

Chers confrères, chères consœurs

Le CDOM du Maine et Loire organise une à deux fois par an une « réunion de l'ordre » qui permet d'échanger entre confrères exerçant dans le département sur des thématiques concernant notre exercice.

L'objectif est de faire entendre la voix des médecins du Maine et Loire auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins, mais aussi de favoriser le dialogue entre confrères du département.

Cette 3^{ème} édition des « Réunions de l'Ordre » a évoqué tout ce qui concerne la médecine du travail.

Nous tenons à remercier tous les intervenants qui ont accepté de participer à cette réunion :

- **Dr LELOUP** : Médecin coordonnateur du Service de Santé au Travail Cholet/Saumur (STCS).
- **Dr RABJEAU** : Médecin du travail du Service Médical Inter-Entreprises de l'Anjou (SMIA).
- **Dr TRAMON** : Médecin Conseil à la Mutualité Sociale Agricole (MSA).
- **Dr SARRAF** : Médecin conseil responsable service médical de la CPAM du Maine et Loire et de la Vendée.
- **Dr LADOUCH BURES** : Médecin Conseil CPAM du Maine et Loire.
- **Dr GARNACHE** : responsable service des risques professionnels CPAM du Maine et Loire.
- **Dr BOUJU** : Médecin Conseil CPAM du Maine et Loire.
- **Dr COMTE** : Médecin du travail au Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS).

PARTIE 1 : ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

- Cas des états dépressifs en lien avec le travail / Burn-out / Epuisements professionnels :

Le CDOM est très régulièrement sollicité par des employeurs qui, par l'intermédiaire de leurs avocats, remettent en question les certificats médicaux rédigés par des médecins généralistes ou spécialistes établissant un lien entre une souffrance psychologique et travail. Ces avocats utilisent 2 arguments principaux pour faire annuler ledit certificat :

- **L'article 76 du code de déontologie médicale** : *« l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. »*
- **L'article 28 du code de déontologie médicale** : *« La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite. »*

A l'heure actuelle et en l'absence de jurisprudence qui permettrait de protéger les médecins, **le CDOM déconseille d'inscrire « en lien avec le travail » sur un certificat de maladie professionnelle / accident du travail (MP/AT).** Il est en revanche parfaitement autorisé d'indiquer « troubles anxieux » ; « Syndrome anxio-dépressif » : « syndrome d'épuisement » ou toute autre pathologie sur un CERFA MP/AT **sans indiquer de lien de causalité avec le travail.** En réalité, apporter plus de précision est de toute façon inutile puisque le seul fait d'inscrire le diagnostic sur un CERFA MP/AT pose déjà la question de l'origine professionnelle aux symptômes. Cependant **c'est uniquement au médecin conseil de statuer sur ce lien et non au médecin généraliste.**

Il est important de distinguer **l'accident du travail** qui correspond à un **événement précis qu'il est possible de dater** (convocation, réunion devant témoins, événement grave...) et **la maladie professionnelle** (souffrance au travail depuis des mois...).

Le rôle du médecin généraliste est de **déclarer la maladie par l'intermédiaire du certificat médical initial**. Ce dernier permet de **lancer la procédure d'enquête** sur le lien entre la pathologie et le travail. **Etablir un arrêt de travail sur un CERFA AT/MP ne permet pas d'instruire le dossier de reconnaissance au titre MP/AT**, il faut bien remplir au préalable le **certificat médical initial**. Si on prend par exemple la situation d'un syndrome du canal carpien, la reconnaissance en MP est reconnue suite à la réalisation du certificat médical initial alors que l'arrêt de travail ne sera réalisé le plus souvent qu'à la suite de l'intervention chirurgicale.

Il est possible de prolonger les arrêts au titre de la maladie professionnelle **tant que la caisse n'a pas statué sur le lien entre la pathologie et le travail**. Ensuite, si la caisse a émis un avis défavorable, il faut réaliser les arrêts sur le CERFA en maladie simple.

Si jamais le médecin réalise un arrêt maladie simple car il n'avait pas initialement fait le lien entre la pathologie et le travail, il est possible de **poursuivre les arrêts en MP/AT** (en pensant à réaliser le certificat initial). En cas d'accord sur le lien entre la pathologie et le travail, le **paiement des indemnités sera rétroactif** pour le patient. Malheureusement, à l'heure actuelle, **le service administratif des caisses réclame souvent des rectificatifs en demandant aux médecins de refaire les arrêts initiaux au titre MP/AT au lieu de maladie simple**. Tout cela est **chronophage** et vous êtes nombreux à réclamer une **simplification de cette démarche**.

L'employeur a 10 jours pour contester l'accident du travail. Une fois que l'arrêt est reconnu en MP/AT c'est **l'employeur qui paye les indemnités** (système de pot commun en fonction de la taille de l'entreprise) et non la caisse d'assurance maladie. Plus le nombre de salariés d'une entreprise en MP/AT est important plus il doit payer pour ce pot commun. Au-delà de 150 jours en MP/AT, les cotisations de l'employeur augmentent significativement.

Pour les patients, les avantages d'être en MP/AT sont les suivants :

- **Prise en charge à 100%** des tarifs de la sécurité sociale.
- **L'absence d'avance de frais.**
- **Indemnités à 60% du salaire le premier mois puis 80%** (seulement 50% en maladie simple). La plupart du temps, il y a des conventions collectives dans les entreprises qui assurent un plein salaire. Cette **absence de perte de salaire** peut encourager le patient à prolonger son arrêt.
- La **prime de licenciement est doublée** en cas de MP/AT lors d'une inaptitude prononcée par le médecin du travail.
- **Cela permet aux médecins du travail d'étudier et d'améliorer les conditions de travail du salarié.**

A noter que pour un arrêt en maladie simple, **la cotisation pour la retraite est limitée à 4 trimestres sur la carrière complète**. Passé ce délai, le patient ne cotise plus pour sa retraite. **Un arrêt de plus d'un an hypothèque donc la retraite du patient.**

Cas particuliers des EHPAD dont les salariés sont toujours considérés comme des fonctionnaires de la fonction publique territoriale. Ils peuvent bénéficier d'un avis ponctuel du service de santé au travail du CHU d'Angers qui ne peut cependant pas assurer le suivi systématique de tous les salariés d'EHPAD. La problématique reste la même pour le suivi des enseignants. Ces salariés sont le plus souvent vus par des **médecins agréés**. Ils dépendent cependant du **régime général** et sont indemnisés par celui-ci. Ils ne peuvent donc pas bénéficier des avantages de la fonction publique (notamment le congé longue maladie de 5 ans).

A la CPAM du Maine et Loire il y a 8 médecins-conseil qui assurent le suivi des patients en arrêt de travail (4 médecins conseils pour la MSA). Des circuits de **signalements automatiques** sont mis en place avec des requêtes qui indiquent au médecin conseil si certains arrêts dépassent un certain temps pour une pathologie donnée. Par exemple les **lombalgies** et les **syndromes dépressifs** sont des pathologies qui sont particulièrement surveillées en raison notamment de leur augmentation depuis la pandémie. Une analyse de la situation de l'assuré est le plus souvent faite après 1 mois et/ou 3 mois d'arrêt dans ces situations. Ces pathologies sont les plus à risque de **désinsertion professionnelle**. Il est à noter que **50% des arrêts de travail de plus de 6 mois ne reprennent pas leur travail** d'où l'importance d'assurer un suivi de ces patients.

Comment s'organise l'enquête d'attribution d'une origine professionnelle à une maladie ou un accident ?

- **L'accident du travail** est reconnu **dès réception du certificat médical initial réalisé par le médecin traitant** avec la déclaration d'accident de l'employeur si celui-ci est d'accord. Dans cette situation, il y a une **prise en charge d'emblée** sans investigations. Si l'employeur émet des réserves, la caisse envoie un questionnaire à l'assuré et à l'employeur. Si à l'issue de l'étude de ces questionnaires, il n'est pas possible de prendre une décision, une enquête sera diligentée. Des enquêteurs assermentés peuvent se déplacer dans cette situation.
- En ce qui concerne **les maladies professionnelles**, les investigations sont **systématiques**. Une fois que le médecin conseil a le certificat initial et tous les examens médicaux correspondants au tableau des maladies professionnelles, il détermine avec l'aide du médecin du travail s'il existe un lien entre le travail et la pathologie en question. En cas de contestation de la décision du médecin conseil par l'employeur ou l'assuré, le dossier est adressé au **Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP)** qui statuera. Si la maladie professionnelle est **hors tableau ou hors délai** (entre la fin d'activité et l'apparition des symptômes), le dossier est systématiquement adressé au CRRMP qui prendra la décision de l'origine professionnelle de la maladie. Les **états anxio-dépressifs / burn-out sont hors tableaux et donc systématiquement adressés au CRRMP**. Le délai d'attente une fois le dossier transmis au CRRMP est de 4 à 8 mois. Dans les situations où le dossier est transmis au CRRMP, le médecin du travail est systématiquement interrogé sur la situation.
-

Il n'y a pas de réclamation d'indus aux patients. Dans la plupart des cas, le patient est indemnisé en maladie simple tant que l'enquête n'est pas clôturée. Si elle aboutit à une reconnaissance en maladie professionnelle, **le paiement sera rétroactif.**

L'indemnisation en maladie simple peut durer 3 ans. Si le patient ne peut toujours pas travailler au bout de 3 ans il peut être placé en **invalidité**. **En maladie professionnelle, il n'y a pas de date butoir des 3 ans.** Il est donc possible d'être en arrêt de travail pour maladie professionnelle pendant 10 ans ou plus, si personne ne fait de **certificat de consolidation**. Il ne faut pas hésiter à faire une demande de reconnaissance de handicap auprès de la **MDA** car cela permet au médecin du travail de demander des **aménagements de poste à l'employeur**. Dans les situations plus graves la demande d'invalidité peut être faite après la stabilisation. Il faut en revanche avoir des pathologies autres que celles reconnues en maladie professionnelle. En effet, les séquelles de maladies professionnelles s'indemnisent par un **taux d'incapacité** alors que les séquelles de maladies simples s'indemnisent par **l'invalidité**. Il est recommandé de faire appel au médecin du travail **bien avant la reprise du travail**, c'est la **visite de Pré-reprise**.

La visite de pré-reprise (pendant l'arrêt) : l'employeur n'a pas le droit de la demander. Le patient, le médecin-conseil, le médecin traitant et le médecin du travail ont le droit de la demander. Cette visite de pré-reprise peut permettre au médecin du travail de **proposer un poste aménagé le temps que le patient récupère de sa pathologie**.

Dès qu'un arrêt de travail dépasse 2 ou 3 mois, il est important de penser à **anticiper le retour à l'emploi**, même s'il ne sera possible que plusieurs mois plus tard, et **demandeur cette visite de pré-reprise au médecin du travail**.

PARTIE 2 : L'INAPTITUDE EST PRONONCÉE PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL.

L'inaptitude est de la compétence du médecin du travail alors que l'invalidité est de la compétence du médecin conseil. **L'inaptitude est discutée lors de la visite de pré-reprise.**

Le médecin traitant peut réaliser un courrier afin de demander la visite de pré-reprise avec par exemple, cette formulation : « je pressens des difficultés pour la reprise du travail du patient, qu'en pensez-vous ? » **sans évoquer directement une inaptitude.**

Le médecin du travail ne peut prononcer une inaptitude sur un patient en arrêt de travail. Il faut donc stopper l'arrêt pour une éventuelle mise en inaptitude après que le médecin du travail ait pu échanger avec l'employeur ou réaliser une étude de poste si besoin.

Un patient peut être inapte au poste de travail et pouvoir prétendre à un **reclassement** sur un autre poste de l'entreprise. Il peut aussi être déclaré **inapte à tout poste** de l'entreprise (inaptitude totale), l'employeur sera obligé de **licencier** la personne. L'indemnité de licenciement sera variable (doublée dans le cas d'un MP/AT).

L'employeur a 1 mois pour prononcer le licenciement dans le cas d'une inaptitude totale. Pendant ce temps le salarié n'est pas au travail, il ne touche donc pas de salaire et n'est pas en arrêt, il ne peut donc être indemnisé. Il récupère cependant ses congés. En MP/AT le patient peut continuer à toucher ses indemnités journalières sur demande du médecin du travail. Il existe aussi une Indemnité Temporaire d'inaptitude (ITI) qui ne sont pas des indemnités journalières. **Le médecin traitant ne doit pas remettre le patient en arrêt sur cette période.**

Si l'employeur n'a pas licencié le patient au bout d'un mois, il doit **reprendre le versement des salaires**.

Il est recommandé pour le patient de s'inscrire à France-Travail dès le lendemain du licenciement afin d'avoir un accompagnement pour une reconversion.

Il est possible de réaliser des **essais encadrés**. Dans cette situation le patient est en **arrêt de travail mais vient faire jusqu'à 14 jours (28 demi-journées) dans l'entreprise** dans un autre poste ou dans son poste habituel. En effet il est parfois impossible pour l'employeur de mettre en place un temps partiel thérapeutique. Dans le cadre d'un essai encadré le patient vient en surnombre pendant cette période ce qui permet de vérifier que son état lui permet de travailler à ce poste. L'essai encadré peut aussi se faire dans une autre entreprise. Ce dispositif demande la signature du médecin du travail, du médecin traitant, du médecin conseil et de l'employeur.

PARTIE 3 : L'INVALIDITÉ EST PRONONCÉE PAR LE MÉDECIN CONSEIL

C'est le **médecin conseil qui évalue une demande d'invalidité** qui peut être demandée par le patient lui-même, son médecin traitant ou les services sociaux. Il s'agit le plus souvent soit de patients en **arrêts de longue durée** soit de **patients qui travaillent toujours**.

Le médecin traitant peut faire un « signalement » par messagerie sécurisée afin **d'interpeller le médecin conseil** sur la mise en place ou non d'une invalidité pour un patient donné.

Pour entrer en invalidité un patient doit avoir **66% d'incapacité à travailler (perte fonctionnelle)**. L'incapacité se détermine en fonction des **pathologies** mais aussi de **l'âge du patient** et ses **capacités de reconversion**.

Si l'incapacité de travail résulte uniquement d'une pathologie déclarée en AT/MP, il n'y a **pas d'invalidité mais une rente**. L'invalidité est donc déclarée dans le cadre d'une maladie simple.

Pour faire simple, il existe 3 catégories d'invalidité :

- **Catégorie 1 : Invalidité partielle**. Ils gardent la capacité d'exercer une activité professionnelle à temps partiel et ou sur un poste aménagé. Ils touchent 30% du salaire moyen des 10 meilleures années sous forme de rente qui s'ajoute au salaire de la part travaillée.
- **Catégorie 2 : Invalidité totale**. Ils peuvent aussi conserver une activité professionnelle jusqu'à une certaine limite et touchent 50% du salaire moyen des 10 meilleures années.
- **Catégorie 3 : Invalidité totale avec aide nécessaire d'une tierce personne**. Ils ne peuvent plus travailler mais en plus présentent une perte de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne avec besoin d'une tierce personne.

Les patients en invalidité auront une **retraite sans décote (à ce jour à 62 ans)** quel que soit le nombre de trimestres effectués, ils ne cotisent plus mais ne perdent pas de trimestres. **L'invalidité est stoppée quand la retraite commence**.

Une invalidité est **révisable par les caisses d'assurance maladie**. Le patient peut à tout moment faire une demande de révision de son invalidité (suppression, diminution ou augmentation).

L'invalidité met fin aux arrêts de travail. Le médecin du travail déclare le plus souvent une inaptitude dans le cadre d'une catégorie 2. Parfois l'employeur préfère conserver le salarié sur un poste aménagé en temps partiel jusqu'à la retraite ce qui coûte moins cher qu'un licenciement. Dans cette situation le patient n'est pas en inaptitude et **poursuit une activité professionnelle.**

Un patient qui a dépassé l'âge de 62 ans ne peut plus être mis en invalidité. Avec la réforme des retraites à 64 ans il y a encore un flou sur cette période. Un patient de plus de 62 ans, inapte à tout travail, peut demander sa retraite par anticipation, c'est **la retraite anticipée par inaptitude** (Document Bleu Carsat). Le médecin traitant sera probablement de plus en plus sollicité pour remplir ce document.

Certains patients demandent quand même un arrêt de travail sans l'adresser à la caisse mais uniquement pour l'employeur afin de continuer à bénéficier d'avantages sociaux (prévoyance...). **Ce type de pratique n'est pas recommandée pour le médecin.**

PARTIE 4 : LE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

L'objectif est une **reprise à temps plein ce qu'il faut bien expliquer au patient.** Si on est certain que le patient ne reprendra pas à temps plein, il ne faut pas lui proposer un temps partiel thérapeutique (TPT) et l'adresser le plus rapidement possible en **visite de pré-reprise** auprès du médecin du travail. La mise en place du TPT peut cependant être utile pour vérifier si une reprise est possible et parfois faire accepter au patient le fait qu'il ne pourra pas reprendre. Dans tous les cas, le TPT doit être limité dans sa durée.

A la CPAM, il y a des contrôles des patients en TPT le plus souvent au bout de 3 mois et au bout de 6 mois. Si passé ce délai il n'y a pas de reprise possible, on commence à réfléchir à une **invalidité catégorie 1** ou bien une **inaptitude au poste de travail** ou à tous les postes dans l'entreprise (décision du médecin du travail).

Les patients considèrent souvent qu'un TPT est autorisé pour 1 an mais en pratique c'est le plus souvent pour **3 mois voire 6 mois maximum** au cas par cas. La durée d'1 an reste exceptionnelle.

C'est le **médecin du travail** qui fait des préconisations d'aménagement du temps de travail à l'employeur dans le cadre de la mise en place d'un TPT.

A noter que **l'employeur peut refuser un TPT.** Le médecin du travail s'assure donc que sa mise en place est possible dans l'entreprise. Dans la situation d'un refus de l'employeur, le patient reste en arrêt jusqu'à sa reprise à temps plein.

Un TPT peut être prescrit directement **sans arrêt de travail préalable.**

Les exploitants agricoles (MSA) ont le droit à **270 jours de TPT d'affilé.**

Le TPT est considéré comme un arrêt de travail car il y a indemnisation par la caisse d'assurance maladie.

Une **femme enceinte** peut tout à fait être mise en temps partiel thérapeutique.

PARTIE 5 : MOYENS DE CONTACT ET SECRET MÉDICAL

- CPAM :

- **Question administrative (facturation, nomenclature...): 3608 ou mail sur la messagerie sécurisée sur ameli.fr**
- **Question au service médical pour un assuré : passer par la messagerie sécurisée dans le dossier du patient sur ameli.fr ; fournir un horaire pour être rappelé si vous souhaitez parler au médecin conseil.**

- MSA : Contact par téléphone au 02 41 31 77 16

- SMIA : Contact par téléphone au 02 41 47 92 92

- STCS : Contact par téléphone au 02 41 49 10 70

Qu'en est-il du secret médical pour les échanges d'informations médicales avec les médecins conseils et les médecins du travail ?

- L'article R.4127-50 du code de santé publique précise : « *Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.*
A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommé désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables. »
- **En revanche le médecin ne peut communiquer directement des informations médicales au médecin du travail.** Au cas où celui-ci aurait besoin d'informations, le médecin peut remettre au patient, en main propre, les documents qu'il estime utiles, à charge pour lui de les communiquer au médecin du travail car le secret médical n'est pas opposable au patient.

PARTIE 6 : LA CONSOLIDATION PAR LE MEDECIN CONSEIL OU LE MEDECIN TRAITANT

La consolidation est un état de **stabilisation médicale** qui **met fin à l'arrêt de travail** en AT/MP et aux **indemnités journalières** qui en découlent.

Elle signifie qu'il n'y a pas de projet thérapeutique nouveau et que **l'état n'a pas évolué** entre deux évaluations du médecin conseil. La situation est considérée comme non évolutive que le patient soit **guéri ou avec des séquelles**.

La consolidation permet :

- Une **évaluation du patient par le médecin du travail** qui statuera sur l'aptitude et la reprise du travail ou sur l'inaptitude au poste et permettra une éventuelle reconversion.

- Une **évaluation du patient par le médecin conseil** pour indemniser les séquelles restantes.

L'évaluation des séquelles d'un AT/MP par le médecin conseil se fait en fixant un **taux d'incapacité**. L'incapacité est payée par la **filière employeur**.

La consolidation peut être initiée par **le médecin traitant** lors de la rédaction du **certificat médical final** à la date de ce dernier. Dans le cas contraire, la consolidation est fixée le jour de la consultation avec **le médecin conseil**.

Les séquelles d'un AT/MP ne peuvent pas relever de l'invalidité. L'invalidité est un financement assurance maladie et prend en charge les séquelles de maladies « simples » autre que AT/MP.

Après la consolidation d'un AT/MP, il n'est pas possible de prolonger en maladie pour la même pathologie. Cet arrêt ne serait pas indemnisé car on ne peut pas changer la filière de financement.

En revanche il peut exister des arrêts maladies à la suite de la clôture d'un AT/MP pour un autre motif.

En résumé :

- l'AT/MP est un financement employeur et si séquelles à la fin de l'arrêt, l'indemnisation s'appelle **incapacité**.
- La maladie « simple » est un financement assurance maladie et si séquelles à la fin de l'arrêt, l'indemnisation s'appelle **invalidité**.
- Il reste possible d'être indemnisé par un taux d'incapacité pour les séquelles d'un AT/MP et de relever aussi de l'invalidité quand il existe une autre pathologie qui se surajoute à l'AT/MP.

PARTIE 7 : FALSIFICATIONS D'ORDONNANCES ET MEGA CONSOMMANTS

La CPAM peut recevoir des **signalements** (médecins, pharmacies, médecins conseils...) de patients « **mégaconsomphants** » qui font du nomadisme médical/pharmaceutique et surconsomment certains traitements. Une analyse de la consommation du patient est faite par la CPAM.

S'il y a falsification d'ordonnance, trafic ou fraude, un signalement est fait au service concerné de la CPAM et cela peut conduire à un **arrêt des remboursements pour le patient**.

Certains assurés sont convoqués car ils ont besoin d'être **accompagnés**. Dans cette situation, le médecin traitant est contacté pour établir un **protocole de soin** qui obligera le patient à se faire prescrire le traitement par son médecin traitant. Il devra aussi aller dans une pharmacie désignée pour la délivrance de son traitement.

En cas de falsification d'ordonnance, la CPAM contacte le praticien au moins pour vérifier s'il est le rédacteur de l'ordonnance ou de l'arrêt de travail.

En cas de falsification d'ordonnance, le médecin doit déposer une plainte et transmettre le dépôt de plainte au CDOM. Ce dernier se chargera de prévenir la CPAM et l'Ordre des Pharmaciens.

Si le médecin ne porte pas plainte, **il peut être mis en cause** dans un trafic de médicaments / arrêts de travail. Il est donc important de faire cette démarche dans le cadre d'une falsification d'ordonnance ou d'arrêt de travail.

Bien confraternellement

Dr CAMBOU Michael

