

LOMBALGIES CHRONIQUES LONGUE MALADIE & INVALIDITÉ



CAS CLINIQUE N° 1

Mr BF., 55 ans, travaille comme ouvrier routier depuis plusieurs années dans la même entreprise.

Il a été arrêté pour hernie discale L5S1 pendant dix huit mois ; cette hernie a été reconnue en maladie professionnelle (tableau 98 du RG). Une IPP de 15% a été donnée par le médecin conseil lors de la consolidation.

Puis le patient est resté en arrêt, arrêt maladie pendant deux ans, pour des problèmes cardiovasculaire.

Il a été convoqué par le médecin conseil, qui l'a mis en invalidité 1ère catégorie à compter du mois prochain.

Le patient n'a pas très bien compris ; Il vient vous voir, vous médecin traitant, et vous explique que le médecin conseil l'a déclaré inapte au travail, et qu'il n'a donc rien à faire pendant trois ans.

Mr BF. part donc se reposer chez ses filles, qui habitent à l'étranger. Avant de prendre l'avion, il poste une copie de sa notification d'invalidité, à l'attention de son employeur.

Qu'est-ce que l'invalidité 1ère catégorie ?

Quels conseils lui avez-vous donnés ?

Quelle va être la réponse de l'employeur ?

Son employeur lui envoie une convocation pour une visite de médecine du travail.

En a-t-il le droit ?

Que doit faire le salarié ?

Que conseillerez vous à votre patient qui vous téléphone de l'étranger suite à cette convocation ?

Mr BF. est rentré de chez ses filles. Il souffre de plus en plus de son dos. Il sait qu'il ne pourra pas reprendre son activité professionnelle (ouvrier routier).

Ses camarades, au pays, lui ont conseillé de démissionner pour venir vivre près de ses filles au pays.

Qu'en pensez vous ?

CAS CLINIQUE N° 2

Mr C., 40 ans, est magasinier dans un atelier de pièces aéronautiques.

Il est en charge de pièces d'hélicoptères pouvant aller de quelques grammes à plus de 100 kg. Des aides mécaniques sont disponibles : palan électrique, pont roulant et un chariot élévateur électrique. Malgré cela il a beaucoup de manutention à faire.

Il est en arrêt maladie depuis 4 mois pour des lombosciatiques à répétition. Le bilan iconographique a objectivé une hernie foraminale L5S1 gauche avec un canal lombaire étroit. Il a eu une cure chirurgicale de sa hernie et de nombreux traitements médicamenteux.

Son état clinique ne s'améliorant pas, il va certainement falloir prolonger l'arrêt pendant encore quelques mois.

Comment cela va-t-il se passer ?

En rentrant de faire ses courses au supermarché, Mr B. trouve dans sa boîte aux lettres un avis de passage d'un médecin mandaté par son employeur. Il avait bien demandé des sorties libres à son médecin traitant, mais il avait refusé.

Quelles vont être les conséquences pour lui ?

Au bout de trois ans d'arrêt, Mr B. est convoqué par le médecin conseil de sa Caisse d'Assurance maladie. Il le considère médicalement inapte à poursuivre son métier ou tout autre.

- Quelle signification ?
- Quelles en sont les conséquences sur le métier de Mr B. ?
- Quels liens doivent être établis avec le médecin du travail ?
- Quels sont les critères médicaux permettant l'attribution d'une invalidité première catégorie ?
- Le patient pourra-t-il bénéficier de son invalidité jusqu'à sa retraite ?
- Quels autres conseils pouvez-vous lui donner ?

Quels interlocuteurs peuvent l'aider ?

Mr B. venait d'acheter un appartement à l'aide d'un prêt bancaire. Il voudrait faire supporter ses échéances à son assurance.

- Que lui conseillez vous ?

- Quelle va être la démarche de l'assurance ?

CAS CLINIQUE N° 3

Mr T. âgé de 51 ans, a exercé le métier de charcutier boucher pendant 30 ans. Il a du cesser son activité du fait d'une sciatique droite paralysante, pour laquelle il a été opéré et dont il subsiste des séquelles neurologiques : perte du releveur du pied et paresthésies de tout le membre inférieur.

Mr T. désire reprendre une activité professionnelle; on lui propose un poste de surveillant dans le hall d'une grande entreprise. Son travail consistera à surveiller des écrans de vidéo surveillance.

Mr T. bénéficie d'une invalidité 1ère catégorie ; le médecin conseil de la Sécurité Sociale lui a dit qu'il ne peut plus travailler.

De plus le patient a le souvenir d'avoir eu un « dossier COTOREP » ?

A-t-il le droit de reprendre une activité ?

A quoi correspond l'invalidité 1ère catégorie ?

Quelles démarches doit-il effectuer ?

Mr T. possède un petit pavillon individuel. Il est aidé pour ses tâches de ménage et de cuisine par une femme de ménage.

Il a entendu parlé d'une aide pour « l'assistance par une tierce personne pour effectuer les tâches de la vie quotidienne ».

Pouvez vous l'aider dans ses démarches ?

- Quelques chiffres
- Les arrêts maladie
- Arrêts maladie et médecine du travail
- Le contrôle des arrêts
- Arrêt > 6 mois, longue maladie
- Invalidité
- Invalidité et contrat de travail
- Conclusion

QUELQUES CHIFFRES

« Description des populations du RG en arrêt de travail de 2 à 4 mois – oct 2004. CNAM »

Étude de 3 populations lors des visites de contrôle de justifications médicales des arrêts de travail

- 67ème jour
- 81ème jour
- 111ème jour

>50% prescrits par médecins généralistes

Pour les arrêts les plus longs, assurés en moyenne plus âgés.

- Plus souvent des femmes en arrêt.
- 3 premiers motifs médicaux :
 - systèmes ostéo articulaires, muscles et tissus conjonctifs $\frac{1}{4}$
 - surtout les ouvriers
 - 50% discopathies
 - troubles mentaux et du comportement $\frac{1}{5}$
 - lésions traumatiques $\frac{1}{10}$

En 2006, IJ versées pour 4,5 M salariés
dont 770 000 arrêts > 60 jours
dont 74 298 pensions d'invalidité
soit 3,7 pour mille pop active

% pensions invalidité attribuées :

- < 2 ans après début arrêt 57% en 2007
- À l'issue des 3 ans 21% en 2005

2 grandes études par la CNAMTS : 1998 et 2006

« Les causes médicales de l'invalidité en 2006 – Points de repère, numéro 16 de juillet 2008 – CNAMTS »

juillet 2008 - numéro 16

points de repère

.....

Les causes médicales de l'invalidité en 2006

Le nombre d'entrées en invalidité, pour le régime général de l'assurance maladie, est actuellement de près de 75 000 par an pour une population active estimée à 19,9 millions de personnes (3,7 pour mille). En 1998, le nombre d'entrées en invalidité était de 51 000 ; cette hausse s'expliquant par la conjonction de facteurs démographiques, épidémiologiques et sociaux.

Les affections psychiatriques (28,1%), les maladies du système ostéoarticulaire (23,8%) et les tumeurs (13,2%) représentent, en 2006, les principales causes médicales à l'origine des mises en invalidité (au total 65,1% de l'effectif). C'est également le cas dans la plupart des pays de la zone OCDE. En France, parmi les affections psychiatriques, les troubles dépressifs, réactionnels et névrotiques représentent la première cause de mise en invalidité : 12 902 personnes, soit 17,4% de l'effectif total. Parmi les affections ostéoarticulaires, les pathologies rachidiennes et discales sont au premier plan : 7 540 personnes, soit 10,1% de l'effectif total. Par ailleurs les maladies du système nerveux touchent 42,9% des invalides de troisième catégorie, dont l'état de santé nécessite l'aide d'une tierce personne en permanence.

Parmi les affections de longue durée, c'est la sclérose en plaques qui induit, après dix ans d'évolution, le risque le plus élevé de devoir bénéficier d'une pension d'invalidité.

Dans tous les pays de l'OCDE, les dépenses publiques des régimes d'invalidité représentent une part croissante du PIB¹. En 2006, pour une population de près de 580 000 invalides relevant du régime général, le montant des pensions versées s'est élevé à environ 4 milliards d'euros, soit un montant proche de celui engendré par les arrêts de maladie (5,2 milliards d'euros en 2006). C'est dire l'enjeu que représente la connaissance de la dynamique des dépenses affectées à ce dispositif. Des actions visant à prévenir, en amont, la désinsertion professionnelle au décours de la survenue d'une maladie pourraient en effet contribuer à assurer l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale. Une première étude avait été publiée en 2001 par la CNAMTS et portait sur les causes médicales des pensions d'invalidité attribuées en 1998². L'objet du présent travail est d'actualiser ces informations de nature médico-administrative et de comparer la situation en 2006 à celle qui avait été observée en 1998.

Les Invalides sont classés en trois catégories en fonction de l'état de santé et de la capacité professionnelle. Ce classement définit le niveau de leur protection financière. Les Invalides de première catégorie sont capables d'exercer une activité.

¹ Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), 2003.
² Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), 2001.

● Anne Cuerg, Michel Palta, Philippe Ricordeau (CNAMTS)

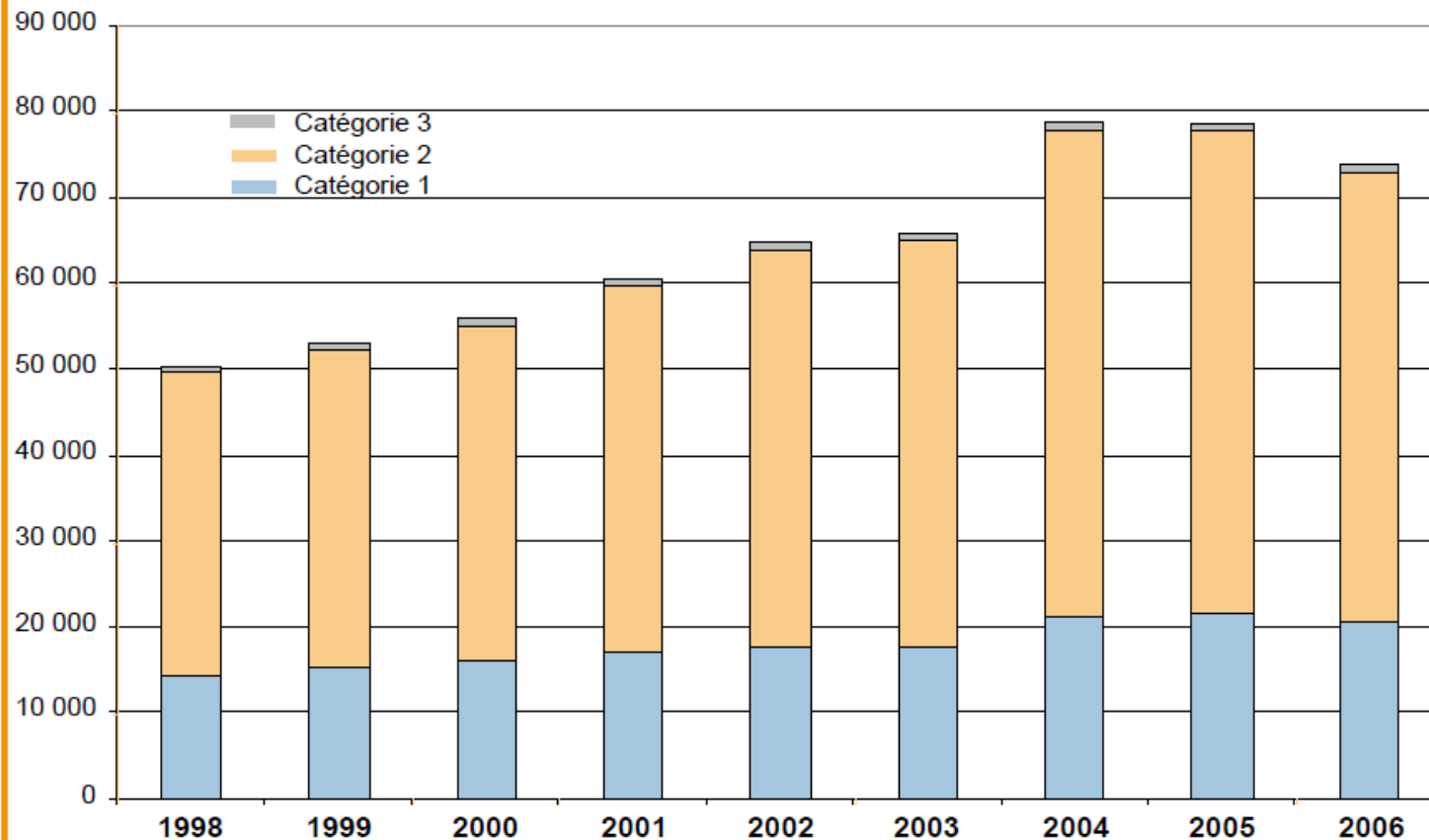
 Caisse Nationale

75 000 entrées/an en invalidité dans le RG
pour population active de ~19,9 M
soit 3,7 pour mille

62,2% ont entre 50 et 59 ans
50,6% sont des femmes

en 2006, 580 000 invalides
pensions versées = 4 milliards €

Nombre de salariés déclarés invalides par le service du contrôle médical, entre 1998 et 2006



Source : Applicatif Hippocrate ; Direction de la stratégie, des études et des statistiques - CNAMTS



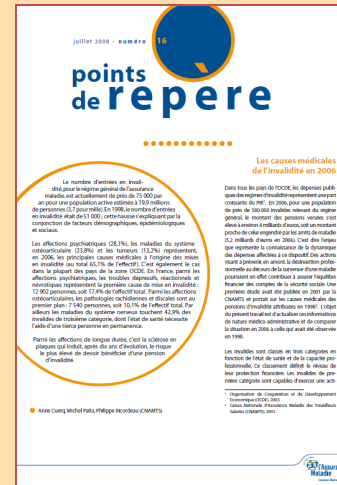
- Affections psychiatriques 28,1%
- Maladies systèmes articulaires 23,8%
 - Patho rachidiennes et discales 10,1%
1ère cause (8,9% en 1998)
Soit 7540 personnes
Âge moyen 51 ans
Sexe ratio = 1
- Tumeurs 13,2%

Tableau II

Répartition des salariés déclarés invalides par le service du contrôle médical, toutes catégories d'invalidité confondues, selon les affections à l'origine de l'invalidité en 1998 et en 2006

	1998			2006		
	N	âges moyens	sex ratio H/F	N	âges moyens	sex ratio H/F
Maladies infectieuses et parasitaires	1 249	43,0	2,9	1 145	47,1	2,1
dont Hépatites virales	156	47,0	1,3	396	48,2	1,9
dont Infections à VIH	897	40,9	4,0	514	45,4	3,1
Tumeurs	6 397	50,0	1,1	9 791	51,3	0,7
dont Cancers lèvre, cavité buccale et pharynx	821	50,8	10,6	811	52,5	5,9
dont Cancers du larynx	285	51,5	18,0	265	52,5	13,7
dont Cancers de l'oesophage	120	52,0	14,0	124	53,7	11,4
dont Cancers de l'estomac	120	50,3	3,1	137	51,3	2,0
dont Cancers colo-rectaux	497	52,0	1,6	805	52,8	1,2
dont Cancers broncho-pulmonaires et trachée	533	52,1	5,3	680	53,2	2,9
dont Cancers du sein	1 590	49,9	0,0	3 231	51,1	0,0
dont Autres cancers gynécologiques	294	49,9	0,0	486	51,2	0,0
dont Cancers de la prostate	94	56,3	-	261	56,3	-
dont Cancers de la vessie	134	53,6	9,3	166	54,2	7,3
dont Cancers de l'encéphale et du SNC	201	43,5	1,4	247	45,7	1,5
dont Cancers de la thyroïde	78	48,2	0,4	139	49,3	0,2
dont Leucémies	209	47,7	2,2	300	49,0	0,9
dont Hodgkin	88	43,3	1,8	86	45,3	1,4
dont Lymphomes non hodgkinien	237	49,0	1,7	345	50,9	1,5
Maladies endocrines	2 336	50,9	2,1	2 760	51,6	1,5
dont Diabètes	1 897	51,5	2,4	2 183	52,3	2,0
dont Obésités	234	48,7	0,9	282	50,7	0,7
Troubles psychiatriques	13 591	46,7	0,8	20 850	48,2	0,7
dont Schizophrénies et troubles délirants	2 135	40,4	1,6	2 113	40,5	1,7
dont Psychoses maniaque-dépressives	848	46,8	0,9	1 298	47,6	0,6
dont Dépressions, névroses, troubles réactionnels	6 661	49,1	0,5	12 902	50,1	0,5
dont Troubles de personnalité	2 495	45,9	1,0	2 695	45,7	0,9
Maladies du système nerveux	3 879	45,9	1,5	5 171	46,7	1,1
dont Scléroses en plaques	900	43,0	0,6	1 309	43,9	0,4
dont Hémiplésies	712	48,7	2,7	679	48,9	1,9
dont Paraplégies et tétraplégies	252	31,1	3,1	343	41,7	2,5
Maladies de l'appareil circulatoire	6 712	51,5	4,2	8 651	52,2	3,3
dont Cardiopathies ischémiques	2 509	52,4	8,7	3 151	53,0	6,5
dont Accidents vasculaires cérébraux	810	49,4	2,4	1 590	50,3	1,7
dont Artérites des membres inférieurs	656	52,3	19,5	648	53,1	8,5
Maladies de l'appareil respiratoire	1 517	51,1	2,6	1 389	52,0	1,7
Maladies de l'appareil digestif	1 409	48,3	2,2	1 690	49,2	1,6
dont Maladies de Crohn et RCUH	245	42,5	0,8	421	44,6	0,7
dont Cirrhoses et pathologies alcooliques du foie	808	49,5	3,6	707	50,8	3,6
Maladies du système ostéoarticulaire	10 309	50,4	1,1	17 673	51,3	0,8
dont Polyarthrites rhumatoïdes et autres	810	48,7	0,5	1 309	49,0	0,4

Maladies du système ostéoarticulaire	10 309	50,4	1,1	17 673	51,3	0,8
dont Polyarthrites rhumatoïdes et autres	819	48,7	0,5	1 209	49,9	0,4
dont Arthroses (toutes localisations sauf rachis)	2 408	53,3	1,2	3 640	53,9	0,7
dont Spondylarthrites	309	46,2	1,7	589	46,7	1,0
dont Pathologies rachidiennes et discales	4 525	50,0	1,3	7 540	51,0	1,0



ENQUÊTE EN 2005 DANS 15 PAYS DE L'UE

25% des salariés se plaignent de maux de dos

60 à 90% en souffriront à un moment de leur
carrière

www.inrs.fr

LES ARRÊTS MALADIE

Des recommandations HAS : « pas justifiable sur une base scientifique médicale »

Plus l'arrêt est long, plus la reprise est difficile :
50% des personnes arrêtées plus de 6 mois ne reprennent pas leur activité professionnelle

ARGUMENTAIRE

**Réponse à saisine du 10 novembre 2009
en application de l'article L.161-39 du code de la
sécurité sociale**

Référentiels concernant la durée d'arrêt de travail dans 6 cas :

- les pathologies anxio-dépressives mineures,
- les varices suite à intervention chirurgicale
- la gastro-entérite virale
- la lombalgie chronique
- le canal carpien après chirurgie
- la ligamentoplastie du croisé antérieur du genou

Décembre 2009

Durée d'arrêt de travail pour une lombalgie commune

1 Référentiel Cnamts


Libellé	Etat de l'art	Etat de la pratique	Seuil fixé
Lombalgie commune	Sources : <ul style="list-style-type: none">• Medical Disability Advisor, 5th Edition, 2008• Official Disability Guidelines, 14th Edition, 2009, NHS	Données non présentées	Non manuel → 1 jour Manuel / léger (charges < 20 kg) → 7 jours Manuel / lourd (charges > 20 kg) → 35 jours

2 Données bibliographiques

2.1 Stratégie documentaire

Sources d'information	cf. chapitre précédent
Mots clés initiaux	<u>Lombalgie</u> : Back Pain/Descripteur OU Low Back Pain/Descripteur OU Low Back Pain/Titre_résumé <u>Arrêt de travail</u> : Cf. chapitre précédent

- Prescription d'un arrêt de travail = **acte médical**,
rappel déontologique du Conseil National de l'ordre
≠ d'un certificat de complaisance

 pénal

- Engage pleinement la responsabilité du médecin
- En **2002 IJ = 5 milliards €** soit 50% du total des honoraires médicaux, toutes disciplines confondues
+ coût économique pour les entreprises

CERFA SPÉCIFIQUE

- Après examen du patient
 - Dater du jour de l'examen
 - Par le médecin prescripteur de l'arrêt initial sauf si :
 - Hospitalisation
 - Remplaçant
 - Spécialiste Cs à la demande du médecin traitant
- Sinon justifier et préciser

cerfa avis d'arrêt de travail initial de prolongation (*) volet 1, à adresser au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil est à adresser à l'adresse ci-dessous. Ce formulaire est à compléter par le médecin prescripteur de l'arrêt de travail initial ou par son remplaçant.

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation **Ce modèle est présenté à titre d'information. Pour votre démarche, le formulaire original vous sera fourni par l'organisme d'assurance maladie.**

NOM (seul, et en double cas d'usage) _____

prénom _____

code de l'organisme de rattachement (voir note explicative page 2 visée) _____

adresse où le malade peut être visité ou effectué de soins (adresse actuelle) (1) _____

code postal _____ ville _____ n° de téléphone : _____

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

(1) Caserne/présidence de votre commune, gendarmerie, adresse postale ou adresse de votre département/région

activité salariée profession indépendante

sans emploi date de cessation d'activité _____ précisez votre situation (voir note (2)) _____

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir note (3)) oui non date _____

l'arrêt prescrit fait suite à une cause thermique oui non

l'arrêt prescrit est en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de greffe oui non

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

raison prescrite par le médecin traitant médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant à l'occasion d'une hospitalisation

autres cas _____ précisez et indiquez le motif :

le prescripteur

nom, prénom ou dénomination sociale _____

adresse _____

n° téléphone : _____

les renseignements médicaux

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (par toutes lettres) : _____ inclus

sans rapport* en rapport* avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir note (4))

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir note (5))

* une ou deux cases doivent être obligatoirement cochées

sorties autorisées : oui à partir du _____ non (sauf si votre présence est indispensable pour le fonctionnement d'un service, voir note (6))

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire : non oui à partir du _____ (voir note (6a))

reprise à temps partiel pour raison médicale à partir du _____ (voir note (6b))

éléments d'ordre médical (voir note (6c)) : _____

date _____

signature du praticien _____

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement _____

© 2016 F

Le Cerfa n° 10401-17 est un formulaire de l'État français, son utilisation est soumise à l'application des dispositions relatives à la formation, à la gestion, au suivi et à la maintenance des documents administratifs. Il est interdit de réimpression sans autorisation préalable de la Direction nationale de l'administration générale (D.N.A.G.) du Code de la sécurité sociale, Art. 1 de Code pénal.

2 volets : pour le service médical de la CPAM à l'aide de l'enveloppe remise par le médecin

1 volet : à adresser à l'employeur dans les 48 heures

Prolongation de l'arrêt doit être faite par le même médecin prescripteur, sinon justifier et préciser

Subrogation : l'employeur fait l'avance au salarié et la CPAM verse les IJ à l'employeur

A cocher et signer par l'assuré sur l'attestation de salaire

cefa

ATTESTATION DE SALAIRE
 POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES
 MALADIE MATERNITE PATERNITE

SECURITE SOCIALE

N° 11135'02 (Art. L. 323-4, L. 331-3, L331-8, R 323-4, R 323-6, R 323-8, R 323-10 et R 331-5 du Code de la Sécurité Sociale)

EMPLOYEUR								
NOM - PRENOM ou DENOMINATION								
ADRESSE								
N° TELEPHONE (obligatoire)								
Numero SIRET								
ASSURE(E)								
N° D'IMMATRICULATION			MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (facultatif)					
NOM PATRONYMIQUE - PRENOM (sans 2 ^e y initiales du rattaché d'usage)								
ADRESSE								
EMPL.OI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE								
RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)								
Date du dernier jour de travail				Situation à la date de l'arrêt : <input type="checkbox"/>				
Date de reprise du travail				Repris à temps partiel <input type="checkbox"/> OU Motif médical (avec accord de la CPAM) <input type="checkbox"/> Non repris ce jour				
Raison personnelle <input type="checkbox"/> CAS GENERAL				MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 200 H DE TRAVAIL <input type="checkbox"/>				
Raison personnelle <input type="checkbox"/> CAS PARTICULIERS								
MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 800 H DE TRAVAIL <input type="checkbox"/>				Pour la période du <input type="text"/> au <input type="text"/>				
SALAIRES DE REFERENCE (1)								
SALAIRE DE BASE			SOMMES AYANT DONNE LIEU A REGULARISATION DE COTISATIONS		L'ASSURÉ N'A PAS TRAVAILÉ A TEMPS COMPLET PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE			
Période de référence		Montant du salaire	Pour la période 1	Pour la période 2	Mois de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures correspondantes à un travail à temps complet	Salaire relatif
du	au							
1	2	3	4	5	6	7	8	9
MATERNITE (à compléter par l'assuré au début du repos prénatal) PATERNITE (à compléter par le père au début du congé de paternité)								
Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.				Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de paternité. Dès le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.				
Signature de l'assuré				Signature de l'assuré				
DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE								
A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR A COMPLETER PAR L'ASSURÉ								
Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : du <input type="text"/> au <input type="text"/>						J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre.		
N° de compte postal ou bancaire de l'employeur : <input type="text"/>						Signature de l'assuré(s)		
si initial : <input type="text"/>						Signature de l'employeur		
Fait à <input type="text"/> le <input type="text"/> Nom du signataire <input type="text"/> Qualité <input type="text"/>								

Le loi rend possible d'amende rétro ou empiètement quelconque se rend capable de fraude ou de fausses déclarations (art. L. 3213 du Code de la Sécurité Sociale, 4413 du Code P° Ins.). La loi 7817 du 3 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux bases s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Une garantie est accordée aux assurés pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S 3201 n

Attestation de salaire

- 1 page
- à remplir par l'employeur dès réception de l'arrêt
- il l'envoie à la CPAM
- ou par Internet
- l'assuré doit signer si demande de subrogation
- permet à la CPAM de déterminer si toutes les conditions requises sont remplies pour toucher les IJ et d'en calculer le montant

RÉGLEMENTATION

- Code de déontologie médicale
- Code de la Sécurité Sociale
- Code Pénal

CALCUL DES IJ

- Justifier d'un minimum d'heures de travail ou de cotisations dans la période qui précède
- **Délai de carence de trois jours**, versées à partir du 4ème jour
- Montant minimum au 1er dec 2010 : 48,43 €/j
(64,11 € si ≥ 3 enfants à charge à compter du 31ème jour – IJ majorées 66%)
50% rémunération brute
- 90% du salaire brut à compter du 7ème jour, si un an d'ancienneté, complété par l'employeur (durée variable en fonction ancienneté)
- Compléter en fonction conventions, accords collectifs ou régime de prévoyance

OBLIGATIONS DU PATIENT

- Respect des heures de présence à domicile sauf en cas de sorties libres
- Se rendre aux convocations du service du contrôle médical
- S'abstenir de toute activité non autorisée
- Demander un accord si hors du quartier département de résidence

RISQUE de perdre les IJ

LES SORTIES :

- **non autorisées**
- **autorisées**, présence au domicile obligatoire de 9 à 11H et 14 à 16H, y compris samedis dimanches et jours fériés
- **libres**, par dérogation, en justifiant les éléments médicaux
- **formations** pour faciliter la réinsertion sont **possibles** (code SS) en accord avec le médecin traitant et la CPAM

Sanctions en cas de travail dissimulé : restituer les IJ et payer une amende.

ARRÊTS ET MÉDECINE DU TRAVAIL

- Arrêt maladie > 21 jours, obligation pour l'employeur de demander une visite de reprise au médecin du travail
Intérêt médico légal ++
- Arrêts répétés : l'employeur peut également demander une visite au médecin du travail

- Le médecin traitant
- Le médecin conseil
- Le patient

peuvent solliciter préalablement à une reprise de travail une visite auprès du médecin du travail lorsqu'une modification de l'aptitude est à prévoir

= **visite de pré reprise**

LE CONTRÔLE DES ARRÊTS

- Par les **médecins conseils** de l'Assurance Maladie pour les salariés de droit privé
- Par les **médecins agréés** pour les agents de droit public
- Par un **médecin mandaté** par l'employeur, tenu de verser des indemnités complémentaires

Soumis au Code de Déontologie Médicale consacré à la Médecine de contrôle

Attention médecin contrôleur \neq médecin traitant (sauf urgence) ou médecin de prévention

DÉCRET DU 26 AOÛT 2010 :

Suspension des IJ par le service médical de l'Assurance maladie, sur la seule base du contrôle effectué par le médecin mandaté par l'employeur.

Nécessité d'un nouvel examen uniquement lorsque le médecin contrôleur n'a pas pu procéder à l'examen (absence du domicile par ex.)

Assuré peut saisir le service médical dans les 10 jours; il dispose de 4 jours pour rendre sa décision.

Arrêts non médicalement justifiés ?

Chiffres très variés circulent !

- 6% par CNAMTS
- 50% par sociétés de contrôle médical patronal

ARRÊT > 6 MOIS, LONGUE MALADIE

Code Sécurité Sociale :

Repos ou soins pendant **plus de six mois**

Reconnaissance par le médecin conseil

Depuis juin 2005 contrôle systématique de tous les arrêts de plus de 6 mois

Durée maximale d'un arrêt de travail ininterrompu, 3 ans (*reprise du travail pendant un an rouvre droit à une période d'IJ de 3 ans*)

Médecin conseil de la CPAM sollicite le médecin traitant pour établissement d'un **protocole de soins**.

Puis envoi d'un **courrier type** régulièrement pour suivi.

Médecin conseil sollicite également le médecin du travail, concernant l'aptitude future et les éventuels aménagements de poste à prévoir.

Protocole de soins

Obligations du patient :

- se soumettre au traitement (sauf traitement chirurgical)
- se rendre aux visites de contrôle
- s'abstenir de toute activité non autorisée
- respecter les prescriptions pour sa rééducation et son reclassement professionnel



n°11626*03

protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71-4 et 71-4-1 du Règlement intérieur des caisses primairesvolet médical 1
à conserver par
le médecin conseil

personne recevant les soins

• identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (naître, s'il y a lieu, du nom d'épouse(us))

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

• identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) (naître, s'il y a lieu, du nom d'épouse(us))

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

• diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumé(s) de début

1

2

3

• arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrire l'état invalidant)

actes et prestations concernant la maladie (à compléter par votre médecin traitant)

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques
ou dispositifs médicaux

(1)

suivi biologique prévu (type d'actes)

(1)

recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type
d'acte spécialisé prévu)

(1)

recours à des professionnels de santé para-médicaux

(1)

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil,
qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins :

durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :

reclassement professionnel envisagé :

oui non

proposition du médecin traitant (cocher la(les) case(s) correspondante(s))

ALD non exonérante [1]

ALD 30 (liste) [2]

ALD hors liste [3]

polypathologie invalidante [4] autre [5]

décision du médecin conseil

accord au titre de (2) du au pouraccord au titre de (2) du au pouraccord au titre de (2) du au pour

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la matrice précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30...)

refus nature et motif du refus

date

protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant

cachet de l'établissement ou
du centre de référence

signature et cachet du médecin conseil

Protocole de soins
établi entre
médecin traitant
et médecin conseil

Signé par le patient

protocole de soins

concertation médecin conseil/médecin traitant
fiche complémentaire au protocole du

personne recevant les soins

- identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (nava, s'il y a lieu, du nom d'épouse)

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

- identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) (nava, s'il y a lieu, du nom d'épouse)

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

observations du médecin conseil

date

signature et cachet du médecin conseil

réponse du médecin traitant *

date

signature et identification du médecin traitant

* en cas de désaccord, l'expertise médicale est la voie de recours prévue à l'article L. 141-1 du Code de la sécurité sociale
La loi 79-17 du 6.1.79 modifiée relative à l'Information, aux Filiales, aux Mutés et aux Invalides de la Sécurité Sociale

S 3592

-1 page

- adressé par médecin conseil au médecin traitant en cas de désaccord ou de demande d'informations supplémentaires

EMPLOYEUR	
NOM - PRENOM ou DENOMINATION	
ADRESSE	
N° TELEPHONE	
Code postal	
Numéro SIRET	<input type="checkbox"/> S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case
ASSURE(E)	
N° D'IMMATRICULATION	MATRICULE DANS L'ENTREPRISE
NOM PATRONYMIQUE - PRENOM <small>(avec le Pr et le nom de famille)</small>	
ADRESSE	
Code postal	
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE	
RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS	
Date du dernier jour de travail	<input type="text"/>
Indiquer :	
soit	le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date d'interruption de travail <input type="text"/> euros
	et le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le salarié au cours des 6 premiers mois de cette même période <input type="text"/> euros
soit	le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail <input type="text"/>
	et le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 3 premiers mois de la période considérée. <input type="text"/>
Fait à	le
Nom du signataire	
Qualité	Signature de l'employeur

Attestation de salaire pour arrêt > 6 mois

- 1 page

- à remplir par l'employeur qui l'envoie à la CPAM

Quand l'état clinique est stabilisé, et en accord avec le médecin conseil, 3 possibilités :

- **Reprise travail** (temps plein, aménagement de poste, reclassement professionnel)
- **Temps partiel pour motif thérapeutique**
- **Invalidité**

Orientation possible pour une RQTH

INVALIDITÉ

Code de la Sécurité Sociale énonce les conditions d'obtention de la pension d'invalidité

Accordée par le médecin conseil de la CPAM dont dépend le salarié

Conditions médicales et administratives

Code de la Sécurité Sociale :

« l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme ».

OBJECTIF DE LA PENSION :

compenser une perte de revenus liée à une réduction de la capacité de travail et résultant d'une maladie, d'un accident à caractère non professionnel ou d'une usure prématurée de l'organisme.

Donc ne peut pas faire suite à un AT MP.

Un salarié en arrêt maladie depuis plusieurs mois peut bénéficier d'une mise en invalidité si :

- < 60 ans
- Perte des 2/3 de sa capacité de travail ou de gain
- Durée minimum d'immatriculation et de salariat
- État pathologique ne relevant pas d'une autre législation ni d'une faute intentionnelle

ETAT D'INVALIDITÉ APPRÉCIÉ EN TENANT COMPTE DE :

- capacité de travail restante
- état général
- âge
- facultés physiques et mentales
- aptitudes
- formation professionnelle

PROCÉDURE

Demande par

- Directement par le médecin conseil
- Par tout médecin généraliste ou spécialiste
- Par l'assuré social
 - Certificat médical
 - et CERFA « Assurance Invalidité – demande de pension »

CPAM dispose de **2 mois** pour rendre sa décision

Absence de réponse = REJET



n° 11174*02

assurance invalidité demande de pension

(Art. L. 301-1 à 301-6, L. 371-4, R. 313-3, R. 321-4 et R. 340-4 de Code de la sécurité sociale)

à adresser à l'organisme
d'assurance maladie dont
vous dépendez
après l'avoir complété

1/2

IMPORTANT : lire attentivement la notice avant de compléter le formulaire

vos données

nom (de naissance, sans d'hyphes de non d'usage) _____
 prénoms _____
 adresse _____
 code postal _____ commune _____
 nationalité : française ressortissant de l'Espace Economique Européen autre bii _____
 n° d'inscription _____ date de naissance : _____

la situation de votre activité professionnelle

Complétez chaque rubrique correspondant à votre situation

votre situation au moment de la demande (cocher les cases correspondant à votre situation)

activité salariée
 nom et adresse de votre dernier employeur : _____

 période d'activité : du _____ au _____
 activité non salariée
 chômage indemnisé par les ASSEDIC

votre maladie ou votre blessure justifiant la demande de pension résulte d'un accident causé par un tiers (avec accident de travail ou maladie professionnelle)

date de l'accident : _____

vous avez bénéficié ou vous bénéficiez déjà d'une pension d'invalidité
 nom et adresse de l'organisme ayant attribué cette pension : _____

vous avez été affilié(s) à un régime autre que le régime général

le(s) régime(s) concerné(s)	les nom et adresse de l'organisme dont vous dépendez

si vous êtes titulaire d'une pension d'un de ces régimes : indiquez ci-dessous les nom et adresse des organismes qui paient ces pensions : _____

S 4150a

vous bénéficiez d'une rente accidents du travail ou maladies professionnelles

2/2

nom et adresse de l'organisme ayant attribué la rente : _____

vous avez demandé une rente accidents du travail ou maladies professionnelles qui est en cours d'étude

nom et adresse de l'organisme en possession de la demande : _____

vous avez travaillé dans un ou plusieurs pays autres que la France

dans l'affirmative précisez ci-dessous :

les pays	période (du _____ au _____)

vous avez été appelé sous les drapeaux, mobilisé, rappelé (en France ou à l'étranger)

dans l'affirmative précisez ci-dessous :

les pays	période (du _____ au _____)

vous avez demandé une pension militaire pour maladie, blessure de guerre ou au titre de victime civile de la guerre

nom et adresse de l'organisme qui verse la pension : _____

votre situation fiscale

SI VOUS N'ÊTES PAS IMPOSABLE, joignez la copie de votre avis de non imposition

attention
 je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur cette demande et je m'engage à faire connaître à la caisse tous les changements pouvant les modifier, tels que : changement d'adresse, reprise ou cessation du travail, hospitalisation, montant des salaires ...
 fait à _____ le _____ signature du demandeur

N'oubliez pas de joindre toutes les pièces justificatives

S 4150 e

- 2 pages à remplir par patient qui l'adresse à CPAM avec les pièces justificatives

NOTIFICATION

- Notification d'attribution adressée au patient avec la catégorie et le montant
- Pension invalidité à titre temporaire, peut être révisée suspendue ou supprimée pour des motifs médicaux et/ou administratifs
- Tous les soins sont pris en charge à 100%

*cocher case maladie/exonération du ticket
modérateur/autre*

pas de tiers payant

CONTESTATION

Par le patient ou le médecin traitant

Recours contentieux au TCI
(Tribunal Contentieux de l'Incapacité)

À saisir dans les 2 mois par LR AR

3 CATÉGORIES

Classement en 3 catégories qui

en fonction de l'état de santé et de la capacité professionnelle

définit un niveau de protection financière.

Code de la Sécurité Sociale

1ère CATÉGORIE

- « capable d'exercer une activité rémunérée »
- perte 2/3 capacité
- inapte à certains postes
- travaille au maximum à mi-temps
- la CPAM complète partiellement le salaire

26% des invalidités

Affections ostéo artic 1ère cause 30,3%

2ème CATÉGORIE

- « absolument incapable d'exercer une activité quelconque »
- perçoit pension invalidité de la sécurité sociale

71% des invalidités

Affections ostéo artic au 2ème rang = 21,5%

3ème CATÉGORIE

- ne peut pas travailler
- et « obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie »

Perçoit une majoration pour tierce personne

3% des invalidités



ATTENTION !

Ce sont des définitions de la Sécurité Sociale, accordées par le médecin conseil

C'est le médecin du travail qui juge de l'APTITUDE au poste de travail, **l'invalidité n'empêche pas de travailler** (temps complet ou partiel).

Avis peuvent être différents (Cassation Sociale)

PENSION INVALIDITÉ *(AU 01/01/2011)*

	Calcul sur SAM des 10 meilleures années	minimum	maximum
1ère Cat.	30%	265.14	883.83
2ème Cat.	50%	265.14	1473
3ème Cat.	+ majoration pour tierce personne	+1038.36	+1038.36

- Pension personnelle, pas de reversions aux ayants droits
- Versement mensuel
- Cumul pension invalidité et indemnités Assedics possible
- Peut être complétée par Prévoyance
- À 60 ans, sauf si opposition du salarié, pension de retraite (à taux plein) pour inaptitude au travail automatique
65 ans pour 1ère catégorie

- Pension invalidité donne des trimestres pour la retraite
- Exonération possible des charges sociales
- Pension suspendue en totalité ou en partie si dépassement du salaire moyen trimestriel de l'année de référence



faire le calcul en cas de travail

INVALIDITÉ ET CONTRAT DE TRAVAIL

Contrat de travail suspendu, salarié reste à l'effectif de l'entreprise

Continuer à fournir des arrêts de travail à l'entreprise si ne veut pas reprendre le travail

Intérêt de la **visite de pré reprise ++**

POSSIBILITÉS POUR LE SALARIÉ

- Rester en arrêt, dans les effectifs de l'entreprise
- Reprendre le travail, temps plein ou partiel, avec ou sans aménagement de poste
- Licenciement pour inaptitude médicale
- Licenciement pour gêne au fonctionnement de l'entreprise

Jurisprudence récente :

Si le salarié transmet sa notification d'invalidité à son employeur, celui-ci doit demander au plus tôt une visite de reprise.

Si salarié ne se présente pas à la visite de reprise : cause réelle et sérieuse de licenciement (Cour Cassation)

SI INAPTITUDE :

- en une ou deux visites
- juste les indemnités légales de licenciement
- pas de préavis car ne peut pas l'effectuer

=/= AT MP

CONCLUSION

Enjeu considérable, **problème de santé publique**

Nécessite implication précoce des différents acteurs : médecin traitant, médecin conseil et médecin du travail

Une minorité des invalides (essentiellement en 1ère catégorie) **conservernt une activité professionnelle**

Revenus modestes aggravent l'exclusion sociale