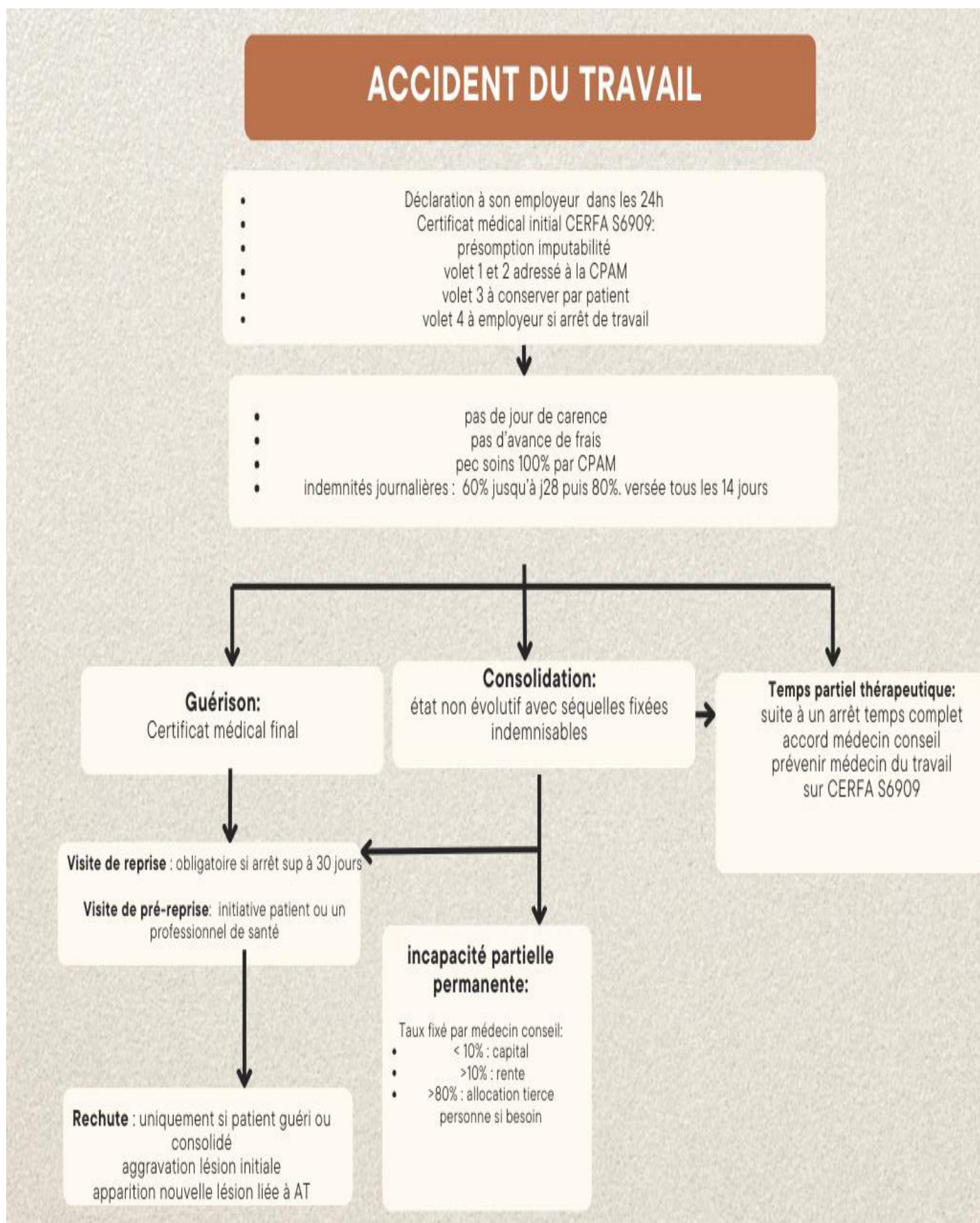


Figure 2 : Logigramme décisionnel pour les accidents du travail du régime général

Concernant l'arrêt initial :

Cerfa S6909

Volet n°1 et n°2 à la CPAM

Volet n°3 conservé par le patient

Volet n°4 à l'employeur

Les correspondants :

Médecin conseil de la CPAM

Médecin du travail

Délai de carence : aucun

Indemnisation : 60% du salaire jusqu'à J28 puis 80% à partir de J29

Durée d'indemnisation : Jusqu'à la guérison ou la consolidation

Visite de reprise : Si arrêt > 30 jours

Temps partiel : Cerfa S6909 Accord de l'employeur et du médecin conseil Durée max : 1 an (365j sur 3 années glissantes)

Taux d'IPP : si <10% : capital

Si >10% : rente

Si > 80% : RTP

Présomption d'imputabilité

Pour l'arrêt de travail initial et la rechute

La feuille d'accident est un document nécessaire à l'indemnisation des salariés victimes de risques professionnels. Elle n'entraîne pas de plein droit la prise en charge de l'indemnisation au titre des accidents du travail et maladies professionnelles. Elle permet d'informer l'organisme de sécurité sociale qui retiendra ou réfutera la qualification d'accident du travail.

Suite à la déclaration du salarié (dans les 24h), la feuille est en principe délivrée par l'employeur dans les 48 heures. Elle peut également l'être par la CPAM. La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 renforce les pénalités en cas de fausse déclaration par l'employeur. La déclaration

peut être accompagnée de réserves motivées.

La caisse primaire d'assurance maladie dispose d'un délai de 30 jours pour reconnaître ou pas l'accident de travail à compter de la réception de la déclaration d'accident à laquelle doit être associée un certificat médical (appelé certificat initial). Le délai est de 3 mois pour la maladie professionnelle. Ces délais peuvent être allongés pour des besoins d'examens ou d'enquête complémentaires, respectivement de 2 mois pour un accident du travail et de 3 mois pour une maladie professionnelle. La décision de la caisse doit être motivée, notifiée aux intéressés avec la précision des voies de recours.

3.4.2 REGIME DES EXPLOITANTS AGRICOLES

Le système de protection sociale des travailleurs non-salariés dans le secteur agricole se divise en quatre volets : les aides familiales ; l'assurance santé, invalidité et maternité ; l'assurance retraite et de réversion ; ainsi que l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Selon l'article L722-8 du CRPM, ces aides sont fournies par la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Avec 26,9 milliards de prestations versées à 5,2 millions de bénéficiaires en 2024, c'est le deuxième régime de protection sociale en France. En ce qui concerne les données clés pour le régime des exploitants agricoles (25) :

- 3.1 millions de personnes protégées en maladie en 2023.
- En 2023, 2.3 millions individus affiliés au régime non salarié agricole ont été protégés contre le risque AT-MP. (26)

3.4.2.1 : Maladie

Concernant l'arrêt initial :

Msa qui gère

Volet n°1 et n°2 à la MSA

Volet n°3 à conserver par l'exploitant

Les correspondants :

Médecin conseil de la MSA

Pas de médecin du travail

Délai de carence : jours de carence en cas de maladie

3 jours en cas d'hospitalisation

Démarches :

-Arrêt ordinaire si inférieur à 6 mois consécutifs et hors ALD : prolongation simple

-Arrêt longue maladie si arrêt supérieur à 6 mois consécutifs : il faut un accord du médecin conseil de la MSA avec décision de mise en ALD exonérante ou non.

Durée d'indemnisation : dites « ordinaires » 360 jours sur 3 jours

Dite « longue maladie 3 ans »

Visite de reprise : pas de visite de reprise

Temps partiel thérapeutique : possible depuis 2018

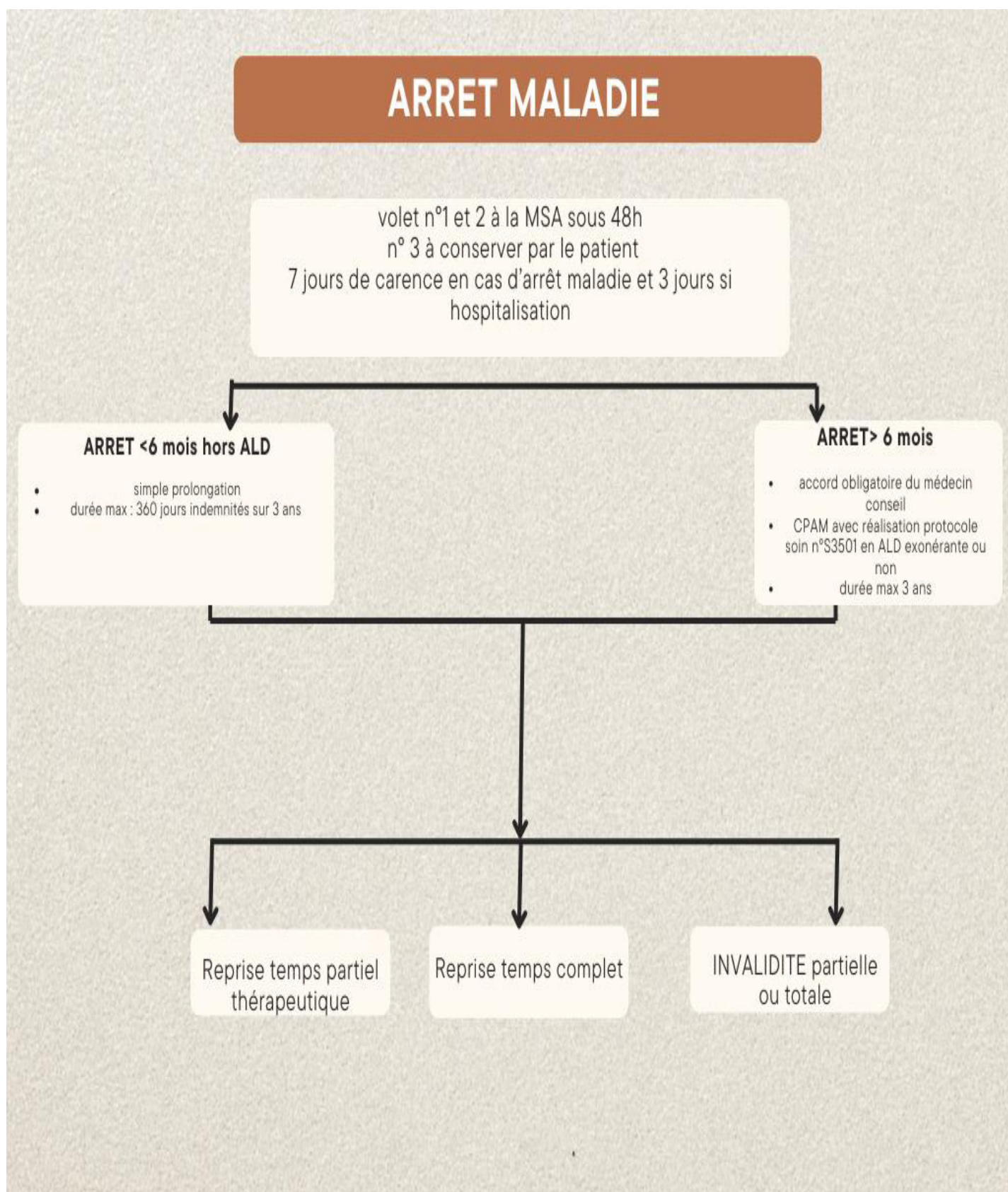


Figure 3: Logigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime des exploitants agricole.

3.4.2.2 : Accidents du travail

En 2023, 54 288 accidents et maladies professionnelles déclarés pour les salariés (+ 0,2 %) et 16 548 pour les non-salariés (– 2,8 %).

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 1er 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 2024, elle se situait entre 487 et 528 € pour un exploitant).

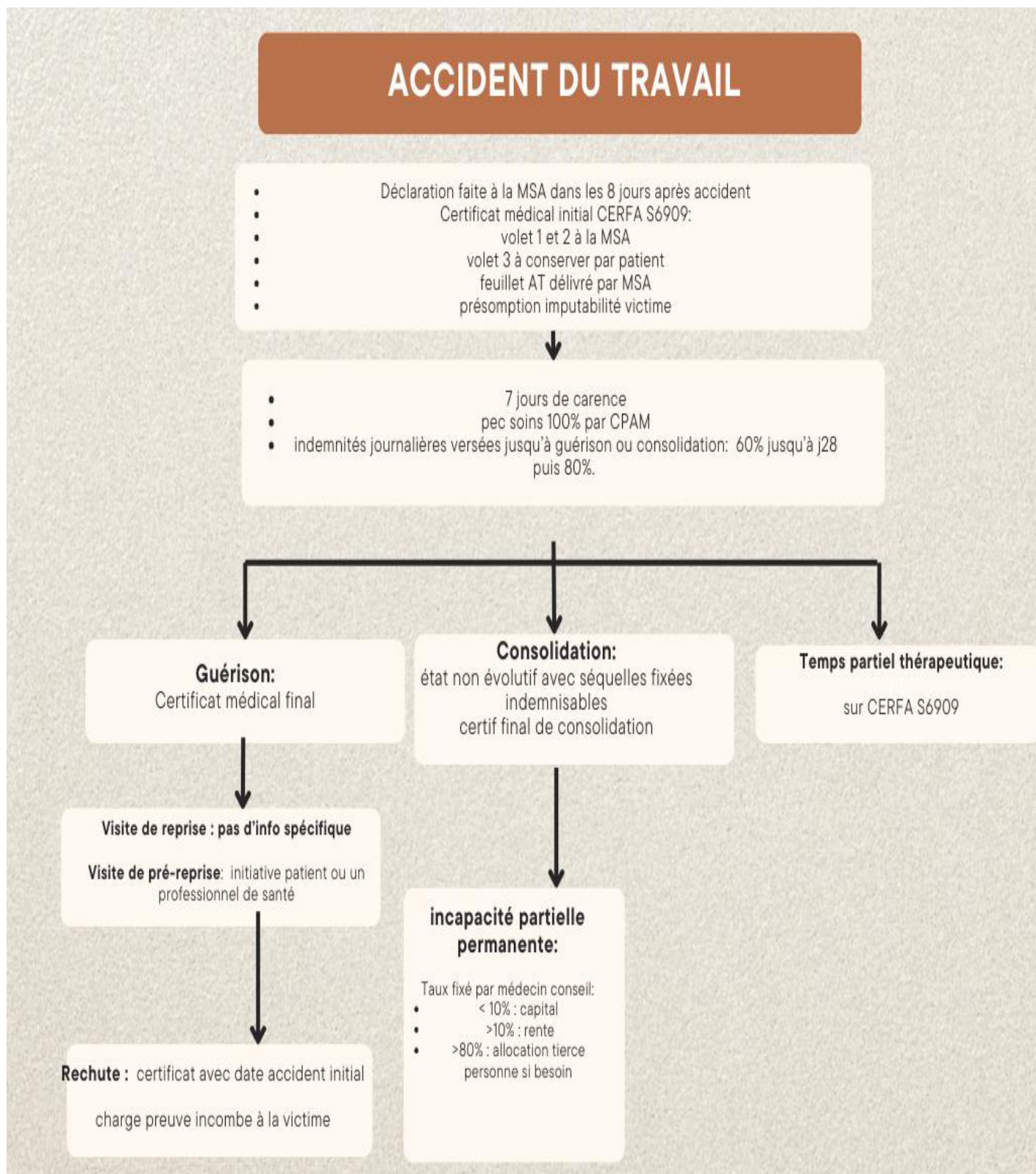


Figure 4 : Logigramme décisionnel pour les accidents du travail du régime des exploitants agricoles

MSA NON SALARIES

Arrêt initial

Cerfa S6909

Volets n°1 et n°2 à la MSA 3 à conserver par patient

Correspondants Médecin conseil de la MSA

Délai de carence : 3 jours depuis 2021 (27)

Indemnisations : 60% du 1/365eme du gain forfaitaire annuel jusqu'à J28 puis 80%

Durée d'indemnisations Jusqu'à la guérison ou la consolidation

Visite de reprise : pas de visite de reprise

Temps partiel : Depuis le 1er Janvier 2018

Taux d'IPP : < 30% : pas d'indemnisation >30% : rente

Présomption d'imputabilité : La charge de la preuve est à la victime en cas d'accident de trajet ou de rechute

3.4.3 REGIMES DES SALARIES AGRICOLES

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

Néanmoins, il prend à la différence de celui-ci, qui est structuré en branches couvrant chacune un ou des risques spécifiques, il prend au sein d'un guichet unique, les prestations d'assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite et famille.

Chiffres utiles :

- 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.

3.4.3.1 Maladie

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

MSA SALARIES :

Arrêt initial

Cerfa S6909

Volets n°1 et n°2 à la MSA 3 à employeur

Correspondants Médecin conseil de la MSA et Médecin du travail de la MSA

Délai de carence : 3 jours

Démarches :

Arrêt ordinaire si inférieur à 6 mois consécutifs et hors ALD : présomption simple

(En cas d'arrêt de travail inférieur ou égal à 6 mois, l'assuré doit :

Avoir travaillé au moins 150 heures dans les 3 mois (ou 90 jours) précédant l'arrêt ;

OU avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire (11,88 € en novembre 2024) pendant les 6 mois précédant l'arrêt.

-Arrêt longue maladie si arrêt supérieur à 6 mois consécutifs : il faut un accord du médecin conseil de la MSA avec décision de mise en ALD exonérante ou non.

(En cas d'arrêt de travail supérieur à 6 mois, l'assuré doit : justifier de 12 mois d'immatriculation auprès d'un régime d'assurance maladie et, dans les 12 mois précédant l'arrêt, avoir travaillé au moins 600 heures ou avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à 2 030 fois le Smic horaire.)

Indemnisations : 60% du 1/365ème du gain forfaitaire annuel jusqu'à J28 puis 80%

Durée d'indemnisations : dites « ordinaires » 360 jours sur 3 ans

Dite « longue maladie 3 ans »

Visite de reprise : obligatoire si arrêt supérieur à 30 jours avec médecine du travail

Temps partiel : - doit faire suite à un arrêt de travail complet hors ALD

- Sur accord médecin conseil et employeur
- organisée par médecin du travail : durée max 1 an

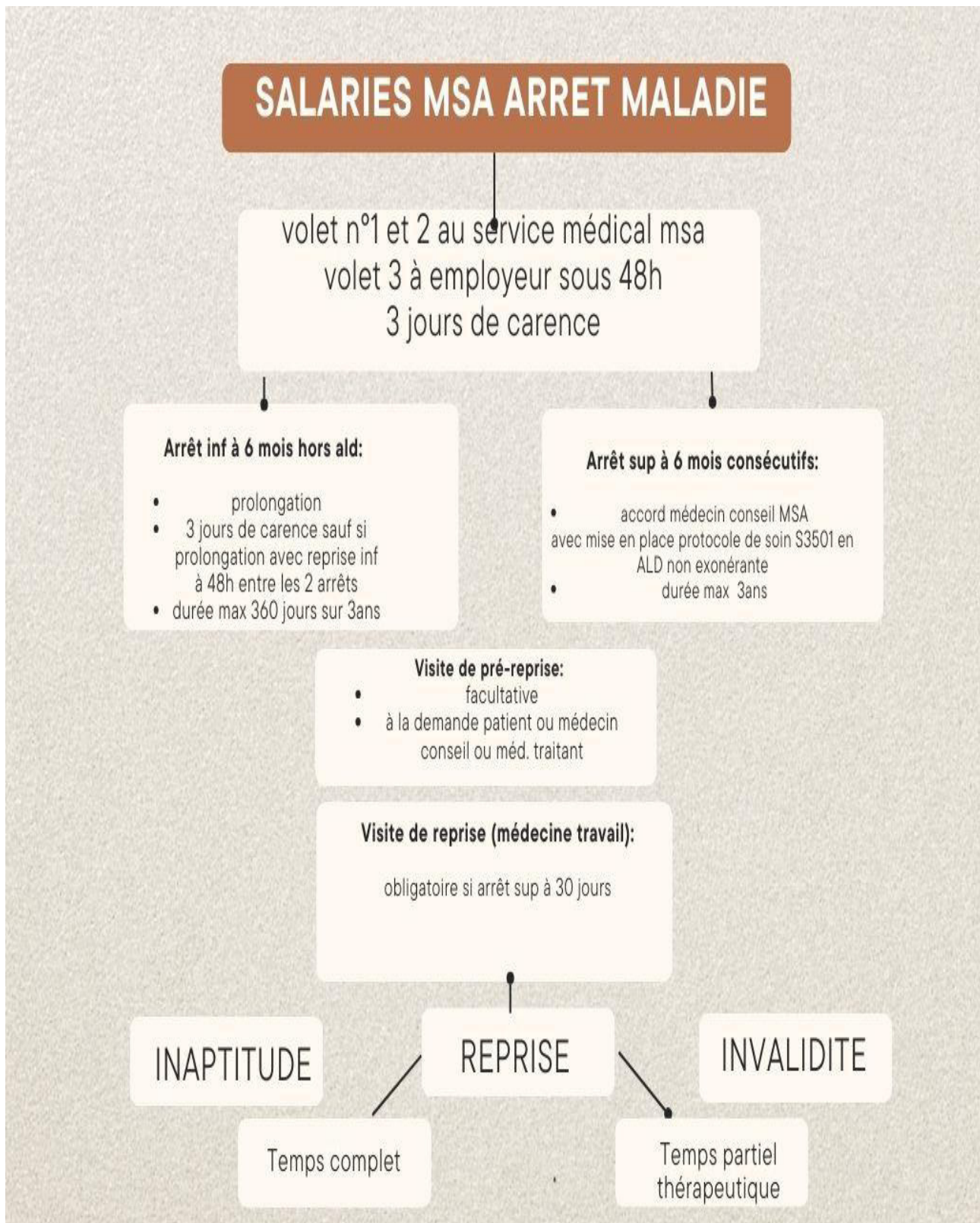


Figure 5 : Logigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime des salariés MSA

3.4.3.2 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.

MSA SALARIES

Arrêt initial

Cerfa S6909

Volets n°1 et n°2 à la MSA 3 à conserver par patient volet 4 à employeur

Correspondants Médecin conseil de la MSA et médecin du travail

Délai de carence : 3 jours depuis 2021

Indemnisations : 60% du salaire jusqu'à J28 puis 80% à partir de J29

Durée d'indemnisations Jusqu'à la guérison ou la consolidation

Visite de reprise :si arrêt supérieur à 30 jours

Temps partiel : Cerfa S6909 Accord de l'employeur et du médecin conseil Durée max : 1 an (365j sur 3 années glissantes)

Taux d'IPP : < 10% : capital >10% : rente

Présomption d'imputabilité : il y a une présomption d'imputabilité

SALARIES MSA ACCIDENT DU TRAVAIL

- déclaration at dans 24h à employeur
- présomption imputabilité
- sur certif médical initial S6909
- volet 1 et 2 à adresser à MSA
- volet 3 à conserver par patient
- volet 4 adressé à employeur
- feuillet at remis par employeur

- Pas de jour de carence
- Pas d'avance de frais
- Prise en charge des soins 100%
- Indemnités journalières : 60% jusqu'à J28 puis 80% jusqu'à guérison ou consolidation

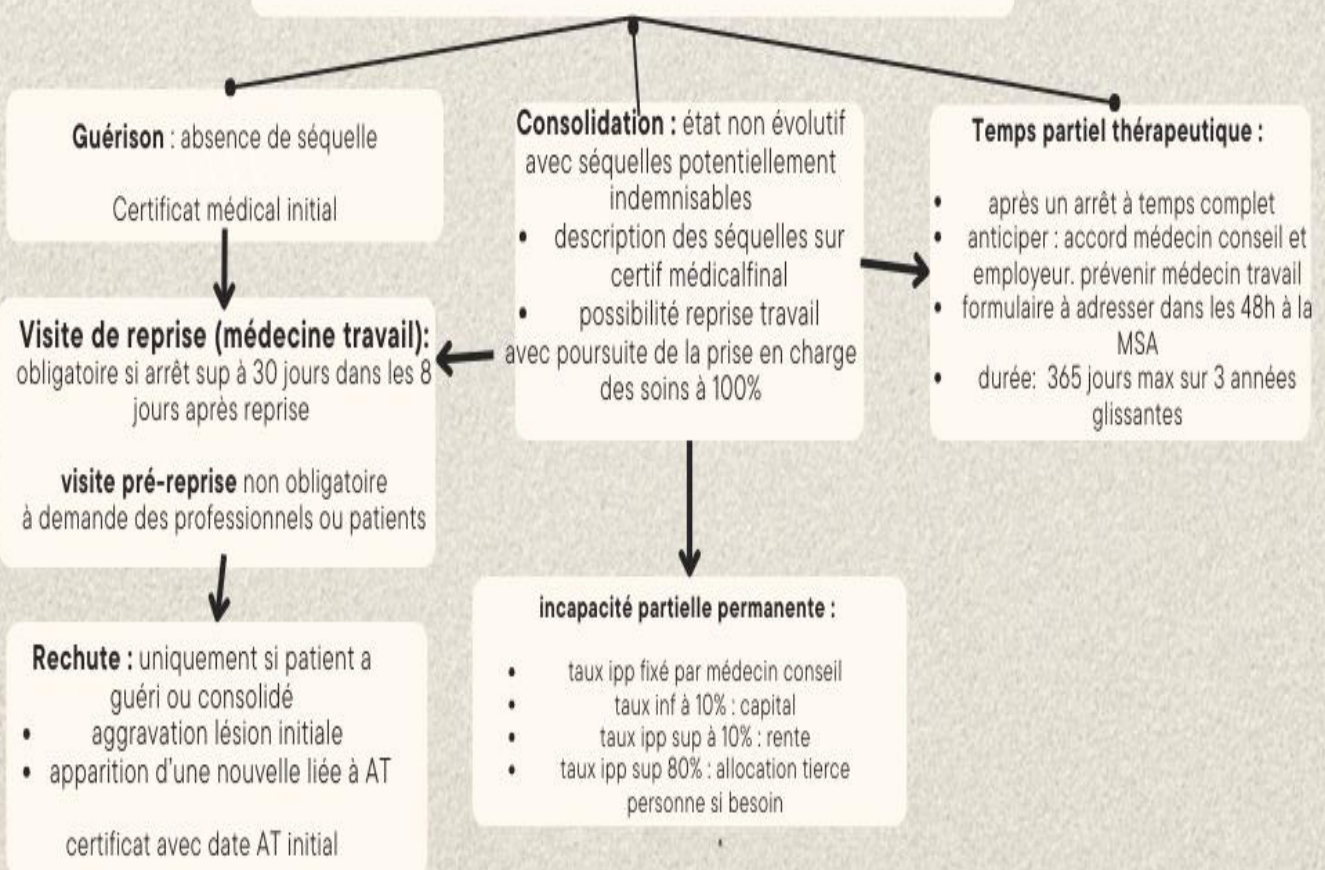


Figure 6 : Logigramme décisionnel pour les accidents du travail du régime des salariés MSA

3.5 Fonction publique

3.5.1.1 Généralités (29) :

1. Fonctionnaires d'État :

Environ 2,5 millions d'agents (45 %), incluant des professions comme les enseignants et les membres de la police nationale.

2. Fonctionnaires territoriaux :

Environ 1,9 million d'agents (34 %), travaillant dans les collectivités locales, allant des agents de service aux policiers municipaux.

3. Fonctionnaires hospitaliers :

Environ 1,2 million d'agents (21 %), qui œuvrent dans le secteur de la santé.

En tout, ces trois versants comptent 1 069 métiers différents, et tous les agents sont affiliés au régime général de la Sécurité Sociale, avec des dispositions particulières en raison de leur statut. Les salariés peuvent être titulaires ou contractuels.

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.

Des évolutions au lieu au sein de la fonction publique dans un souci de simplification.

Le décret n° 2022-353 du 11 mars 2022 a instauré une nouvelle instance médicale, le conseil médical, qui remplace les comités médicaux et les commissions de réforme dans la fonction publique de l'État. Cette instance consultative doit obligatoirement être consultée par votre administration avant de prendre certaines décisions relatives à votre situation administrative en cas de maladie.

Le conseil médical se réunit soit en formation restreinte, soit en formation plénière.

- **Formation restreinte** : Composée uniquement de médecins désignés par le Préfet, sans représentants du personnel, cette formation est compétente pour les maladies non professionnelles.
- **Formation plénière** : Elle inclut des représentants de l'administration ainsi que du personnel. Elle intervient pour les questions relatives aux accidents de travail, aux maladies professionnelles et à l'invalidité.

Le conseil médical se réunit en formation restreinte pour étudier les décisions suivantes :

- La première mise en congé de longue maladie (CLM) ou de longue durée (CLD).
- Le renouvellement d'un CLM ou d'un CLD après l'épuisement de la période d'un an ou de trois ans de congé payé à plein traitement.
- La réintégration à la fin des droits à congé de maladie (qu'il s'agisse de congé de maladie ordinaire, CLM, CLD ou de congé pour invalidité temporaire imputable au service - Citis).
- La réintégration à la fin d'un CLM ou CLD, notamment dans des fonctions nécessitant des conditions de santé particulières ou après une mise d'office en CLM ou CLD.
- La mise en disponibilité d'office pour raisons de santé, son renouvellement et la réintégration à la fin de la période de disponibilité.
- Le reclassement dans un autre corps ou cadre d'emplois.

Il se réunit également en formation restreinte lorsqu'il doit donner son avis dans le cadre de la contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé, dans les situations suivantes :

- L'admission à un emploi public nécessitant des conditions de santé spécifiques.
- La mise en congé de maladie (CMO, CLM, CLD, Citis), le renouvellement d'un congé de maladie, la réintégration à la fin d'un congé de maladie, ou la demande d'un temps partiel pour raison thérapeutique.
- L'examen médical de contrôle effectué pendant un congé de maladie (CMO, CLM, CLD, Citis).

Le conseil médical se réunit en formation plénière pour se prononcer sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie, notamment lorsqu'un fait lié au fonctionnaire ou un facteur extérieur au service empêche l'administration de démontrer clairement le lien entre le service et la maladie ou l'accident.

En formation plénière, il intervient aussi dans les cas suivants :

- La détermination du taux d'incapacité permanente à la suite d'une maladie professionnelle.
- L'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité pour un accident de service ou une maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10 %.

3.5.1.2 : Maladie

Fonctionnaires :

Arrêt initial

Volets n°1 à conserver par le patient et n°2 et 3 à l'administration.

Correspondants Médecine statutaire : conseil médical départemental constitué de médecins agréés

Médecine de prévention

Délai de carence : 1 jour

Démarches :

-Congés maladie ordinaire (CMO) Arrêt ordinaire si inférieur à 6 mois : prolongation simple

Si supérieur à 6 mois : avis du Conseil départemental

- Congés longue maladie (CLM) : liste non restrictive de pathologie sur avis du Conseil médical départemental à renouveler tous les 3 à 6 mois.

- Congés longue durée (CLD) : liste restrictive sur avis du conseil médical à renouveler tous les 3 à 6 mois.

Durée d'indemnisations CMO : 12mois

CLM : 3ans

CLD : 5ans

Visite obligatoire : Fin du congé :

- avis du conseil médical pour CMO de 12 mois
- Avis du Conseil médical et spécialiste agréé pour CLM et CLD

Temps partiel thérapeutique :

- Sur accord du CMD
- À renouveler tous les 3 mois
- Durée maximale : 1 an

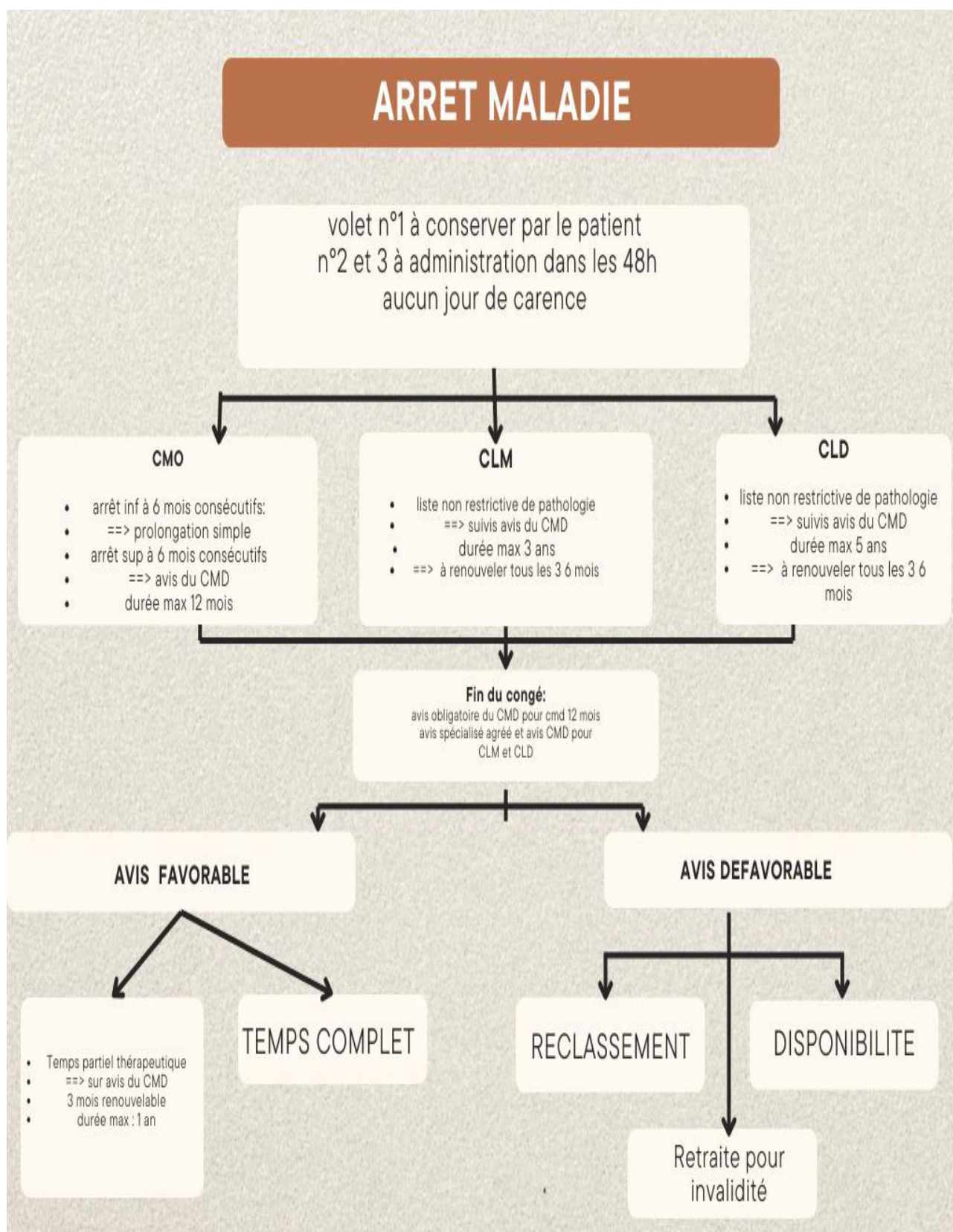


Figure 7 : Logigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime de la fonction publique

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

Cerfa S6909

Volet n°2 et n°3 à son administration

Volet n°1 à conserver par le patient

Correspondants

Médecin agréé par l'administration

Délai de carence

Aucun

Indemnisations

Totalité

Durée d'indemnisations

Jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son poste ou jusqu'à la mise en retraite ou le reclassement

Visite de reprise

Si arrêt > 30 jours

Temps partiel

2 certificats médicaux sur papiers libres ou CERFA S6909

Durée max : 6 mois renouvelable 1 fois

Taux d'IPP

>10% = rente

Présomption d'imputabilité

Depuis janvier 2017

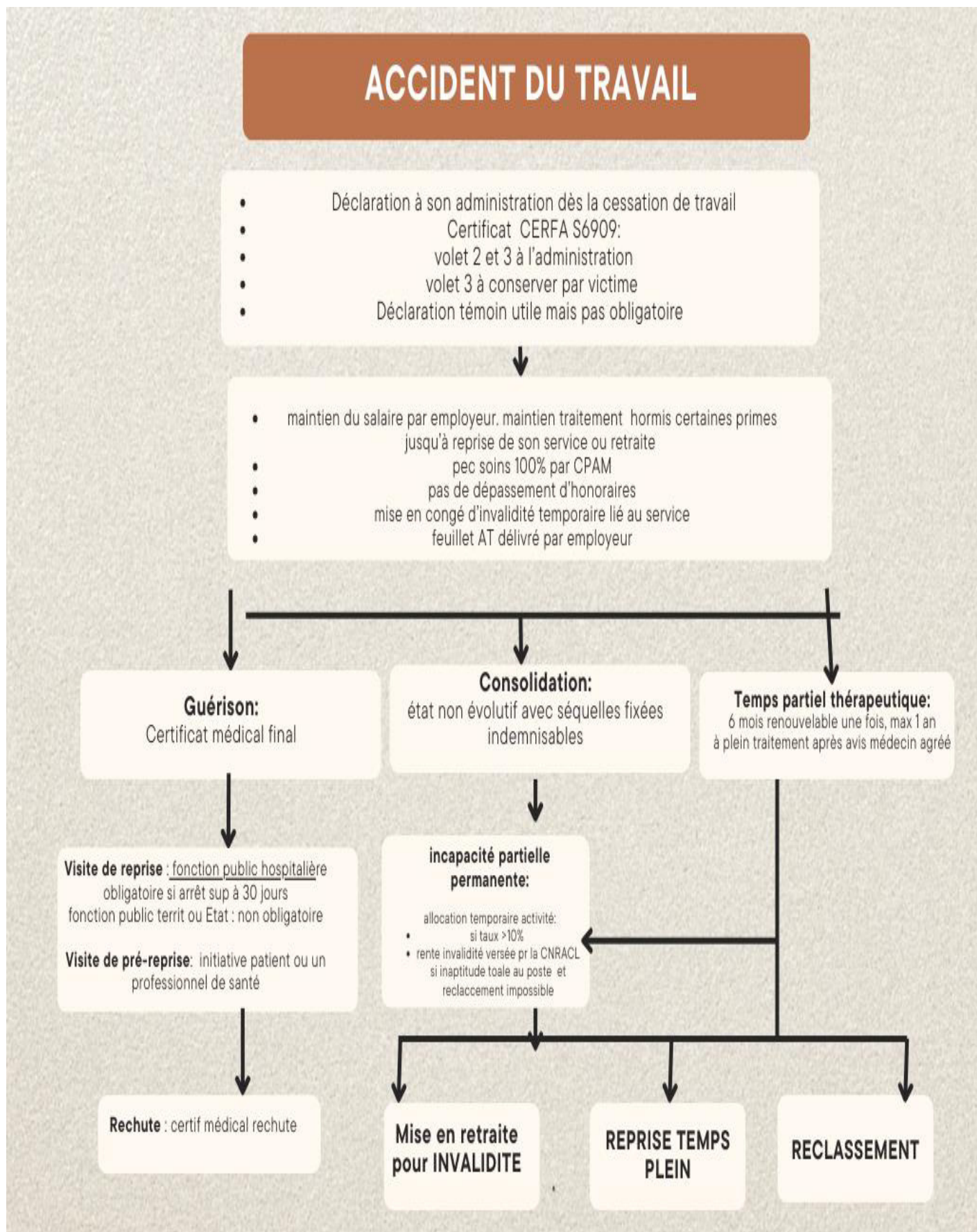


Figure 8 : Logigramme décisionnel pour les accidents du travail du régime de la fonction publique

3.6 SNCF

3.6.1.1 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.

3.6.1.2 Maladie

En 2021, 361 130, cotisants et retraités concernés par ce régime de retraite. (30)

En 2024 La CPRPSNCF devient la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire dans le cadre de l'ouverture à la concurrence du transport ferroviaire de voyageurs.

Arrêt initial

Volet n°1 et 2 à CPRPSNCF

Volet 3 à adresser à la Direction des ressources humaines

Correspondants

Médecin conseil CPRPSNCF

Délai de carence

Retenue du ¼ du salaire pendant les 4 premiers jours

Indemnisations

Totalité

Démarches :

-Arrêt courte durée si inférieur à 6 mois consécutifs: prolongation simple
: avis du Comité départemental

- Arrêt longue maladie pour pathologie grave ou arrêt supérieur à 6 mois : après examen par médecin conseil et accord de la direction à renouveler tous les 6 mois.

Durée d'indemnisations :

« Arrêt courte durée » : 365 jours sur un an

« Arrêt longue maladie jusqu'à 5ans »

Temps partiel

- Sur accord médecin conseil
- 365 jours sur 3 ans

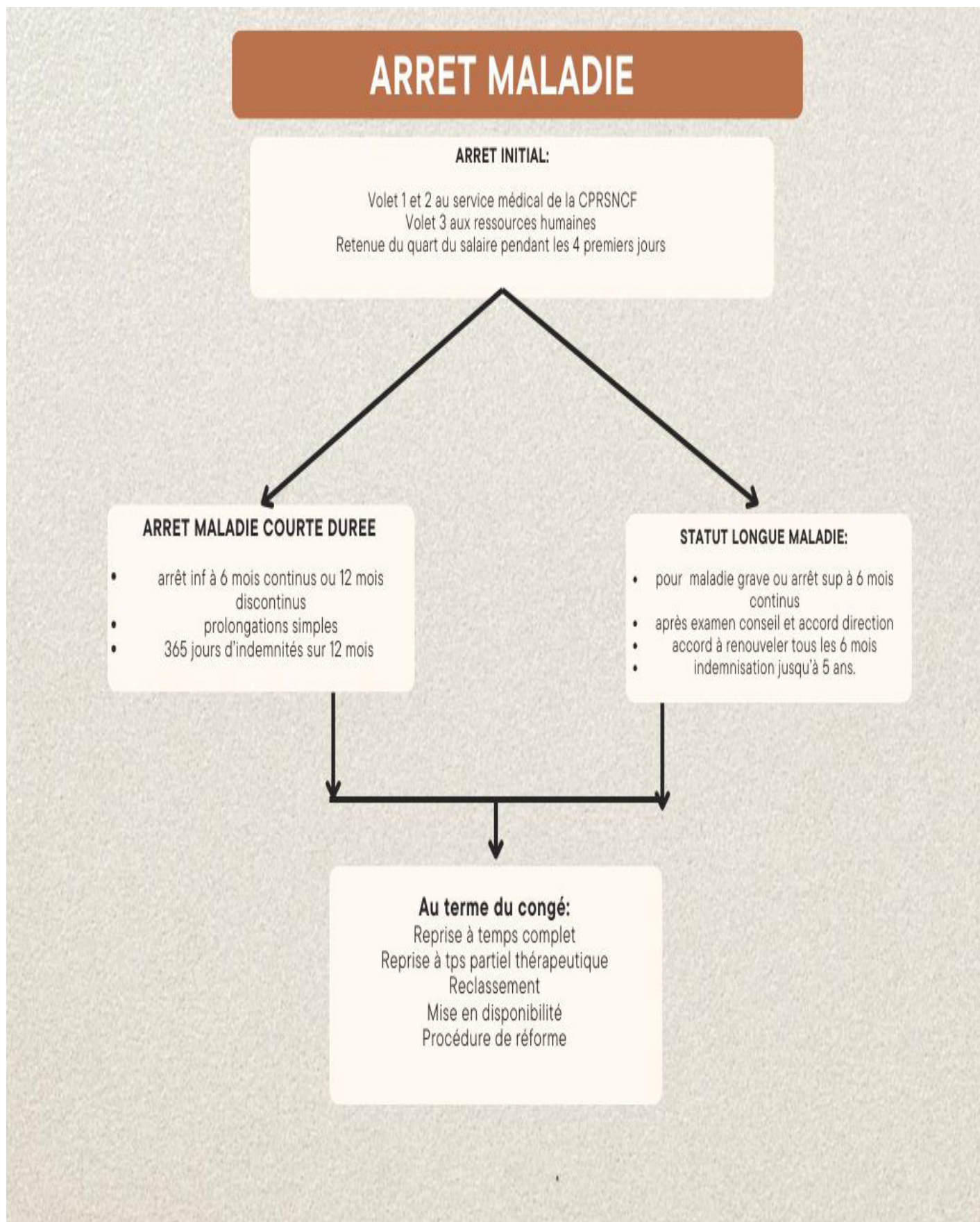


Figure 9 : Logigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime de la SNCF

3.6.1.3 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 CPRPSNCF ne donne qu'un avis, c'est l'employeur qui a la décision finale pour ces prestations déléguées.

Arrêt initial

SNCF Cerfa S6909 Volet n°1 et n°2 à la CPRSNCF Volet n°4 à l'employeur

Correspondants

Médecin conseil CPRSNCF Médecin du travail

Délai de carence

Aucun

Indemnisations

Maintien du salaire

Durée d'indemnisations

Jusqu'à la guérison ou la consolidation

Visite de reprise

Si arrêt > 30 jours

Temps partiel

Accord de l'employeur et du médecin conseil Durée max : 365jours sur 3 années glissantes

Taux d'IPP

Maintien du salaire<10% : capital>10% : rente> 80% : RTP

Présomption d'imputabilité oui

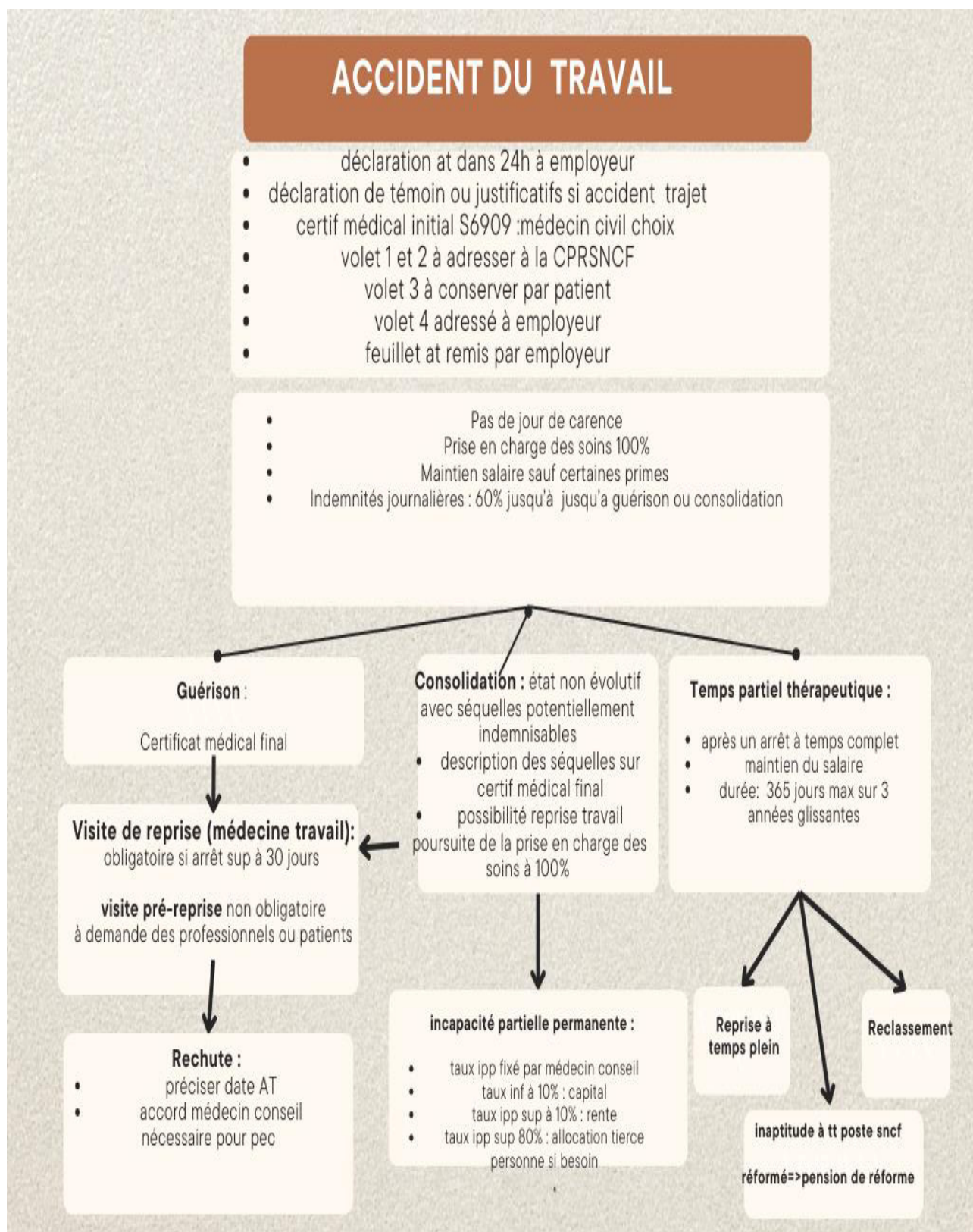


Figure 10 : Logigramme décisionnel pour les accidents du travail du régime de la SNCF

3.7 Régime militaire

3.7.1.1 Généralités

Les militaires quant à eux bénéficient d'un régime d'assurance maladie qui leur est propre : La Caisse Nationale Militaire de sécurité sociale (CNMSS).

Cette Caisse gère l'ensemble des frais liés à l'assurance maladie et maternité des militaires et leurs ayant droit pouvant y être rattachés.

Toutefois, les militaires qui sont radiés des cadres suite à leur admission à la retraite ou à la suite d'une démission ou résiliation de contrat peuvent continuer à bénéficier des prestations de sécurité sociale pour une certaine durée et à certaines conditions.

Le régime militaire comptait 785 000 ressortissants en 2023. (31)

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).

-Population protégée en 2023 : 785000 personnes.

-Bénéficiaires retraités : 234 896 dont 180913 assurés retraités.

Depuis 2023, la CNMSS s'est également vu confier une nouvelle mission par le ministère chargé des Armées et par le ministère de l'Intérieur : le versement des prestations en espèces et de l'allocation rechute, dont elle assurait déjà le traitement médico-administratif. Les bénéficiaires de ces prestations et allocations sont d'anciens militaires, ou des militaires placés en congé de longue durée pour maladie sans solde

Au 1er janvier 2023, la CNMSS est devenue l'opérateur unique du traitement des demandes de prestations en espèces (PE) et de l'allocation rechute (AR). Ce transfert de mission consistait, s'agissant des PE, à reprendre la gestion opérationnelle du versement de ce revenu de remplacement au profit d'anciens militaires, en maintien de droits, dans le cadre d'affections non imputables au service, ou de militaires placés en CLM ou CLDM, sans solde. Concernant l'AR, cette reprise portait sur l'instruction de la demande et le versement de cette allocation qui vise à compenser la perte de revenus des anciens militaires, victimes d'une rechute d'un accident imputable à leurs services militaires, instituée par le code de la Défense.

3.7.1.2 Maladie

Arrêt initial

Volet n°1 et n°2 au médecin chef de la formation administrative Volet n°3 au commandant

Correspondants

Médecin des armées de la base d'affectation

Médecin spécialisé des armées

Démarches :

Congés de position d'activité : avis du médecin de conseil des armées au 90 -ème 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 181 -ème jour

Délai de carence

1 jour de carence

Durée d'indemnisations

-Congé de position d'activité : 180 jours

-Congé de la position de non activité : durée selon type de congé et statut militaire

Visite de reprise

Si arrêt supérieur ou égale à 30 jours

Temps partiel

Non

Taux d'IPP

Maintien du salaire <10% : capital >10% : rente > 80% : RTP

Présomption d'imputabilité oui

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 Codes des pensions civiles et militaires de retraite (CPMI).

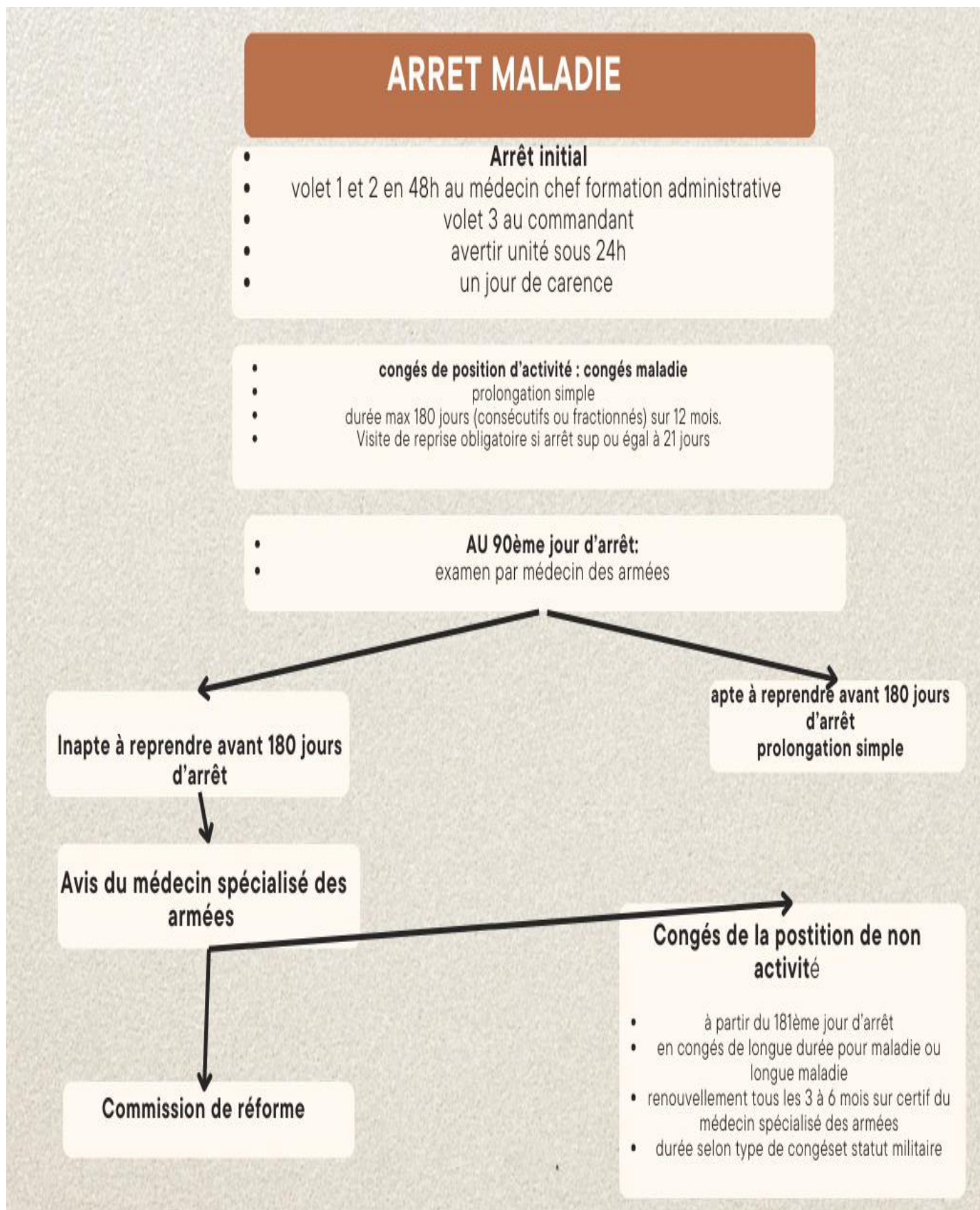


Figure 11 : Logigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime des militaires

3.7.1.3. 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 1er 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

Arrêt initial

DAPIAS seule ou Cerfa S6909 + DAPIAS Déclaration administrative à l'employeur

Correspondants

Médecin conseil CNMSS

Délai de carence

Aucun

Indemnisations

Maintien de la solde pleine

Durée d'indemnisation

6 mois

Visite de reprise

si arrêt supérieur à 21 jours

Temps partiel

N'existe pas pour les militaires d'active

IPP

< 10% : pas d'indemnisation > 10% : PMI

Présomption d'imputabilité

Non, la victime a la charge de la preuve

6 mois si arrêt > 21 jours

ACCIDENT DU TRAVAIL

- Déclaration administrative autorité militaire dans les 48h + rapport circonstancié
- Déclaration d'affection présumée imputable au service (DDPIAS) = formulaire obligatoirement rempli par un médecin militaire
- = a envoyer signé par employeur dans les 48 h à la CNMSS
- 1^{er} certif AT peut être réalisé dans le civil mais DAPIAS obligatoire



- solde pleine jusqu'à 6 mois d'arrêt sur une 1 année glissante
- Prise en charge 100% hors dépassement d'honoraire
- Frais de santé lié à AT non facturés si effectués en milieu militaire (CMA ou HIA)
- Feuillelet AT à présenter dans le civil



CONSOLIDATION:

Etat de santé non évolutif avec séquelles

ARRET >6 MOIS

Mise en position de non activité sur activité des services des armées

GUERISON:

Certificat médical final



INCAPACITE PARTIELLE PERMANENTE:

demande faite par le patient
taux fixé par un médecin expert agréé selon barème CPMIVG
Taux minimal indemnisable 10%
rente mensuelle versée par service de retraite de l'Etat

Visite de reprise
si arrêt sup à 21jrs

Visite pré reprise
A la demande médecin militaire ou employeur

Pas de temps partiel thérapeutique

Figure 12 : Logigramme décisionnel pour les Accidents du travail du régime des militaires

3.8 Personnel des industries électriques et gazières (IEG)

3.8.1.1 Généralités

La nationalisation par la loi du 8 avril 1946 de la quasi-totalité du secteur de l'électricité et du gaz naturel avec la création des deux établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC) EDF et GDF, à côté desquels subsistaient néanmoins un certain nombre d'entreprises « *exclues de la nationalisation* » par l'article 8 de cette loi.

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. (32)

Il regroupe les salariés de 160 entreprises dont les plus connues sont EDF et ENGIE (ex GDF-SUEZ).

Les textes de références sont :

- • Décret n°46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières
- • Arrêté du 13 septembre 2011 portant règlement spécial du contrôle médical du régime spécial de sécurité sociale des industries électriques et gazières
- • 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.
-

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

3.8.1.2 Maladie

La Camieg est un organisme de Sécurité sociale créé par décret le 30 mars 2007. La Caisse assure la gestion du régime spécial d'assurance maladie maternité des industries électriques et gazières (IEG) sous la tutelle de l'État. Sa compétence est nationale, elle protège les agents sous statut des IEG (ou assimilés) en activité, les inactifs, ainsi que leurs ayants droit.

La CPAM des Hauts-de-Seine, désignée par la Caisse nationale d'assurance maladie, assure la gestion des dossiers de prestations (remboursements) pour la part régime obligatoire et la part complémentaire et les fonctions qui y sont liées, dont les relations avec les professionnels de santé

sur les remboursements

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 2023 près de 508423 personnes protégées 299961 ouvrants droit et 208462 ayant droits. (33)

Arrêt initial

Volet 1 et 2 au service médical de la CPAM et le numéro 3 à l'employeur

Correspondants

Médecin conseil de la CPAM et Médecin du travail

Délai de carence

Aucun

Démarches :

« Arrêt maladie ordinaire » : prolongation simple

« Arrêt longue maladie » : sur accord du médecin conseil puis prolongation simple , examen tous les 6 mois par médecin conseil

Durée d'indemnisation

« Ordinaire » 365 jours sur 15 mois pour chaque pathologie distincte

« Longue maladie » : 3 ans

Visite de reprise

Avec médecin du travail si arrêt supérieur à 30 jours

Temps partiel

- Sur accord du médecin conseil
- « Ordinaire » : 6 mois maximum
- « Longue maladie » : 12 mois maximum

IPP

< 10% : pas d'indemnisation

> 10% : PMI

Présomption d'imputabilité

Non, la victime a la charge de la preuve

6 mois si arrêt > 21 jours

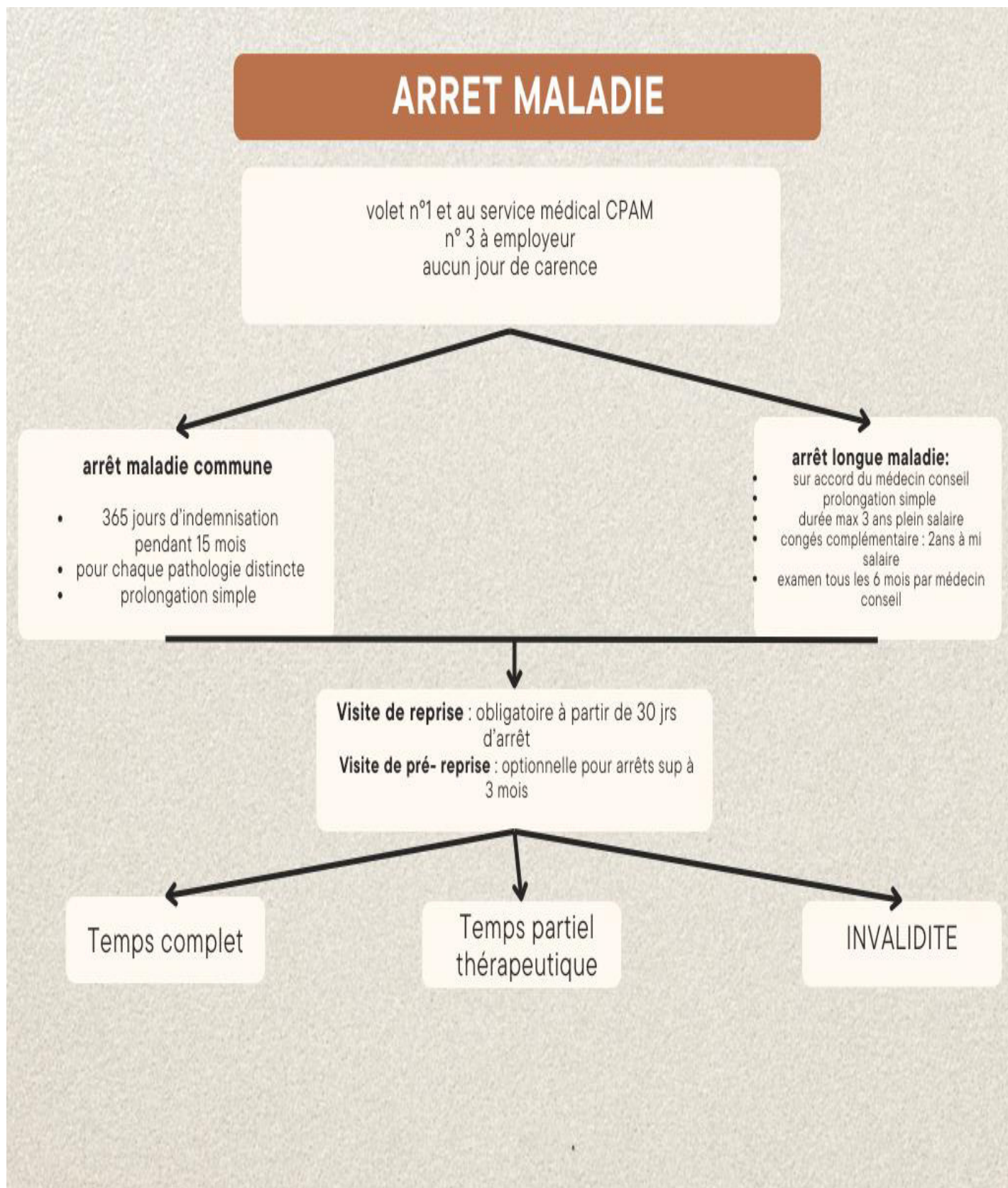


Figure 13 : Logigramme décisionnel pour les arrêts maladie du régime du personnes des industries électriques et gazières

3.8.1.3 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.

La CNIEG est créée le 1er 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.

Arrêt initial

Cerfa S6909

Correspondants

Médecin conseil IEG CNIEG CPAM

Délai de carence

Aucun

Indemnisations

Maintien du salaire

Durée d'indemnisations

Jusqu'à la guérison ou la consolidation

Visite de reprise

Pas de données spécifiques retrouvées

Temps partiel

Pas de données spécifiques retrouvées

IPP

<10% : capital >10%: rente > 80%: RTP

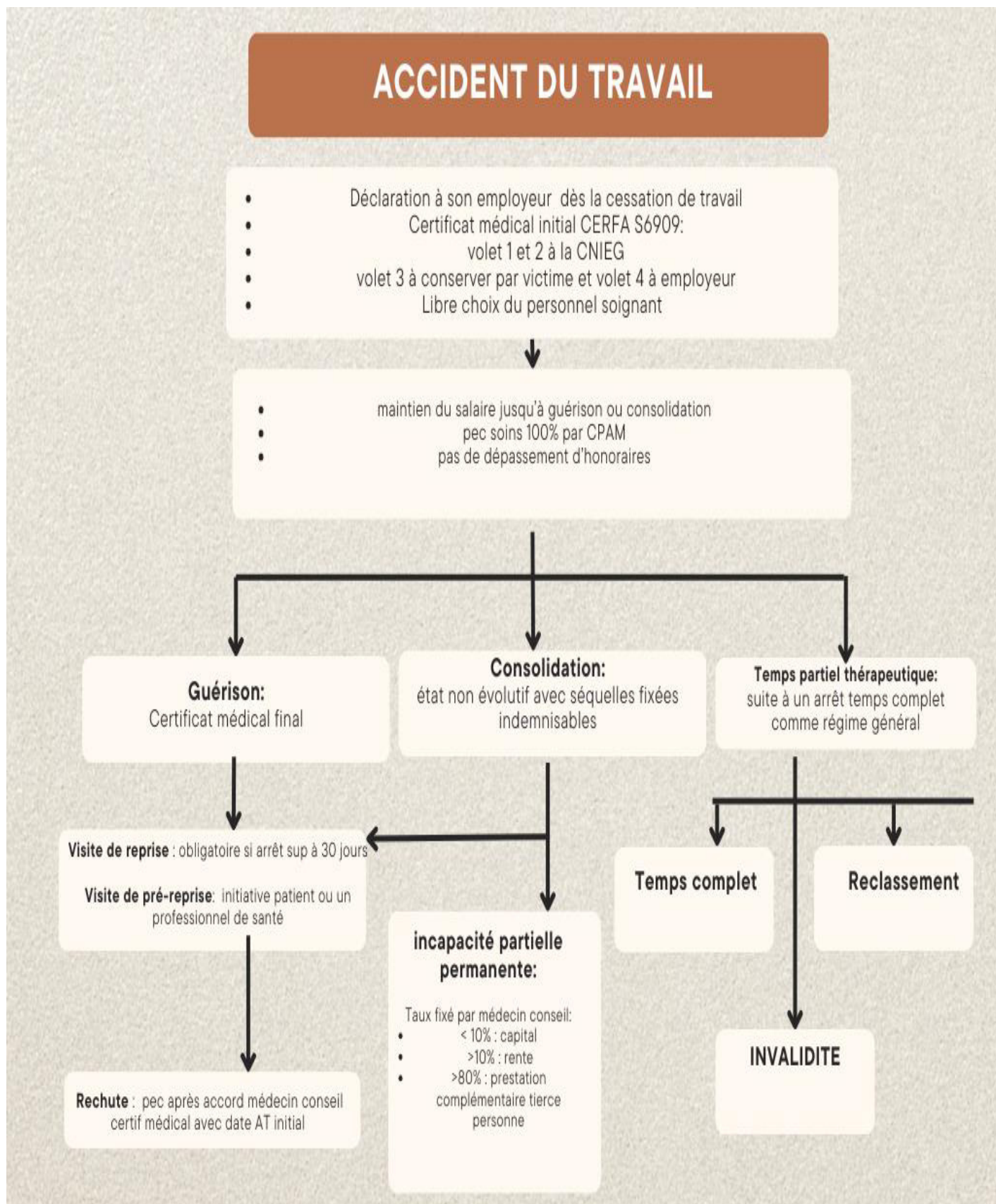


Figure 14 : Logigramme décisionnel pour les accidents du travail du régime du personnes des industries électriques et gazières

3.9 Diffusion de l'outil

En collaboration avec le Professeur ZORZI, nous allons déjà diffuser ma thèse sur le site adopte une thèse (33) qui permettra à tous les étudiants médecins... d'avoir un outil de référence et l'améliorer le cas échéant.

Cela permettra d'avoir une base solide.

De plus, j'ai pour ambition à court terme de mettre en place une application pour téléphone et ou internet pour pouvoir avoir un outil simple d'accès comme le site Ameli.fr.

4) DISCUSSION :

Cette revue des données réglementaires a mis 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

Étant donné que la thèse qui a été faite en 2018 n'était pas actualisée suite aux dernières réformes en droit du travail, il semblait pertinent d'avoir un outil à jour.

Il nous semblait que la diversité et la complexité de fonctionnement des régimes d'assurance maladie, représentaient une difficulté pour le médecin et qu'il s'agit d'un sujet toujours présent et sujet à questionnement.

D'ailleurs de nombreuses thèses ont été réalisées sur cette réforme en droit du travail.

L'objectif principal de la thèse a été réalisé car je souhaitais avoir une revue réglementaire et législative à jour des dernières modifications dans le domaine et un outil simple pour les praticiens. Les recherches effectuées m'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'un outil synthétique d'aide à la prescription de repos en fonction du régime du patient est une des atouts de cette thèse.

En effet, il y avait un guide synthétique existant sur ce sujet effectué en 2018 par des internes très pertinent, mais qui n'était plus d'actualité au vu des réformes en droit du travail et de la sécurité sociale. Je disposais d'une base solide qu'il fallait réactualiser en essayant de comprendre les différentes modifications en la matière pour ensuite les intégrer dans ce travail synthétique.

Lors de cette revue des données réglementaires et législatives, il a été difficile de retrouver des informations claires.

De plus, il est incontestable que recenser toutes les dispositions législatives, réglementaires, les différents Codes, la doctrine ... n'a pas été chose aisée même pour un ancien juriste.

C'est pour cela, qu'il y a probablement des failles dans mon travail et probablement un biais méthodologique.

Les sites des régimes spéciaux sont parfois assez complexes et trouver la bonne référence, la dernière actualisation est compliquée.

Enfin, le nombre de régimes étudiés comme mes prédécesseurs en 2018, n'a pu être exhaustif et constitue donc un biais. J'ai décidé d'étudier les régimes les plus importants en termes d'effectifs ce qui donne quand même plus de pertinence à mon travail.

4.1 Justifications de la complexité du système de sécurité sociale français

Pour ce faire, il convient de se baser sur l'histoire de la Sécurité sociale en quelques dates clés

Il est incontestable que la protection sociale est faite d'évolution incessantes et de maintien de statuts quo à la fois ce qui a conduit à une complexité de la sécurité sociale

Le droit est un domaine complexe :

« Le droit est l'art du bon et de l'équitable, énonce le Digeste, recueil de textes écrits par les plus grands juristes des premiers siècles de notre ère et compilés sous Justinien (vie siècle).

Comme le soulignait Me Fabre-Magnan : « Le droit n'est pas une science. Une règle de droit n'est pas vraie ou fausse. Elle peut en revanche être bonne ou mauvaise (selon qu'elle règle bien ou mal les actions visées), ou encore juste ou injuste (selon qu'elle distribue ou non à chacun des parts équitables). » (33)

La difficulté d'essayer de synthétiser des règles juridiques qui sont sujettes à interprétation est difficile car le droit n'est pas une science,

De plus, l'usage du site Légifrance est difficile.

Les textes sont retranscrits de manière « brute » et nécessitent un travail d'analyse en se basant sur la jurisprudence qui applique la loi mais avec une interprétation qui fait partie de ce que l'on appelle « l'interprétation souveraines des juges »

Par conséquent, le site Légifrance n'est pas suffisant, il faut se baser sur les décisions du juge et sur la doctrine. La doctrine désigne l'ensemble des opinions émises par ceux qui enseignent le droit ou, plus généralement, le pratiquent et l'étudient.

La doctrine se manifeste de multiples manières : traités, manuels, précis, chroniques, commentaires d'arrêt publiés dans les revues juridiques... Dans ces divers types de texte, les auteurs expriment, à propos de telle ou telle question juridique, leurs approbations, critiques et propositions.

La doctrine exerce une fonction scientifique de mise en ordre de clarification et de systématisation du droit.

Plus concrètement, la doctrine peut exercer deux fonctions : Elle peut guider et même influencer la jurisprudence : le juge n'a pas toujours le temps de réfléchir aux principes fondamentaux, à la façon dont les lois doivent s'articuler les unes avec les autres, à la manière de pallier les lacunes de la loi. La doctrine peut aussi exercer une influence sur le législateur, soit indirectement par ses travaux courants, soit plus directement lorsque le législateur demande à un auteur de présider à l'élaboration des projets de réforme.

Par conséquent, il a fallu effectuer un travail de synthèse en se basant sur les textes législatifs, la jurisprudence et la doctrine, afin d'avoir une base complète sur laquelle s'appuyer.

Ce travail peut permettre à ceux qui s'en serviront, d'avoir un travail de synthèse assez complet sur lequel se baser pour gérer les problématiques liées au risque maladie et aux accidents 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.

Ce travail fut laborieux même pour une personne qui est devenue médecin après avoir effectué un cursus complet en droit du travail (juriste avant l'admission en médecine).

Il y a de nombreux codes sur lesquels il faut se baser (Code du travail, Code de la sécurité sociale, Code de santé publique, Code de déontologie, Code Civil, Code pénal...). Il a été difficile de trouver des textes concernant les régimes spéciaux et surtout les synthétiser.

Cette proposition de synthèse reste donc perfectible.

De plus, il y a un biais sur la mise en pratique de ces textes.

J'ai longtemps réfléchi à la possibilité d'interroger des médecins conseils de la CPAM sur l'aspect pratique de la gestion des arrêts maladie et accidents de travail.

J'ai décidé de m'en passer pour deux raisons principales :

- 1) D'une part, il a été très difficile d'entrer en contact avec les médecins conseils et j'ai estimé qu'il aurait fallu un nombre suffisant de praticiens pour pouvoir en tirer un enseignement.
- 2) D'autre part, il y a toujours une part de subjectivité et d'interprétation dans la règle de droit et je ne pense pas que les retours des médecins conseil sur la gestion de cette problématique m'aurait permis d'en tirer une base claire.

Il y a également une limite dans mon travail, c'est qu'en droit, il y a différents textes et en droit du travail plus encore, il y a de nombreuses conventions collectives spécifiques à des corps de métiers bien précis qui viennent accorder davantage de droits ou au contraire en délimiter.

La liste des conventions collectives est mise à jour mensuellement par le ministère chargé du travail (Dares et DGT) et celui chargé de l'agriculture.

Cette revue des données législatives et réglementaires, bien qu'elle ne soit pas exhaustive, m'a permis de constater qu'il existe des disparités entre les régimes relatifs aux prestations pour le risque maladie et le risque d'accident du travail. En effet, pour le risque maladie, les principales différences concernent les congés de longue maladie, leurs modalités, la durée des indemnisations, les interlocuteurs à contacter, ainsi que le délai de carence.

Quant au risque d'accident du travail, les distinctions portent surtout sur le délai de carence, le montant et la durée des indemnités, le temps partiel thérapeutique, les taux d'IPP (Invalidité Permanente Partielle) et la durée de l'ITT (Interruption Temporaire de Travail).

Cela mène à la conclusion que, bien que les risques soient les mêmes, les assurés ne bénéficient pas des mêmes droits ni des mêmes démarches, ces dernières variant selon le régime auquel ils sont affiliés et n'ouvrant pas droit aux mêmes prestations.

Concernant le médecin de soins primaires, aucune spécificité de régime n'est requise lors de la prescription de repos initial. Seules varient les entités auxquelles le certificat doit être envoyé, ainsi que la possibilité ou non de télétransmettre ce dernier.

Les spécificités des régimes deviennent significatives lorsque le patient présente une incapacité partielle permanente ou une incapacité à reprendre son poste de travail.

En effet, les démarches que le patient doit entreprendre dépendent de son régime d'assurance : qu'il s'agisse de faire reconnaître son incapacité, d'être indemnisé, de bénéficier d'un reclassement, ou encore d'être licencié pour inaptitude ou mis en retraite pour ce même motif. Selon son régime, le patient doit se tourner vers des interlocuteurs distincts, ce qui peut compliquer les démarches. Cette base documentaire permettrait ainsi au médecin d'informer et d'orienter le patient sur les étapes à suivre dans ce contexte.

La prise en charge des risques maladie et professionnels des régimes spéciaux n'est pas abordée de manière spécifique lors des formations médicales du deuxième et troisième cycle, si ce n'est les cours relatifs à la CPAM mais qui ne traitent pas véritablement des problématiques relatives aux arrêts maladie et accident du travail.

Ce récapitulatif synthétique permet à tout professionnel de santé et notamment aux médecins d'avoir une base synthétique face à cette gestion complexe des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le second objectif de cette thèse est de s'interroger sur la pertinence de la procédure.

Concernant le régime général, il serait intéressant de s'interroger sur :

4.2) Une procédure complexe avec le délai de carence

Au sein des cabinets de médecine générale où j'ai pu officier, il est incontestable que cela est d'une lourdeur importante. Il y a aujourd'hui la possibilité d'effectuer la déclaration en ligne et donc cela est positif d'un point de vue écologique et pratique.

Le site AMELI pro est assez simple d'utilisation.

De plus, ne serait-il pas possible de centraliser au sein de la CPAM les demandes et de faire en sorte de n'envoyer qu'un seul volet au lieu de deux au sein du service médical de la CPAM ?

Il serait intéressant de mettre en place le guichet unique AMELI pro pour tous les assurés sociaux ce qui supposerait une passerelle entre les régimes.

Cela me conduit à m'intéresser au délai de carence.

J'ai effectué de nombreuses recherches sur ce domaine car je me demandais quel était son intérêt ?

J'avais l'idée en tête que cela permettait à la Sécurité sociale de ne pas rembourser dès le premier jour d'arrêt de travail et donc constituait une économie.

Est-ce bien légal ? Si un professionnel de santé reconnaît à une personne le droit de bénéficier d'un arrêt de travail et d'être du coup indemnisé, pourquoi ce délai de 3 jours ?

J'ai pu constater à travers mes recherches que la volonté était, que la Sécurité Sociale puisse économiser de l'argent mais aussi et c'est plus intéressant de permettre un effet dissuasif pour les personnes.

En effet, si une personne souhaite s'arrêter et sait qu'elle ne bénéficiera pas d'une prise en charge

complète de son arrêt de travail notamment pour de courtes périodes, elle préférera travailler.

Cela sera avantageux pour la trésorerie de la Sécurité Sociale et pour les employeurs.

Néanmoins, cela pourrait avoir pour conséquence de travailler sous la contrainte d'une perte de rémunération au détriment de sa santé.

Les problèmes de santé qui auraient pu être résolu par un arrêt de travail court conduiront peut-être à une aggravation de l'état de santé de la personne.

Ils nécessiteraient des soins de santé ultérieurs plus important et donc plus conséquent pour la Sécurité sociale.

Le salarié travaillerait pour éviter une précarité sociale avec un risque de conséquences sur la santé qui sont souvent que la conséquence de cette première.

Le délai de carence pourrait inciter certains travailleurs à reprendre leur activité trop rapidement afin de compenser la perte de revenus pendant cette période. Cela pourrait entraîner une reprise prématurée du travail, augmentant le risque de rechute ou d'aggravation de la condition de santé du salarié.

Au-delà de l'aspect financier, l'absence de rémunération pendant le délai de carence peut induire un stress supplémentaire, particulièrement pour ceux qui n'ont pas de soutien financier suffisant. Le stress lié à une perte de revenu peut détériorer la santé mentale du salarié, aggravant ainsi les problèmes de santé physique ou mentale qui étaient à l'origine de l'arrêt de travail.

Néanmoins, j'ai pu me rendre compte également, que la plupart des mutuelles privées prennent en compte ces jours de carence. Il y aurait donc une rupture d'égalité plus importante entre les salariés suivant leurs revenus.

Par conséquent, cela est un frein à cette volonté exprimée plus ou moins de la part des pouvoirs publics de limiter les arrêts de travail qui pourraient être abusifs.

Le système d'assurance sociale repose sur un principe de solidarité entre les travailleurs. Le délai de carence, en réduisant les indemnités pendant une période où le salarié est déjà vulnérable, peut apparaître comme une contradiction à ce principe. Les assurés sociaux sont censés pouvoir compter sur un revenu de remplacement dès lors qu'ils sont incapables de travailler, et non être pénalisés par un délai qui creuse l'écart entre les plus et moins bien lotis financièrement.

La volonté actuelle des pouvoirs publics est d'examiner voire de contrôler les arrêts de travail effectués par les médecins. Même si, il doit y avoir quelques excès, il serait davantage intéressant de s'intéresser aux malades eux-mêmes et de voir comment faire en sorte de limiter ces demandes d'arrêt de travail.

Il pourrait être intéressant d'effectuer une prévention accrue lors de consultation avec le médecin

généraliste lors de consultation dédiée en mettant un forfait financier spécifique pour les encourager à le faire.

De plus en plus d'entreprises organisent des ateliers ou des formations sur la gestion du stress, la relaxation ou la résilience. Cela peut inclure des pratiques comme la méditation, la respiration, la gestion des émotions, et la prévention du burnout.

Par exemple, des entreprises du secteur technologique ou des start-ups mettent en place des sessions régulières de relaxation ou de méditation guidée pour leurs équipes. Certaines entreprises, comme Google ou SAP, offrent des programmes de bien-être mental qui incluent des consultations avec des psychologues ou des coaches spécialisés et notamment la mise en place de chambre de relaxation pas forcément très coûteuse et pouvant justement améliorer les conditions de travail des salariés. (36)

4.3 La complexité de la Sécurité sociale due à des mouvements continus.

La création de la sécurité sociale en France remonte à 1945, après la Seconde Guerre mondiale, dans un contexte où la solidarité nationale était vue comme essentielle pour reconstruire le pays et garantir un minimum de protection sociale à tous. Les premières législations étaient centrées sur l'indemnisation des arrêts de travail, mais la couverture était encore limitée en termes de montant et de conditions. L'ordonnance de 1945 (37) a posé les bases du système de protection sociale, qui a évolué au fil du temps pour répondre aux besoins grandissants des assurés.

La loi du 10 août 1952 (38) a permis d'élargir la couverture des travailleurs en introduisant des indemnités journalières. Par ailleurs, la notion d'accident du travail a été clairement définie, ainsi que la distinction avec la maladie professionnelle, ce qui a permis de mieux organiser l'indemnisation en fonction du type de risque.

La loi du 27 décembre 1985 a mis en place le délai de carence pour les arrêts maladie, une mesure destinée à limiter les abus en restreignant la prise en charge des premières journées d'arrêt (39).

La loi du 9 avril 1996 a consolidé la politique de prévention des risques professionnels et des maladies professionnelles. (40)

Au début des années 2000, la réforme des indemnités journalières, notamment par la loi du 13 août 2004, a cherché à rationaliser la prise en charge des arrêts maladie. (41)

Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2012 a permis un renforcement du contrôle des arrêts maladie. Introduction de mesures de réduction des coûts liées aux arrêts de travail longs, avec des contrôles médicaux accrus et des mesures d'incitation au retour au travail plus rapide. (42)

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2018 (loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017) a apporté plusieurs changements importants dans le domaine des arrêts maladie et des accidents du travail. Cette réforme a introduit une série de mesures visant à maîtriser les dépenses liées aux indemnités journalières et à renforcer le contrôle des arrêts maladie. (43)

Un contrôle plus strict des arrêts de travail a été mis en place, avec des médecins conseils de l'Assurance Maladie qui sont désormais plus impliqués dans le suivi des arrêts de longue durée.

Les assurés peuvent être invités à se soumettre à une consultation médicale chez un médecin de l'Assurance Maladie pour valider la continuité de leur arrêt.

En cas d'arrêts maladie répétés ou prolongés, des contrôles renforcés ont été mis en place pour éviter les abus.

Les réformes récentes ont également porté sur l'amélioration de la prise en charge des accidents du travail, avec l'introduction d'indemnités plus ciblées pour les travailleurs victimes d'accidents graves, et une meilleure prise en charge des risques psychosociaux au travail. L'augmentation des coûts des arrêts maladie et des accidents du travail a conduit à un renforcement de la prévention et à des programmes de réinsertion dans l'emploi pour limiter la durée des arrêts.

Le Plan Santé au Travail a été lancé par la loi du 2 août 2019 (loi n° 2019-828) et s'inscrit dans le cadre de la réforme du code du travail. Ce plan a été conçu pour améliorer la gestion des risques professionnels et des maladies liées au travail, en renforçant la prévention et en simplifiant les démarches pour les salariés victimes d'accidents ou de maladies professionnelles. (44)

Elle a permis une meilleure évaluation de la santé des salariés tout au long de leur carrière.

La réforme a également permis d'accélérer le retour au travail des salariés après un accident de travail ou une maladie. Des dispositifs ont été mis en place pour faciliter le reclassement professionnel des travailleurs, notamment en cas d'incapacité partielle permanente (IPP).

Simplification des démarches administratives : Elle a également simplifié les démarches administratives pour déclarer et traiter les accidents de travail et les maladies professionnelles, facilitant l'accès à l'indemnisation.

La Réforme de la Santé au Travail de 2021 (Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021)

Le 2 août 2021, une réforme majeure de la santé au travail a été adoptée, renforçant la prévention des risques et la gestion des arrêts de travail en lien avec les accidents professionnels et les maladies.

Cette loi vise à renforcer la place de la médecine du travail et à moderniser la gestion des risques professionnels, avec une attention particulière aux risques psychosociaux et musculo-squelettiques.

(45)

Il est indéniable qu'il y a eu de la part du législateur une volonté d'améliorer la prise en charge des salariés.

Lorsque l'on regarde l'évolution législative depuis plusieurs décennies, il est évident que le droit en matière d'accidents du travail et d'arrêts maladie s'est éparpillé. Chaque réforme a ajouté une couche de règles supplémentaires, créant ainsi une véritable jungle juridique. Le résultat ? Des milliers de travailleurs, qu'ils soient en régime général, dans la fonction publique ou militaires, se retrouvent face à un droit éclaté, où chaque type de statut a ses propres conditions d'indemnisation, ses délais de carence, et ses démarches spécifiques.

Cette fragmentation du droit, bien qu'elle ait été pensée pour être plus précise et adaptée aux besoins de chaque situation, finit par être contre-productive. Ce système, tout en voulant couvrir tous les cas possibles, s'est embourbé dans une multitude de régimes différents, rendant l'ensemble plus difficile à comprendre. Et malheureusement, dans ce dédale législatif, certains se retrouvent sans réponse, à la merci de la complexité.

Lourd, interminable, presque décourageant. Les démarches pour déclarer un accident de travail ou un arrêt maladie peuvent sembler infinies : remplir des formulaires, obtenir des certificats médicaux, s'assurer que tout est bien envoyé aux bons endroits. Entre la sécurité sociale, les médecins conseils, les employeurs et les différents organismes impliqués, il devient quasiment impossible d'y voir clair. Ce processus est d'autant plus pénible pour les petites entreprises, les indépendants, ou les travailleurs peu familiers avec ces systèmes. Pour eux, ces démarches deviennent un fardeau supplémentaire, qui ralentit le processus de guérison, ou pire, peut empêcher un retour rapide au travail. Ces obstacles administratifs sont bien plus qu'une simple complication ; ils ajoutent de l'anxiété, de la frustration, et parfois même de l'injustice pour ceux qui cherchent à se remettre sur pied après un accident ou une maladie.

Lorsque l'on regarde l'évolution législative depuis plusieurs décennies, il est évident que le droit en matière d'accidents du travail et d'arrêts maladie s'est éparpillé. Chaque réforme a ajouté une couche de règles supplémentaires, créant ainsi une véritable jungle juridique. Le résultat ? Des milliers de travailleurs, qu'ils soient en régime général, dans la fonction publique ou indépendants, se retrouvent face à un droit éclaté, où chaque type de statut a ses propres conditions d'indemnisation, ses délais de carence, et ses démarches spécifiques.

Enfin, l'un des plus grands obstacles à la simplification du droit est la difficulté d'accès à l'information. Même si des outils en ligne existent, beaucoup d'assurés ne savent pas où chercher, ni même quel texte juridique consulter. Cette barrière de la compréhension transforme ce qui devrait être un droit simple en un parcours d'obstacles.

Comment un salarié peut-il faire valoir ses droits s'il ne comprend pas à quoi il a droit, ni comment y accéder ? La complexité de la législation devient alors un véritable handicap pour ceux qui en ont besoin.

L'avenir de la couverture des arrêts de travail et des accidents du travail en France réside probablement dans un système de santé plus intégré, avec une prise en charge plus personnalisée. La prévention des risques, l'amélioration de la santé mentale au travail et la mise en place de dispositifs plus souples pour favoriser la reprise du travail après un arrêt maladie sont des enjeux majeurs. De plus, le rôle de la médecine du travail pourrait être renforcé pour éviter les arrêts longs et réduire la stigmatisation autour des absences.

4.4 Amélioration de l'outil :

L'ébauche d'outil créée est à améliorer. Nous avons synthétisé les informations qui nous semblaient pertinentes en tant que médecins généralistes.

Il est indéniable que la mise en place du site internet service public.fr mais également le site amelipro sont des avancées non négligeables.

La mise en place d'un guichet unique ne sera pas non plus négligeable et permettra de centraliser les demandes et permettre aux médecins d'avoir à leur service un outil plus simple d'utilisation.

Par conséquent, ils seront plus efficaces dans leur prise en charge.

De plus, développer un portail centralisé où les informations relatives aux accidents du travail et arrêts maladie seraient enregistrées et suivies en temps réel pourrait constituer une belle avancée en améliorant le site ameli pro .

Cela permettrait de réduire les démarches papier et de rendre l'information accessible tant pour les employeurs, les salariés que les organismes sociaux.

De surcroît, mettre en place une base de données commune permettant de suivre les arrêts de travail et les accidents au sein de l'entreprise. Cela simplifiera la gestion et permettra aux responsables RH de gérer plus efficacement les absences.

Pour être pertinent et efficace, l'outil créé à l'issue de cette thèse doit être mis à jour régulièrement en fonction des évolutions des dispositions réglementaires.

C'est pour cela qu'il est convenu de déposer cette thèse sur le site adopte une thèse afin qu'à l'avenir

des étudiants qui s'intéressent à ces problématiques puissent l'améliorer et l'enrichir.

Enfin et surtout j'ai pour ambition de mettre en place une application disponible sur internet et ou mobile afin que toute personne puisse accéder à mon outil pour avoir un accès à toutes les procédures de manière simple et efficace.

4.5 Perspectives :

Cette revue de la littérature et cette mise à jour des dispositions législatives et réglementaires soulèvent d'autres questions potentielles de recherche.

Du côté des soignants, les médecins de soins premiers ont - ils vraiment 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 ? Quel serait le réel bénéfice d'un outil de simplification ? Est-ce que cela permettrait un gain de temps dans les consultations ?

Le patient doit-il être l'interlocuteur dans ces démarches avec le patient ?

Le médecin du travail ne pourrait-il pas être un partenaire notamment concernant la pédagogie aux différents usagers notamment dans les régimes spéciaux ?

Enfin, ne serait-il pas intéressant de continuer vers ce que tend le droit depuis des siècles : à savoir une simplification.

En effet, la simplification du droit est sans doute la pierre angulaire dans la prise en charge des arrêts maladie et des accidents du travail.

Il serait intéressant d'optimiser le suivi médical et de la réadaptation :

La mise en place d'un suivi médical régulier et personnalisé pour les salariés en arrêt maladie ou victimes d'un accident du travail, en lien avec leur médecin traitant ou un médecin du travail serait une piste à développer. Cela facilitera leur retour au travail et préviendra les risques de rechutes.

De plus, encourager les entreprises à prendre des mesures de prévention et à maintenir une communication ouverte avec les salariés en arrêt permettraient de mieux gérer le processus d'indemnisation et de réintégration.

On pourrait tout simplement envisager, une suppression des régimes spéciaux au profit d'un régime unique, en conservant pour chaque problématique l'avantage le plus important.

Il est essentiel que les pouvoirs publics poursuivent les réformes pour simplifier le système, notamment en harmonisant les procédures entre les différents régimes de sécurité sociale, afin de réduire la complexité et de faciliter les démarches pour les salariés et les employeurs.

Cela permettrait à la fois, une égalité des droits de tous les usagers en termes d'accès au service public

et en même temps, une facilité d'accès pour tous.

Du côté des patients, il aurait été intéressant de leur demander ce qu'ils pensent des différents régimes de protection sociale et s'ils ne rencontrent pas de réelles difficultés au quotidien ?

Il serait intéressant également de former davantage les médecins par le biais de formation médicale continue mais également pour les internes de médecine générale de l'intégrer dans leurs cursus.

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.

Je n'ai étudié que l'arrêt maladie et l'accident du travail et il conviendrait de faire un travail sur l'ensemble des branches la sécurité Sociale pour avoir un travail encore plus pertinent .



Nom, prénom du candidat : BENAMROUCHE RACHID

CONCLUSIONS

Les responsabilités du médecin sont d'accompagner ses patients dans toutes sortes de démarches liées à leur santé, y compris dans celles qui, sur le plan administratif, encadrent les accidents du travail ou les arrêts maladies. Ces enjeux peuvent être importants notamment concernant le délai de carence, le maintien du salaire, sa quotité et sa durée. Il est de la responsabilité du médecin de pouvoir répondre à ces questions de façon exacte.

Cette tâche n'est pas facile, pour plusieurs raisons. Il est tout d'abord nécessaire de tenir compte de situation individuelle de chaque assuré, et notamment de son appartenance à l'un des 29 régimes de sécurité sociale. La survenue de changements au cours du temps augmente encore la difficulté, avec par exemple en 2018 l'intégration du régime des indépendants au régime général et la transformation du conseil médical en comité médical. Des modifications sont susceptibles d'intervenir à tout moment, avec notamment l'augmentation régulière de certains délais de carence. En outre, les médecins ne sont pas formés aux termes juridiques utilisés. Enfin, ces recherches sont fastidieuses et chronophages, les médecins ne sachant pas quelles sources consulter, avec un risque d'erreur qui peut être préjudiciable pour le patient avec des répercussions sur sa santé et/ou sur le plan financier.

C'est fort de ce constat que nous nous sommes fixés comme objectif d'établir un outil clair et fiable, d'accès facile pour un praticien de médecine générale, et qui serait simple à tenir à jour. Ce travail a été effectué par un médecin en formation, juriste de formation en droit social et de la sécurité sociale et maîtrisant les différentes sources réglementaires.

Pour cela des sources réglementaires complémentaires ont été consultées. Il s'agit de Legifrance, complété par la consultation du code du travail et du code de la sécurité sociale, mais également de données mises à disposition par chaque régime.

A partir de ces données j'ai élaboré de fiches individuelles pour les 6 régimes qui totalisent le plus



d'assurés. Il s'agit du régime général (88% de la population), agricole (5%), des fonctionnaires, de la SNCF, des militaires et des industries électriques et gazières, couvrant 98% de la population française. Chaque fiche synthétique comprend le nombre d'assurés, détaille les droits prévus en cas d'arrêt maladie et d'accident du travail. La procédure à mettre en œuvre pour les percevoir est détaillée : choix du document, volet à envoyer, destinataire et délai à respecter. Ce travail a confirmé et mis en valeur les différences qui existent d'un régime à l'autre.

Les informations ainsi présentées pourront par la suite être mises à disposition des médecins sous la forme d'un logiciel professionnel d'accès libre (sur le modèle d'antibio clic ou d'un autre logiciel professionnel), qui pourrait être mis à jour à chaque changement, avec un suivi de la satisfaction des usagers. Cette proposition compléterait ou pourrait s'intégrer dans le projet du gouvernement de faciliter le dépôt des documents dans le cadre d'un guichet unique.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Cachet et Signature

Martine WALLON

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

Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le

****BIBLIOGRAPHIE****

1. ****Damon, Julien**** et ****Ferras, Benjamin****, *La sécurité sociale* (2020), Introduction, pp. 3-6.
2. ****Damon, Julien**** et ****Ferras, Benjamin****, *La sécurité sociale* (2020), Introduction, pp. 3-6.
3. ****MSA****, "Chiffres"[<https://www.msa.fr/lfp/web/msa/identite/solidarite-responsabilite-democratie>]
4. **** Particularités des arrêts maladie et accidents du travail en fonction du régime de protection sociale du patient : une revue des données réglementaires ****/ Julie Bocquet et Alain Bruschet ; sous la direction de Frédéric Zorzi 2018 <https://www.sudoc.fr/22832601X>
5. ****INSEE****, *Statistiques sur la sécurité sociale* [En ligne]. Disponible sur : [<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5225246>]
6. ****Site du gouvernement****, *Fonction publique* [En ligne]. Disponible sur : [<https://www.fonction-publique.gouv.fr>]
7. ****Légifrance****, *Code de la sécurité sociale* [En ligne]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_1c/LEGIARTI000048031379]
8. ****Sécurité sociale.fr**** (2023).
9. ****Rapport d'activité 2022****, *Fonction publique* [En ligne]. Disponible sur : [<https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/stats-rapides/evolution-des-effectifs-de-la-fonction-publique-en-2022.pdf>]

10. ****Rapport d'activité 2023****, ***CNMSS*** [En ligne]. Disponible sur :
[https://www.cnmss.fr/sites/default/files/2024-01/RA_2023_WEB.pdf]
11. ****Légifrance****, Décret n° 2024-10 du 5 janvier 2024 [En ligne]. Disponible sur :
[<https://www.legifrance.gouv.fr>]
12. ****CPRPSCNF****, "Chiffres clés 2024" [En ligne].
13. ****CAMIEG****, ***Rapport d'activité 2016***, Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électriques et Gazières [En ligne]. Disponible sur : [<https://www.camieg.fr>]
14. ****RATP****, ***Rapport d'activité de la CCAS 2015*** [En ligne]. Disponible sur :
[<http://www.ccas-ratp.fr>]
15. ****Marines ENIM****, ***Rapport d'activité 2016*** [En ligne]. Disponible sur :
[<http://www.enim.eu>]
16. ****Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires****, ***Rapport d'activité CRPCEN 2016*** [En ligne]. Disponible sur : [https://www.crpcen.fr/ra_crpcen_29mai2017.pdf]
(https://www.crpcen.fr/ra_crpcen_29mai2017.pdf)
17. ****CAVIMAC****, ***Rapport d'activité 2016*** [En ligne].
18. ****Port autonome de Bordeaux****, [En ligne]. Disponible sur : [<https://www.bordeaux-port.fr/>]
19. ****Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines****, ***Rapport annuel 2015*** [En ligne]. Disponible sur :
[https://www.secumines.org/xspecial/fichiers/VR_ACT_rapport_activite_2015.pdf]
20. ****Caisse des Français de l'Etranger****, ***Rapport annuel 2023*** [En ligne]. Disponible sur :

[<https://www.cfe.fr/documents/310024/389309/Rapport+annuel+2023.pdf>]

21. ****Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale****, [En ligne]. Disponible sur :

[<https://www.assemblee-nationale.fr/>]

22. ****Régime autonome de Sécurité Sociale du Sénat****, [En ligne]. Disponible sur :

[<https://www.senat.fr/>]

23. ****Sécurité sociale.fr****

24. ****Code de la sécurité sociale****, (CSS, art. L. 441-2 et L. 162-1-14) (CSS, art. R. 441-11).

25. ****MSA****, "Solidarité et responsabilité" [En ligne]. Disponible sur :

[<https://www.msa.fr/lfp/web/msa/identite/solidarite-responsabilite-democratie>]

26. ****MSA****, ***Rapport d'activité*** [En ligne]. Disponible sur : [<https://rapport-activite.msa.fr/>]

27. ****MSA****, "Documents" [En ligne]. Disponible sur : [<https://www.msa.fr/lfp/documents>]

28. ****MSA****, "Indemnités journalières – AMEXA" [En ligne]. Disponible sur :

[<https://www.msa.fr/lfp/sante/ij-amexa>]

29. ****Fonction publique****, ***Carrières publiques*** [En ligne]. Disponible sur :

[<https://www.carrieres-publiques.com/actualite-fonction-publique-fonction-publique-les-5-chiffres-a-retenir-en-2024>]

30. ****SNCF****, ***Chiffres clés 2021***, CPRPSNCF.

31. ****Rapport activité CNMSS 2023****, ***CNMSS*** [En ligne]. Disponible sur :

[https://www.cnmss.fr/sites/default/files/2024-01/RA_2023_WEB.pdf]

32. ****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.

Disponible sur : [<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/10/AFSS1712191D/jo/texte>]

33. **CAMIEG**, **Rapport d'activités 2023** [En ligne]. Disponible sur :

[https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Publications/Rapport-activites-2023.pdf]

34. **Adopte une thèse**, [En ligne]. Disponible sur : [<https://www.adopteunethese.fr/>]

35. **Fabre-Magnan, Muriel**, **Introduction au droit** (2018), Chapitre II. La notion de droit, pp. 12-21.

36. **DARES**, **Portraits statistiques des branches professionnelles** [En ligne]. Disponible sur :

[<https://www.dares.travail-emploi.gouv.fr/donnees/les-portraits-statistiques-de-branches-professionnelles>]

37. **Google**, **Chambres de méditation dans les entreprises** [En ligne]. Disponible sur :

[<https://www.ladn.eu/mondes-creatifs/google-chambres-de-meditation-apaiser-les-employes>]

38. **Légifrance**, Ordonnance n° 45-2339 du 4 octobre 1945, Création de la Sécurité Sociale.

39. **Légifrance**, Loi n° 52-1081 du 10 août 1952

40. **Légifrance**, Loi n° 85-1098 du 27 décembre 1985, Article 8, Délai de Carence.

41. **Légifrance**, Loi n° 96-340 du 9 avril 1996, Amélioration de la Prévention des Risques.

42. **Légifrance**, Loi n° 2004-810 du 13 août 2004, Réforme des Indemnités Journalières et du Contrôle Médical.

43. **Légifrance**, Loi n° 2011-1906 du 22 décembre 2011, Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2012.

44.Légifrance, Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017, Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2018.

45.Légifrance, Loi n° 2019-828 du 2 août 2019, Plan Santé au Travail.

46.Légifrance, Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021, Réforme de la Santé au Travail.

BENAMROUCHE RACHID

Spécificité des arrêts maladie et accidents du travail selon le régime de protection sociale du patient : Actualisation de la revue des données réglementaires et législatives. Mise en place d'un outil simple d'accès au profit des usagers et des professionnels de santé

Thèse Médecine Générale : Lyon 2025 ; n°21

Résumé

Les responsabilités du médecin sont d'accompagner ses patients dans toutes sortes de démarches liées à leur santé, y compris dans celles qui, sur le plan administratif, encadrent les accidents du travail ou les arrêts maladies.

Ces enjeux peuvent être importants notamment concernant le délai de carence, le maintien du salaire, sa quotité et sa durée. Il est de la responsabilité du médecin de pouvoir répondre à ces questions de façon exacte.

Cette tâche n'est pas facile, pour plusieurs raisons.

Il est tout d'abord nécessaire de tenir compte de situation individuelle de chaque assuré, et notamment de son appartenance à l'un des 29 régimes de sécurité sociale. La survenue de changements au cours du temps augmente encore la difficulté, avec par exemple en 2018 l'intégration du régime des indépendants au régime général et la transformation du conseil médical en comité médical.

Des modifications sont susceptibles d'intervenir à tout moment, avec notamment l'augmentation régulière de certains délais de carence. En outre, les médecins ne sont pas formés aux termes juridiques utilisés. Enfin, ces recherches sont fastidieuses et chronophages, les médecins ne sachant pas quelles sources consulter, avec un risque d'erreur qui peut être préjudiciable pour le patient avec des répercussions sur sa santé et/ou sur le plan financier. C'est fort de ce constat que nous nous sommes fixés comme objectif d'établir un outil clair et fiable, d'accès facile pour un praticien de médecine générale, et qui serait simple à tenir à jour.

Ce travail a été effectué par un médecin en formation, juriste de formation en droit social et de la sécurité sociale et maîtrisant les différentes sources réglementaires.

Pour cela des sources réglementaires complémentaires ont été consultées. Il s'agit de Legifrance, complété par la consultation du code du travail et du code de la sécurité sociale, mais également de données mises à disposition par chaque régime. A partir de ces données j'ai élaboré de fiches individuelles pour les 6 régimes qui totalisent le plus d'assurés. Il s'agit du régime général (88% de la population), agricole (5%), des fonctionnaires, de la SNCF, des militaires et des industries électriques et gazières, couvrant 98% de la population française.

Chaque fiche synthétique comprend le nombre d'assurés, détaille les droits prévus en cas d'arrêt maladie et d'accident du travail. La procédure à mettre en œuvre pour les percevoir est détaillée : choix du document, volet à envoyer, destinataire et délai à respecter.

Ce travail a confirmé et mis en valeur les différences qui existent d'un régime à l'autre. Les informations ainsi présentées pourront par la suite être mises à disposition des médecins sous la forme d'un logiciel professionnel d'accès libre (sur le modèle d'antibio clic ou d'un autre logiciel professionnel), qui pourrait être mis à jour à chaque changement, avec un suivi de la satisfaction des usagers. Cette proposition compléterait ou pourrait s'intégrer dans le projet du gouvernement de faciliter le dépôt des documents dans le cadre d'un guichet unique.

MOTS CLÉS : accident du travail ; arrêt maladie ; régimes ; sécurité sociale ; médecins

JURY :

Présidente : Madame la Professeure Martine WALLON
Membres : Madame la Professeure Barbara CHARBOTEL
Monsieur le Professeur Frédéric ZORZI

DATE DE SOUTENANCE : 04/02/2025