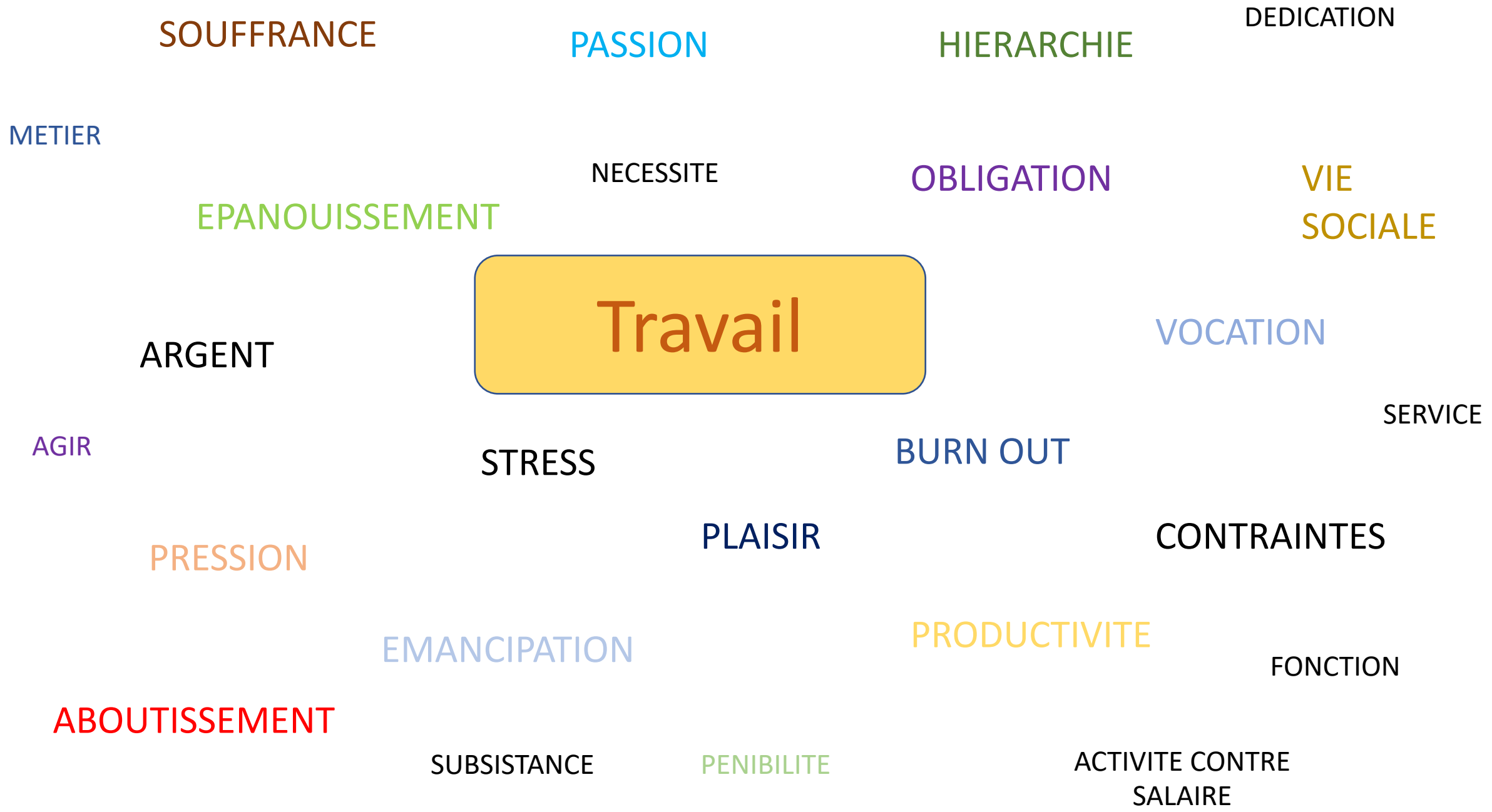
Souffrance au Travail

Magali Ferry, Vincent Miramont, Maxime Rozes, Guillaume Avenin, Gilles Lazimi, Emna Bousarsar, Roxane Liard,

09.12.2021.


SOUFFRANCE
PASSION
HIERARCHIE
DEDICATION
METIER
NECESSITE
OBLIGATION
VIE SOCIALE
EPANOUISSEMENT
Travail
VOCATION
ARGENT
SERVICE
AGIR
STRESS
BURN OUT
PLAISIR
CONTRAINTES
PRESSION
PRODUCTIVITE
EMANCIPATION
FONCTION
ABOUTISSEMENT
SUBSISTANCE
PENIBILITE
ACTIVITE CONTRE SALAIRE

FATIGUE

EMOTION

DOULEUR

EVITABLE

PENIBILITE

SUBIR

PHYSIQUE

TENSION

SOUFFRANCE

PSYCHIQUE

ANGOISSE

BLESSURE

MAL ETRE

MAL

INTOLERANCE
A UNE
SITUATION

DEPRESSION

BURN OUT

PEINE

Troubles musculosquelettiques (TMS)

Risques chimiques

SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Risques psychosociaux (RPS)

Travail sur écran

Partie 1 : atteintes physiques, accidents de travail et maladies professionnelles

Cas clinique :

- Mr G. 35 ans, fumeur, vient vous voir pour une douleur de l'épaule gauche survenue sur son lieu de travail en faisant un faux mouvement.

ATCD familiaux ou personnels=0 Elagueur de la ville de paris

Vous diagnostiquez une tendinite du sus épineux, vous lui donnez un traitement par AINS, et une rééducation en kiné

Il vous demande s'il s'agit d'un accident de travail et ce qu'il doit faire

Accident de travail/accident de trajet

- **Accident de travail :** C’est un évenement **soudain** et **imprévu** survenu par le fait ou à l'occasion de votre travail, entrainant **un dommage corporelle et/ou psychologique** quelle qu'en soit la cause, est considéré comme un accident du travail

- **Accident de trajet :** C’est **un événement soudain** et **imprévu** qui vous a causé un **dommage corporel** et qui s'est produit entre les points suivants
  - votre résidence et votre lieu de travail,
  - votre lieu de travail et le lieu de restauration où vous vous rendez pendant la pause repas.
  - Attention le trajet doit avoir été direct

Quelles sont les démarches à effectuer?

Patient

Ddéclaration dans les 24h à l'employeur

Consultation et envoi des documents remis par le MT

Médecin

Rédaction du CMI

Suivi du patient et rédaction des certificats prolongation/final

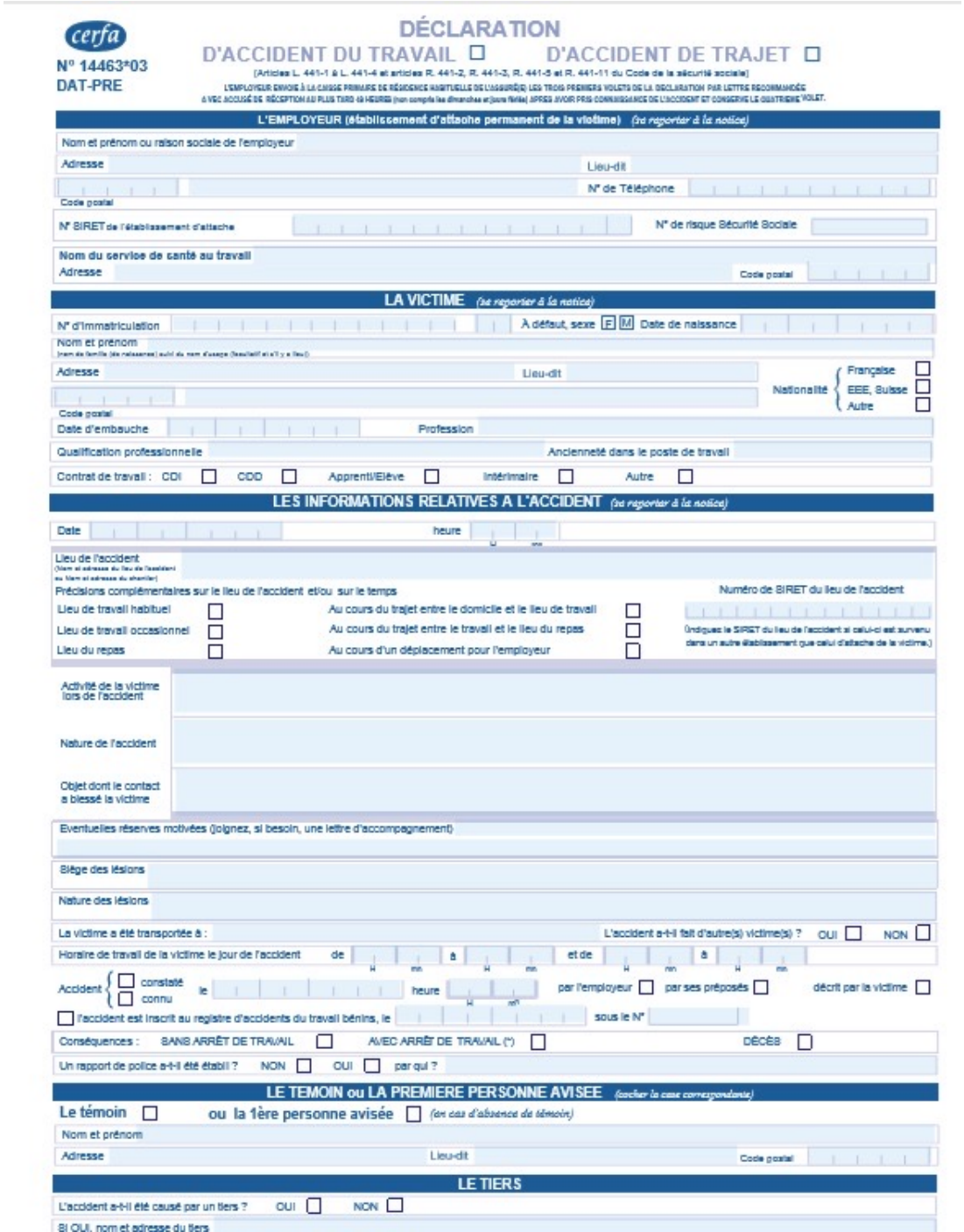
Employeur

Déclaration dans les 48h à la CPAM

Cerfa N°11137*03

- 4 feuillets
- L'employeur doit envoyer 3 exemplaire en **LRAR** à la caisse primaire dont dépend le salarié.
- Garder le 4e feuillet pendant 5 ans

- Remarque : *Si l'employeur ne l'a pas fait, le patient peut le déclarer dans les 2 ans de l'accident et l'employeur est passible d'une amende.*



cerfa
N° 14463*03
DAT-PRE

DÉCLARATION
D'ACCIDENT DU TRAVAIL ☐ D'ACCIDENT DE TRAJET ☐
(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et articles R. 441-2, R. 441-3, R. 441-5 et R. 441-11 du Code de la sécurité sociale)
L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE PRIMAIRE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ(E) LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DÉCLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanches et jours fériés) APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVE LE QUATRIÈME VOLET.

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) (se reporter à la notice)
Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur
Adresse — Lieu-dit — N° de Téléphone — Code postal
N° SIRET de l'établissement d'attache — N° de risque Sécurité Sociale
Nom du service de santé au travail
Adresse — Code postal

LA VICTIME (se reporter à la notice)
N° d'immatriculation — A défaut, sexe F M — Date de naissance
Nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif) et s'il y a lieu)
Adresse — Lieu-dit — Code postal
Nationalité : Française ☐ UE, EEE, Suisse ☐ Autre ☐
Date d'embauche — Profession
Qualification professionnelle — Ancienneté dans le poste de travail
Contrat de travail : CDI ☐ CDD ☐ Apprenti/Elève ☐ Intérimaire ☐ Autre ☐

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT (se reporter à la notice)
Date — heure
Lieu de l'accident
(Nom et adresse du lieu de l'accident ou nom et adresse du chantier)
Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps
Lieu de travail habituel ☐ — Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail ☐
Lieu de travail occasionnel ☐ — Au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas ☐
Lieu du repas ☐ — Au cours d'un déplacement pour l'employeur ☐
Numéro de SIRET du lieu de l'accident
(Indiquez le SIRET du lieu de l'accident si celui-ci est survenu dans un autre établissement que celui d'attache de la victime.)
Activité de la victime lors de l'accident
Nature de l'accident
Objet dont le contact a blessé la victime
Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement)
Siège des lésions
Nature des lésions
La victime a été transportée à : — L'accident a-t-il fait d'autre(s) victime(s) ? OUI ☐ NON ☐
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de … à … et de … à …
Accident ☐ constaté ☐ connu le … heure … par l'employeur ☐ par ses préposés ☐ décrit par la victime ☐
☐ l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le … sous le N°
Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) ☐ DÉCÈS ☐
Un rapport de police a-t-il été établi ? NON ☐ OUI ☐ par qui ?

LE TEMOIN ou LA PREMIERE PERSONNE AVISEE (cocher la case correspondante)
Le témoin ☐ ou la 1ère personne avisée ☐ (en cas d'absence de témoin)
Nom et prénom
Adresse — Lieu-dit — Code postal

LE TIERS
L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI ☐ NON ☐
Si OUI, nom et adresse du tiers

Cerfa n° 11138*05 ou S6909

- 4 feuillets
- Les 2 premiers à envoyer à la caisse primaire du salarié
- Les 2 autres à garder par le patient

n° 11138*05
CM-PRE

accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)
☐ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

Volet 1, à adresser par le praticien à l'organisme dans les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation
nom de famille *(de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)* :
prénom :
adresse où la victime peut être visitée *(si différente de votre adresse habituelle) (1)* :
code postal ville : n° téléphone :
batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence
(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☐
date de l'accident ou de la 1ère constatation médicale de la maladie professionnelle *(voir notice ❶)*
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐ non *(2)* ☐
(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :
adresse :
n° téléphone :
courriel :

les renseignements médicaux

• **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) *(voir notice ❷)*

conséquences

soins *(sans arrêt de travail)* ☐ jusqu'au

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

sorties autorisées : oui ☐ **à partir du** **non** ☐
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ❸)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non ☐ **oui** ☐ **à partir du** *(voir notice ❸)*

prescription d'un travail léger pour raison médicale ☐ **du** **au**
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ❹)

reprise de travail à temps complet le *(voir notice ❺)*

éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire *(voir notice ❸)*

SPECIMEN

Cerfa n° 11383*02 ou S6201

biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

(à remplir obligatoirement par l'employeur lors de la délivrance)

l'organisme gestionnaire de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

- **identification**

nom de l'organisme
adresse
code de l'organisme gestionnaire

la victime

- **identification**

nom *(suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se))*
prénom date de naissance
adresse
code postal commune
numéro d'immatriculation

l'employeur

- **identification**

nom et prénom ou raison sociale
adresse
code postal commune
numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime
êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ? oui ☐ non ☐

l'accident du travail ou la maladie professionnelle

- **accident du travail**

date
rechute du

- **maladie professionnelle**

date de la constatation médicale
rechute du

- **lésions**

nature
siège

- **numéro AT/MP** *(à remplir par l'organisme gestionnaire en cas de renouvellement ou de rechute)*

demande de renouvellement

(à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins)

adresse
code postal commune

je demande le renouvellement de cette feuille d'accident ☐
date

signature

DIAD S6201c

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 471-3 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal).
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

SPECIMEN

récapitulatif des soins et fournitures 2/2

(à remplir par les professionnels de santé)

€

dates des actes médicaux	actes effectués (lettres-clef et coefficient)	i.k.	D.E.	montant total des honoraires	exécution des ordonnances — montant de la facture

L'exécutant des actes, le pharmacien ou le fournisseur attestera une seule fois la prestation des actes en apposant sa signature et son cachet dans une des cases prévues ci-dessous à cet effet.

signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes

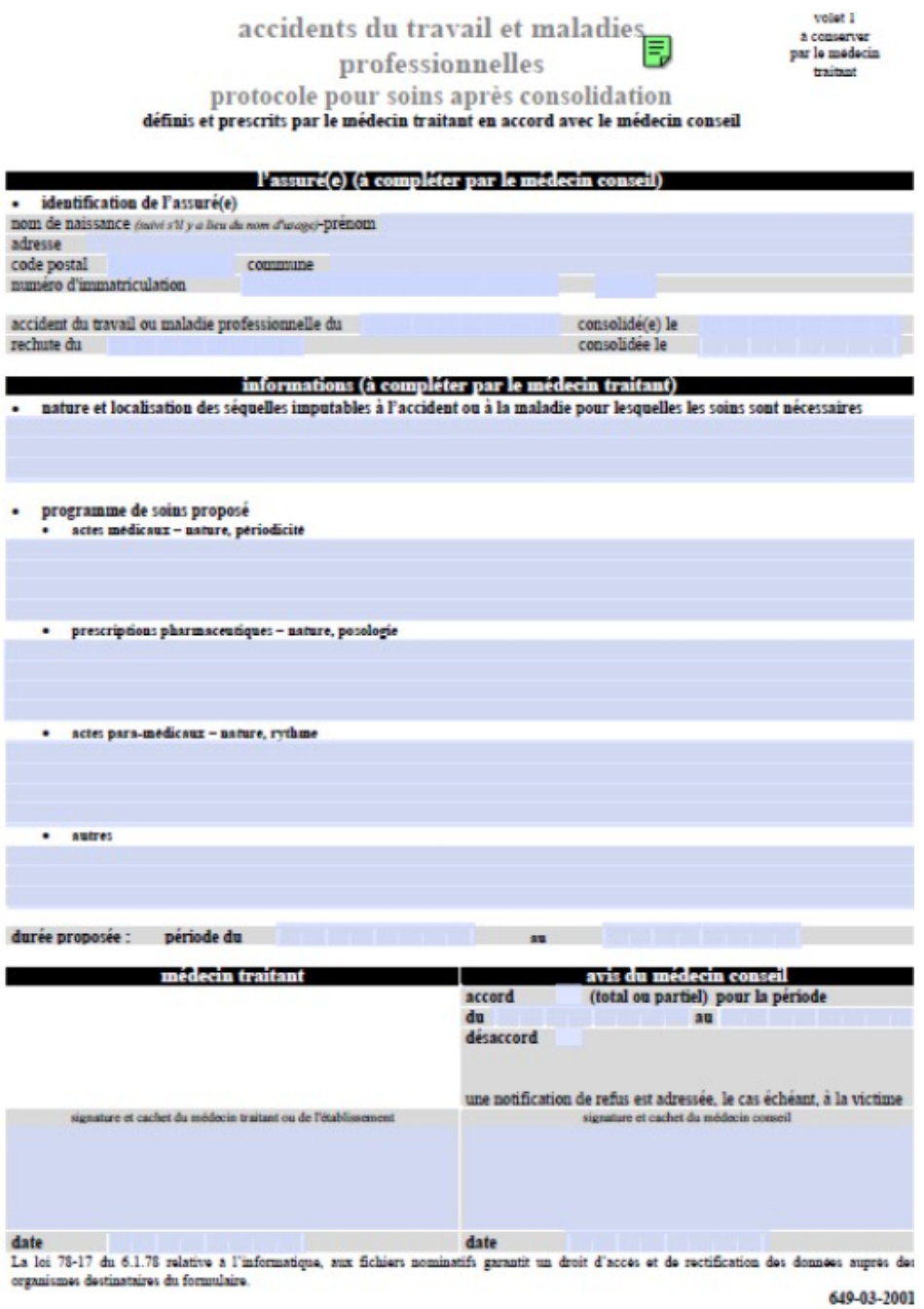
cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste

SPECIMEN

- Donné par l'employeur au patient
- A remettre à chaque professionnel consulté
- Permet la gratuité des soins

- Après un arrêt de travail de 10 jours, des soins pendant trois mois, Mr G. garde une douleur résiduelle et une petite raideur.

- Que proposer ?
  - Clôture du certificat d'accident de travail
  - Rédaction de soins post consolidation
  - Visite occasionnelle à la médecine du travail à la demar aménagé avec des restrictions éventuelles
  - Prescription d'un temps partiel thérapeutique par le me médecin du travail



accidents du travail et maladies professionnelles
protocole pour soins après consolidation
définis et prescrits par le médecin traitant en accord avec le médecin conseil

volet 1
à conserver par le médecin traitant

l'assuré(e) (à compléter par le médecin conseil)

- identification de l'assuré(e)

nom de naissance *(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)*-prénom
adresse
code postal commune
numéro d'immatriculation

accident du travail ou maladie professionnelle du consolidé(e) le
rechute du consolidée le

informations (à compléter par le médecin traitant)

- nature et localisation des séquelles imputables à l'accident ou à la maladie pour lesquelles les soins sont nécessaires
- programme de soins proposé
  - actes médicaux – nature, périodicité
  - prescriptions pharmaceutiques – nature, posologie
  - actes para-médicaux – nature, rythme
  - autres

durée proposée : période du au

médecin traitant	avis du médecin conseil
	accord (total ou partiel) pour la période du au
	désaccord
	une notification de refus est adressée, le cas échéant, à la victime
signature et cachet du médecin traitant ou de l'établissement	signature et cachet du médecin conseil
date	date

La loi 78-17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

649-03-2001

- Mr G. revient 10 ans après car son épaule droite le fait terriblement souffrir. Il n'est pas venu vous voir mais il a présenté depuis plusieurs années de nombreux épisodes de douleurs pour lesquels il s'est automédiqué.

- Après un examen soigneux, vous suspectez une tendinite de l'épaule droite qui sera confirmée par l'IRM que vous avez demandée.

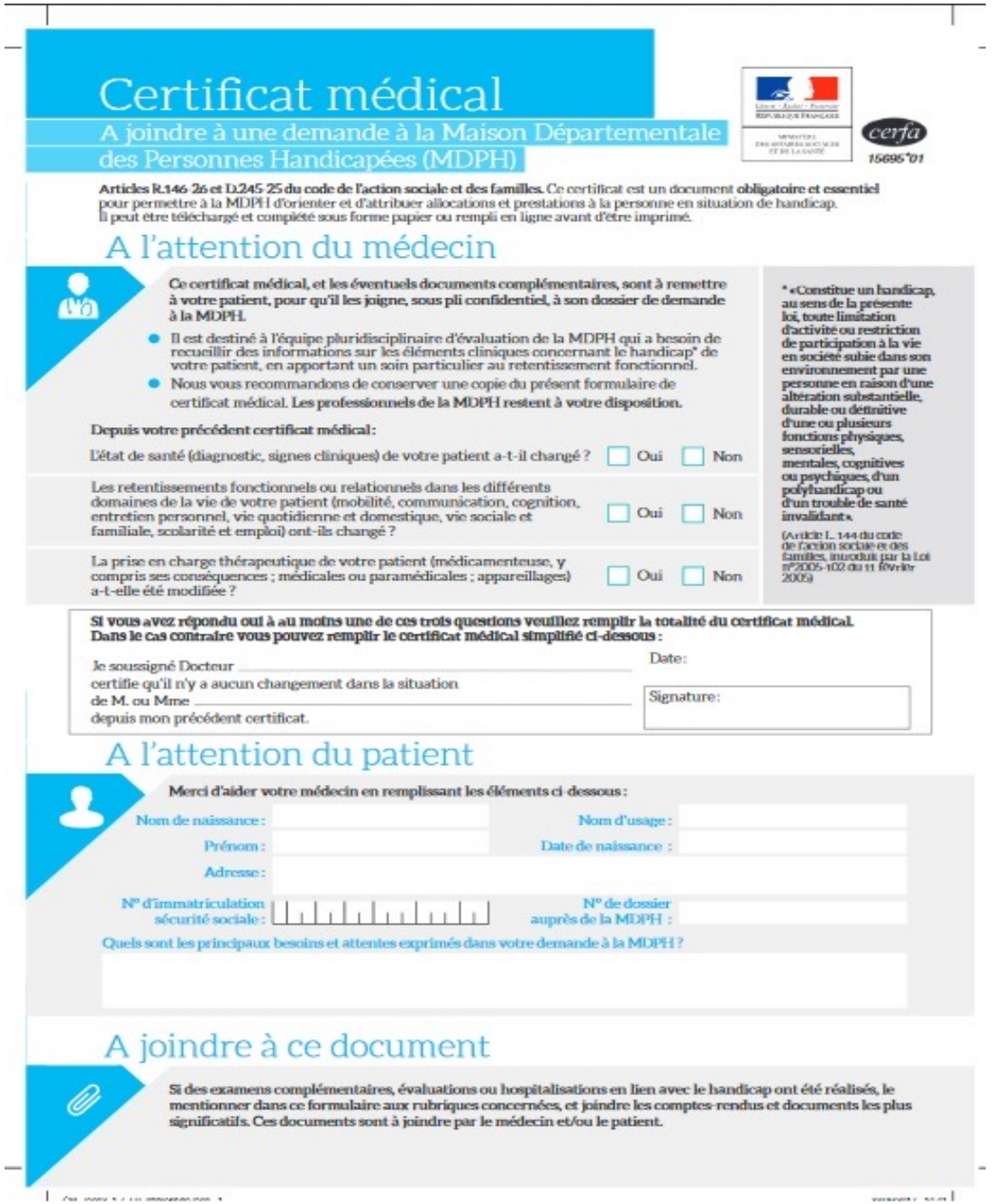
- Vous avez bien pensé qu'il pourrait s'agir d'une maladie professionnelle.

- Il ne peut plus du tout exercer son activité, est très limité dans ses activités de vie quotidienne, et vous demande ce qu'il est possible de faire, en dehors de la déclaration de maladie professionnelle.

DOSSIER MDPH

Objectifs :

- Reconnaissance du handicap/travailleur handicapé
- Attribution taux d'incapacité avec aides et avantages associés
- Accompagnement recherche emploi/reclassement/adaptation poste
- Compenser perte d'autonomie et favoriser maintien au domicile
- Compensation d'une absence de revenu AAH
- Pouvoir se garer sur les places réservées
- (Pr les enfants AEEH)



Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

cerfa 15695*01

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document **obligatoire et essentiel** pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin

Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.

*« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

(Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? ☐ Oui ☐ Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ? ☐ Oui ☐ Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur _____ Date :

certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation de M. ou Mme _____ depuis mon précédent certificat.

Signature :

A l'attention du patient

Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

N° d'immatriculation sécurité sociale : N° de dossier auprès de la MDPH :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

A joindre à ce document

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

Demande d'invalidité/demande de maladie professionnelle

- **Démarches à effectuer par le patient** pour une demande d'invalidité :
  - Prendre RDV avec le médecin conseil de la sécurité sociale pour demander une invalidité

- **Démarches à effectuer par le médecin** pour une demande d'invalidité :
  - Courrier à remettre au patient motivant la demande

ATTENTION : Une reconnaissance en maladie professionnelle empêche, dans le régime général, une mise en invalidité pour la même pathologie et les séquelles sont mieux indemnisées en invalidité qu'en maladie professionnelle**.**

Que faire?

Être aidé et conseillé par un médecin de maladie professionnelle

Être aidé et conseillé par une assistante sociale d'un service en santé au travail ou de la cramif

CAS CLINIQUE :

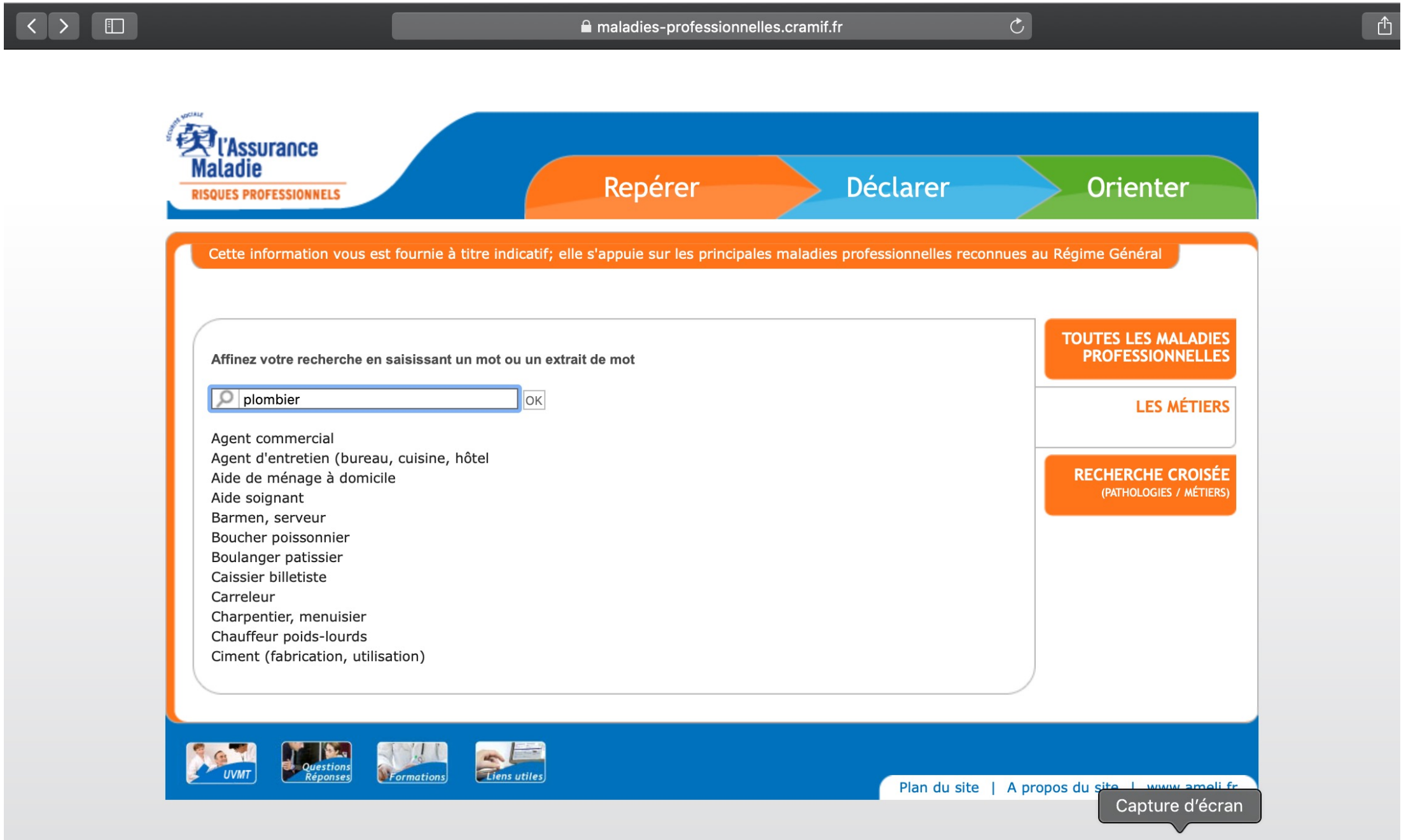
- Vous recevez Mr K., patient de 70 ans, qui présente une forte suspicion de cancer bronchique, mais il a refusé la poursuite des investigations lors de sa dernière hospitalisation. Nous n'avons donc pas d'histologie. Mr K. a une profonde AEG, et dit qu'il veut mourir chez lui.

  - ATCD : tuberculose pulmonaire en 1966 avec rechute en 1975
  - Tabac : 60 PA avec un arrêt en 2003
  - DDB
  - Mode vie : une femme et 2 enfants de moins de 25 ans
  - Retraité depuis 5 ans : ancien plombier

Comment affirmer le caractère professionnel d'une maladie ?

- Je **suppose une maladie professionnelle** :
  - Faire une recherche si une maladie peut passer en maladie professionnelle
    - https://maladies-professionnelles.cramif.fr/index.php?page=reperer&partie
    - Ou http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp.html
    - Ou regarder sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006126943/

Possibilité de rechercher par maladie ou par travail, ou par recherche croisée


maladies-professionnelles.cramif.fr
l'Assurance Maladie
RISQUES PROFESSIONNELS
Repérer
Déclarer
Orienter
Cette information vous est fournie à titre indicatif; elle s'appuie sur les principales maladies professionnelles reconnues au Régime Général
Affinez votre recherche en saisissant un mot ou un extrait de mot
plombier
OK
Agent commercial
Agent d'entretien (bureau, cuisine, hôtel
Aide de ménage à domicile
Aide soignant
Barmen, serveur
Boucher poissonnier
Boulanger patissier
Caissier billetiste
Carreleur
Charpentier, menuisier
Chauffeur poids-lourds
Ciment (fabrication, utilisation)
TOUTES LES MALADIES PROFESSIONNELLES
LES MÉTIERS
RECHERCHE CROISÉE
(PATHOLOGIES / MÉTIERS)
UVMT
Questions Réponses
Formations
Liens utiles
Plan du site | A propos du site | www.ameli.fr
Capture d'écran

Cette information vous est fournie à titre indicatif; elle s'appuie sur les principales maladies professionnelles reconnues au Régime Général pour

MÉTIER : PLOMBIER TUYAUTEUR

RISQUES PRINCIPAUX	PATHOLOGIES LES PLUS FRÉQUENTES	TABLEAU DES MALADIES PROFESSIONNELLES
Plomb	Saturnisme biologique ou clinique	RG 1
Amines aromatiques (colorants, caoutchouc, graisses minérales,...)	Dermite irritative	RG 15
Isocyanates	Epithéliomas primitifs de la peau, cancer broncho-pulmonaire primitif, tumeurs de vessie	RG 16bis
Silice cristalline	Silicose	RG 25
Amiante	**Asbestose, plaques pleurales, pleurésie, mésothéliome**	**RG 30**
Amiante	**Cancer broncho-pulmonaire**	**RG 30bis**
Bruit	**Surdité**	**RG 42**
oxydes de fer, poussières de fer, soudure à l'arc acier doux	Sidérose	RG 44
Gestes répétitifs forcés	**Troubles musculo-squelettiques**	**RG 57**
Isocyanates	Asthme,pneumopathie interstitielle, bronchite, blépharoconjonctivite, dermite	RG 62

TOUTES LES MALADIES PROFESSIONNELLES

LES MÉTIERS

RECHERCHE CROISÉE (PATHOLOGIES / MÉTIERS)

Capture d'écran

maladies-professionnelles.cramif.fr

l'Assurance Maladie
RISQUES PROFESSIONNELS

Repérer | Déclarer | Orienter

Votre patient est assuré au régime : **Général (RG)** ● **Agricole (RA)** ○ **Autres régimes**

L'information relative à la recherche par métier est indicative; elle s'appuie sur les principales maladies professionnelles reconnues au Régime Général pour chacun des métiers cités.

Affinez votre recherche en saisissant un mot ou un extrait de mot

Terme clinique

Cancer broncho-pulmonaire primitif

Métiers

Plombier tuyauteur

VALIDER

TOUTES LES MALADIES PROFESSIONNELLES

LES MÉTIERS

RECHERCHE CROISÉE
(PATHOLOGIES / MÉTIERS)

d'experts.

pour mieux les prévenir

Accéder aux tableaux des maladies professionnelles

Recherche | **Pathologie par plan de classement** | **Liste des tableaux**

Régime choisi:

(•) Les deux régimes ( ) Régime général ( ) Régime agricole

Mots clés du tableau (maladie, nuisance, activité):

ex : amiante, hépatite virale, 50-00-0

NB: La recherche se fait exclusivement dans les tableaux, pas dans les commentaires.
Pour les atteintes rhumatologiques, consulter systématiquement les tableaux RG 57, RG 69, RG 79, RG 97 ou RG 98 ; RA 29, RA 39, RA 53, RA 57 ou RA 57 bis.
Pour les allergies, au régime agricole, consulter systématiquement les tableaux RA 44 ou RA 45.

Effacer la recherche **Rechercher**

▸ Aide à la consultation

DERNIÈRES MODIFICATIONS

Le décret n° 2019-312 du 11 avril 2019 modifie le tableau n° 59 du régime agricole .

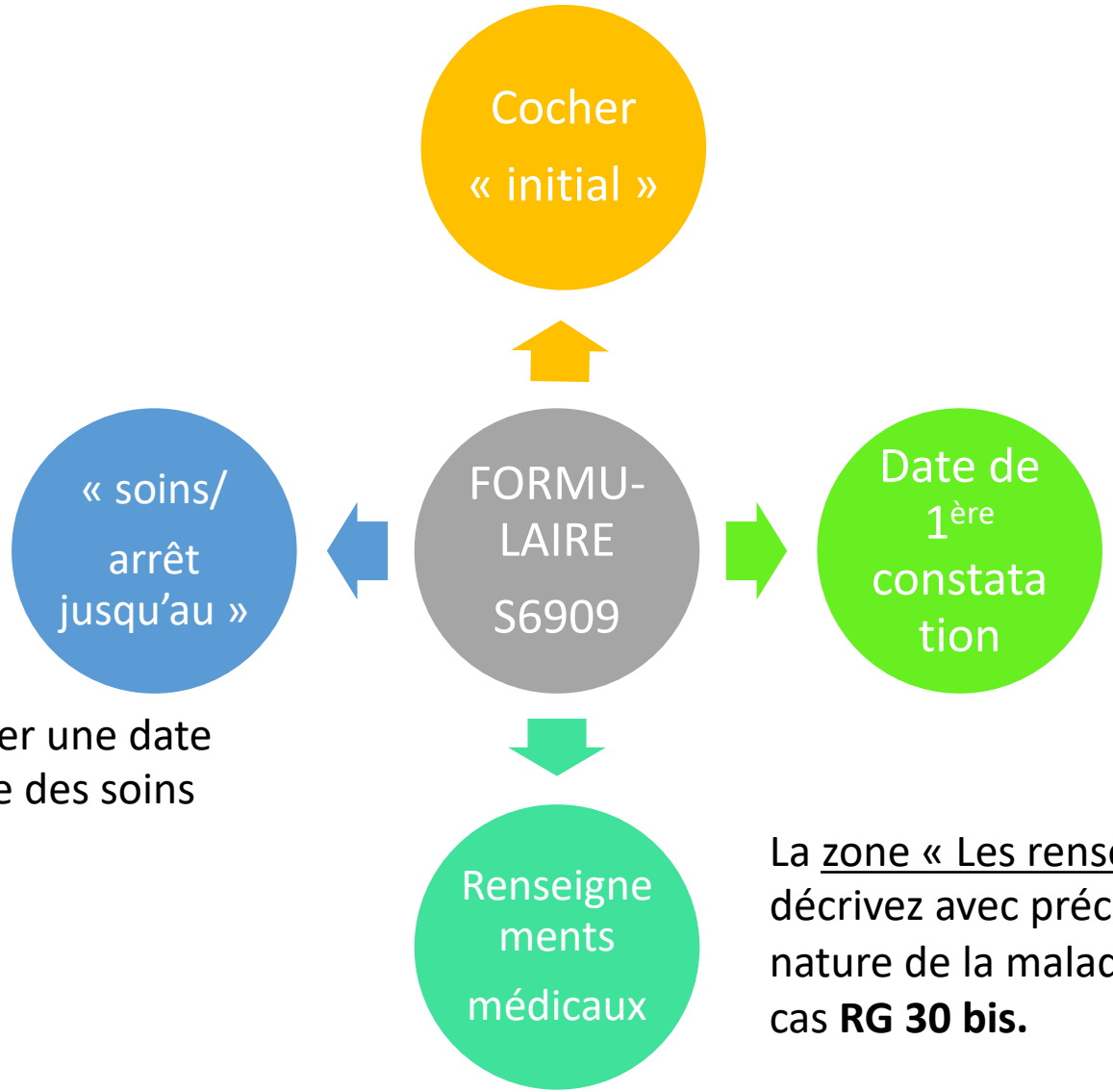
Le décret n° 2017-812 du 5 mai 2017 créé les tableaux n° 52 BIS et n° 99 du régime général et modifie les tableaux n° 57 et n° 79 du régime général .

Ensemble des tableaux commentés du régime général en date du 13/08/2019 (ZIP 17,9 Mo)

Ensemble des tableaux commentés du régime agricole en date du 18/04/2019 (ZIP 9,17 Mo)

EN PARTENARIAT AVEC

Quelles sont les démarches à effectuer par le médecin?



Case « soins jusqu'au » : indiquer une date prévisible de la fin de la période des soins (possibilité de prolongation)

La zone « Les renseignements médicaux » : décrivez avec précision l'état de la victime et la nature de la maladie professionnelle. Dans ce cas **RG 30 bis.**

cerfa

n° 11138*05
CM-PRE

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

X initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

Volet 2, à adresser par le praticien à l'organisme dans les 24 heures *(service administratif)*

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation
nom de famille *(de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)* :
prénom :
adresse où la victime peut être visitée *(si différente de votre adresse habituelle) (1)* :
code postal ville : n° téléphone :
batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ? X
date de l'accident ou de la 1ère constatation médicale de la maladie professionnelle *(voir notice ❶)*
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐ non *(2)* ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :
adresse :
n° téléphone :
courriel :

les renseignements médicaux

● **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) *(voir notice ❷)*

● **conséquences**

- **soins** *(sans arrêt de travail)* ☐ jusqu'au

- **arrêt de travail** ☐ jusqu'au [- *en toutes lettres :* *(à compléter obligatoirement)* et - *en chiffres :*] inclus

SPECIMEN

Captur

cerfa

n° 11138*05
CM-PRE

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☒ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

Volet 2, à adresser par le praticien à l'organisme dans les 24 heures *(service administratif)*

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille *(de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)* :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée *(si différente de votre adresse habituelle) (1)* :

code postal ville : n° téléphone :

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

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un ... d'une maladie professionnelle ? ☒

date de l'accident ou ... adie professionnelle *(voir notice ❶)*

présentation de la feui... onnelle : oui ☐ non (2) ☐

(2) en cas de non présentati... lés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

Décrire l'état clinique et la code de la maladie
RG 30 bis

...nployeur

nom, prénom ou dénor...

adresse :

n° téléphone :

courriel :

Mettre la date de la 1ere constatation

les renseignements médicaux

● **constatations détaillées** (siège ... re des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles f...

● **conséquences**

- **soins** *(sans arrêt de travail)* ☐ jusqu'au

- **arrêt de travail** ☐ jusqu'au
  - *en toutes lettres :* *(à compléter obligatoirement)*
  - et
  - *en chiffres :*

incl...

Captur...

SIMEN

cerfa

n° 11138*05
CM-PRE

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- [x] initial
- [ ] de prolongation
- [ ] final
- [ ] de rechute

Volet 2, à adresser par le praticien à l'organisme dans les 24 heures *(service administratif)*

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille *(de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)* :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée *(si différente de votre adresse habituelle) (1)* :

code postal ville : n° téléphone :

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

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un ... d'une maladie professionnelle ? ☒

date de l'accident ou ... adie professionnelle *(voir notice ❶)*

présentation de la feui... onnelle : oui ☐ non (2) ☐

(2) en cas de non présentati... lés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

...nployeur

nom, prénom ou dénom...

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

- **constatations détaillées** (siège ... re des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles f...

- **conséquences**
  - **soins** *(sans arrêt de travail)* ☐ jusqu'au
  - **arrêt de travail** ☐ jusqu'au
    - *en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)*
    - et
    - *en chiffres :*

incl...

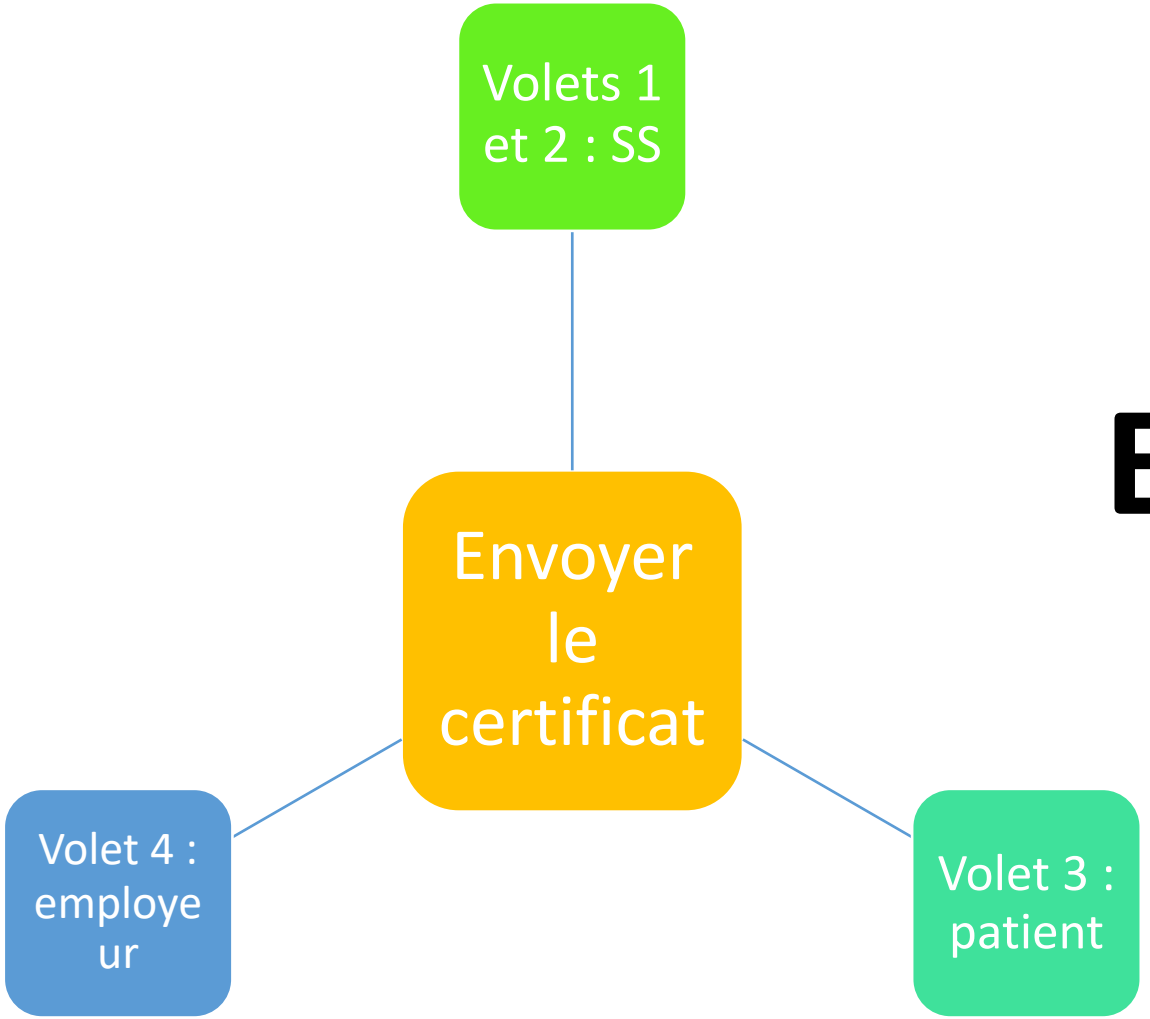
Décrire l'état clinique et la code de la maladie
RG 30 bis

Mettre la date de la 1ere constatation

SIMEN

Captur

Quelles sont les démarches à effectuer par le patient?



ET

Remplir le certificat de déclaration professionnelle (cerfa S6100b)

Cerfa S6100b :

cerfa
° 50562#02

SECURITE SOCIALE

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

NOTICE D'UTILISATION

Madame, Monsieur,

Votre Médecin vient de constater une altération de votre état de santé qu'il estime avoir été causée par les différents travaux que vous avez été amené(e) à effectuer au cours de votre carrière professionnelle.

Afin que votre situation, puisse être examinée par l'organisme d'assurance maladie dont vous dépendez, il convient que vous lui adressiez le plus rapidement possible et au plus tard dans les 15 jours suivant votre arrêt de travail (si votre état de santé justifie un tel arrêt) :

– Les 4 premiers volets (dûment complétés) de cette déclaration (vous conservez le dernier feuillet),

– Les 2 premiers volets du certificat médical établi par votre médecin,

– Le cas échéant, s'il y a arrêt de travail, l'attestation de salaire remplie par votre dernier employeur.

Maladies d'origine professionnelle
(Art. L 461-1 Code sécurité sociale)

cerfa
° 60-3950

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE
DEMANDE MOTIVEE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

SECURITE SOCIALE

Article L 461-1, L 461-5, R 441-11, R 461-3 et 5, D 461-29 du Code de la sécurité sociale
LA VICTIME ENVOIE A SA CAISSE, LES 4 PREMIERS VOLETS, AU PLUS TARD DANS LES 15 JOURS SUIVANT L'ARRET DE TRAVAIL, ET CONSERVE LE 5e VOLET

Première demande OUI NON SI NON, DATE DE LA 1re DEMANDE Réservé CF

VICTIME

d'immatriculation
OM, Prénom
RESSE
te d'embauche
ofession
Qualification professionnelle
Nationalité Française C.E.E. Autre
CPAM

NATURE DE LA MALADIE

oussigné, déclare être atteint de (ou que la victime est atteinte de)
Date de la 1re constatation médicale ou éventuellement de l'arrêt de travail.
Tableau MP
Syndrome

DERNIER EMPLOYEUR

om, Prénom ou raison sociale
resse
N° de Téléphone
CTN
Groupement d'activité

ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

resse
N° de Téléphone
SIRET de l'établissement
méro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux plicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime.

DUREE DE L'EXPOSITION

Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie (1)
Nom et adresse des employeurs | Période du | au | Poste occupé

À remplir par le patient

Et si la maladie ne fait pas partie du tableau de maladie professionnelle ?

- **Peut néanmoins être reconnue comme maladie professionnelle**

- Par le **Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles** (CRRMP), composé d'experts médicaux, qui statue sur le lien de causalité entre la maladie et le travail habituel de la victime

- **Peuvent ainsi être reconnues d'origine professionnelle**
  - les maladies désignées dans un tableau de maladies professionnelles mais pour lesquelles une ou plusieurs conditions ne sont pas remplies,
  - les maladies non désignées dans un tableau de maladies professionnelles, lorsqu'il est établi qu'elles sont essentiellement et directement causées par le travail habituel de la victime et qu'elles entraînent une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % ou sont à l'origine de son décès.

➡ Un courrier d'accompagnement est à rédiger par le médecin et par le patient

Quelques infos : Cancers professionnels

- En France, on estime que **5 à 10%** des cancers sont dus à une exposition professionnelle
- En France, **un ouvrier a quatre fois plus de risque de mourir par cancer qu'un cadre supérieur**
- Exposés à des agents cancérigènes:
  - bâtiment, industrie, nettoyage, maintenance industrielle, réparation automobile, des millions de salariés
- Les plus touchés sont ceux travaillant en **sous traitance et en intérim**

ATTENDU PAR INVS / RECONNU

	ATTENDU	RECONNU
CANCER BRONCHO - PULMONAIRE	2500-5000	458
LEUCEMIE	112-413	27
CANCER DE LA VESSIE	625-1110	7

- L'amiante + tabac: x 60 le risque de développer un cancer du poumon
- Tabac x 5 de risque de développer un cancer du poumon
- Amiante x12 de risque de développer un cancer du poumon

les risques ne s'additionnent pas, ils se multiplient...

Plus un cancer est fréquent et d’origine plurifactorielle plus forte est la sous reconnaissance en maladie professionnelle

Pourquoi une telle sous-déclaration ? InVS juin 2008

1) refus du salarié exprimé clairement

2) refus indirect

- peur de perdre son emploi
- préfère attendre
- absence de gêne ou de gravité

3) bilan récent, explorations en cours, dossier non documenté

4) méconnaissance / pas proposé par médecin traitant (généraliste / spécialiste)

Pourquoi déclarer une maladie professionnelle ?

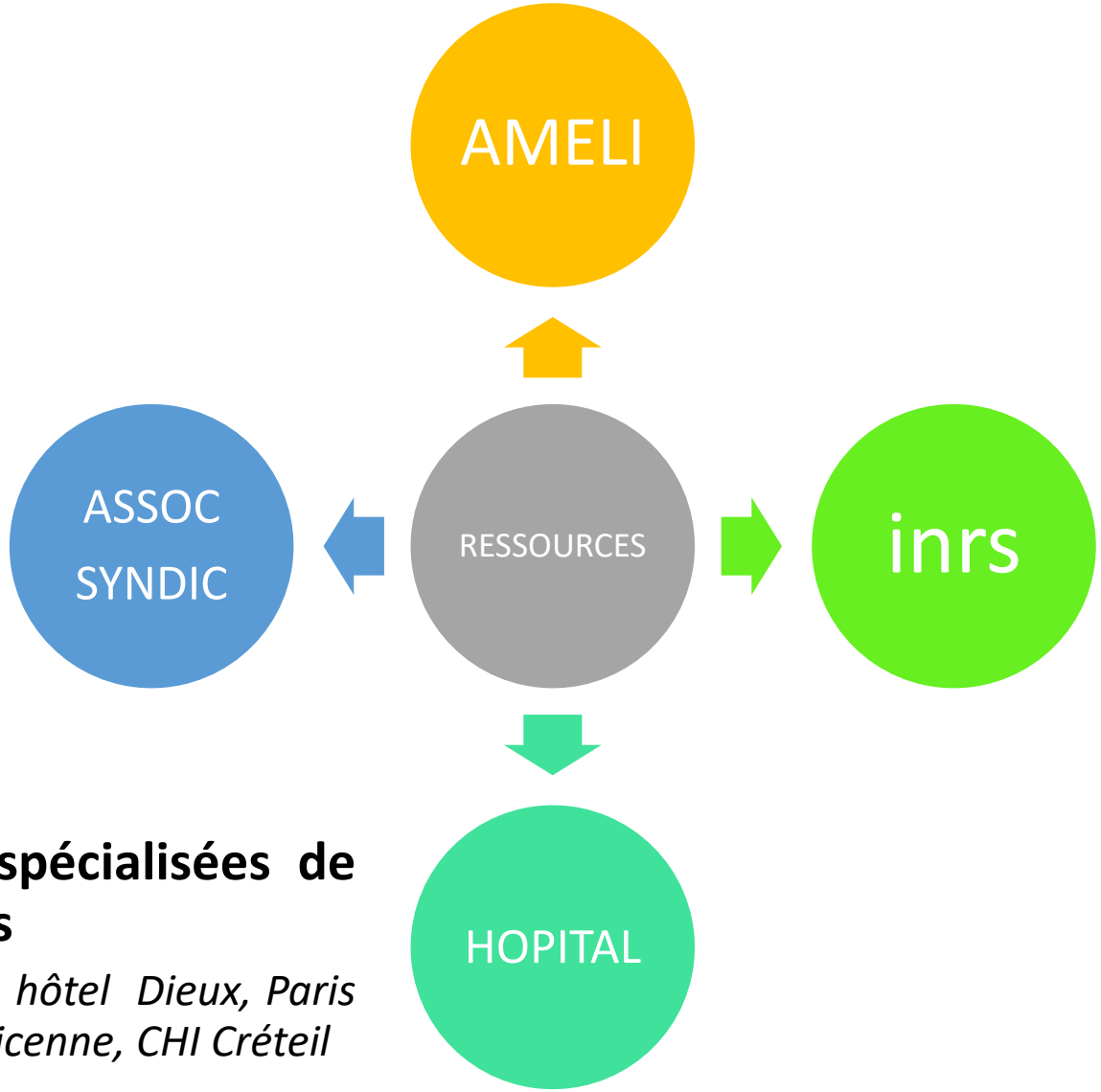
Avantages pour le patient:

- **indemnités journalières** plus élevées;
- **attribution d'une rente d'incapacité permanente partielle (IPP)** ;
- **prise en charge à 100%** des dépenses liées aux soins ;
- **rente de réversion** en cas de décès.
- *Pour l'aminate, Constitution du dossier Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'amiante (FIVA) avec le certificat médical*

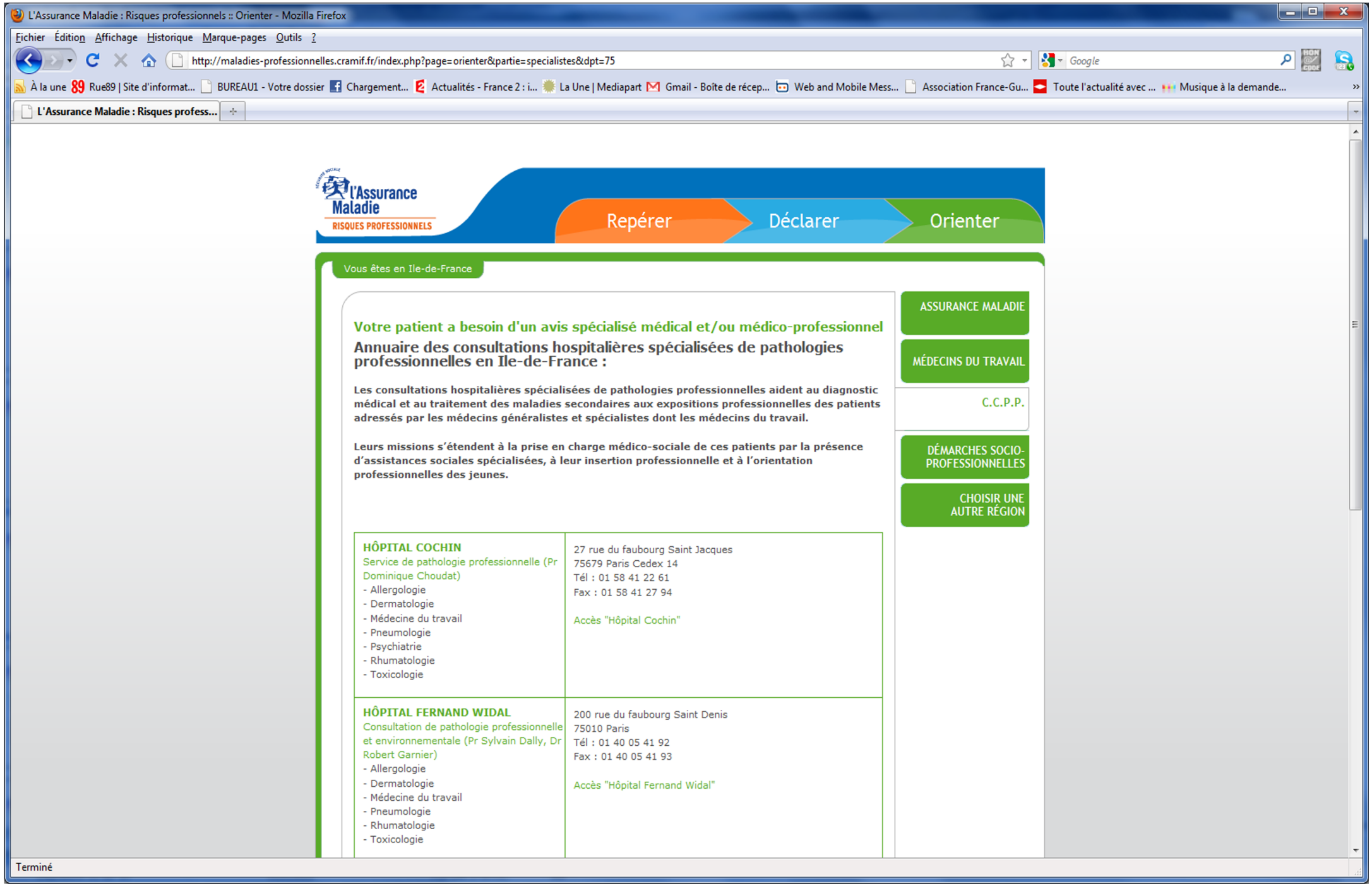
Un outil de santé publique

- permet une organisation plus efficace de **prévention** des expositions professionnelles aux cancérogènes

Les ressources pour aider le médecin et les patients :



- **Consultations hospitalière spécialisées de pathologies professionnelles**
  - Paris : *Hôpital Fernand Widal, hôtel Dieux, Paris centre, Raymond Poincaré, Avicenne, CHI Créteil*


L'Assurance Maladie : Risques professionnels :: Orienter - Mozilla Firefox
Fichier Édition Affichage Historique Marque-pages Outils ?
http://maladies-professionnelles.cramif.fr/index.php?page=orienter&partie=specialistes&dpt=75
Google
L'Assurance Maladie : Risques profess...
L'Assurance Maladie
RISQUES PROFESSIONNELS
Repérer
Déclarer
Orienter
Vous êtes en Ile-de-France
ASSURANCE MALADIE
MÉDECINS DU TRAVAIL
C.C.P.P.
DÉMARCHES SOCIO-PROFESSIONNELLES
CHOISIR UNE AUTRE RÉGION
Votre patient a besoin d'un avis spécialisé médical et/ou médico-professionnel
Annuaire des consultations hospitalières spécialisées de pathologies professionnelles en Ile-de-France :
Les consultations hospitalières spécialisées de pathologies professionnelles aident au diagnostic médical et au traitement des maladies secondaires aux expositions professionnelles des patients adressés par les médecins généralistes et spécialistes dont les médecins du travail.
Leurs missions s'étendent à la prise en charge médico-sociale de ces patients par la présence d'assistances sociales spécialisées, à leur insertion professionnelle et à l'orientation professionnelles des jeunes.
HÔPITAL COCHIN
Service de pathologie professionnelle (Pr Dominique Choudat)
- Allergologie
- Dermatologie
- Médecine du travail
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Rhumatologie
- Toxicologie
27 rue du faubourg Saint Jacques
75679 Paris Cedex 14
Tél : 01 58 41 22 61
Fax : 01 58 41 27 94
Accès "Hôpital Cochin"
HÔPITAL FERNAND WIDAL
Consultation de pathologie professionnelle et environnementale (Pr Sylvain Dally, Dr Robert Garnier)
- Allergologie
- Dermatologie
- Médecine du travail
- Pneumologie
- Rhumatologie
- Toxicologie
200 rue du faubourg Saint Denis
75010 Paris
Tél : 01 40 05 41 92
Fax : 01 40 05 41 93
Accès "Hôpital Fernand Widal"
Terminé

Et surtout, le médecin du travail

conduire les **actions de santé au travail**, afin de préserver la santé des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel

améliorer les conditions de travail prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail

MEDECIN DU TRAVAIL

prévenir le harcèlement moral ou sexuel
prévenir ou de réduire la pénibilité au travail, des délégués du personnel.

surveiller l'état de santé des travailleurs en fonction de leur âge, des risques concernant leur sécurité, leur santé et la pénibilité au travail

conseiller l'employeur, les travailleurs et les représentants du personnel pour éviter ou **diminuer les risques professionnels**

contribuer au **maintien dans l'emploi** des travailleurs.

Le salarié ne peut pas choisir son médecin du travail.

Partie 2 : souffrance psychique, et santé des soignants

ENQUETE SUR LES PROBLEMATIQUES DE SANTE ET LE SUIVI MEDICAL DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE DE SORBONNE UNIVERSITE EN 2020

Introduction :

Les soignants (et de surcroit les étudiants en santé) sont une population à risque
Des alertes au niveau national et international concernant la santé des étudiants ont été émises
De multiples mesures ont été prises pour accompagner les étudiants en santé
Enquête sur les problématiques de santé des internes

Matériel et méthode :

Etude transversale, descriptive, monocentrique

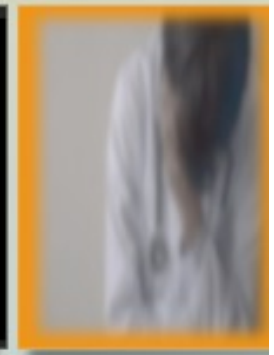
Auprès de 285 étudiants en médecine générale de Sorbonne Université

Entre juillet et septembre 2020

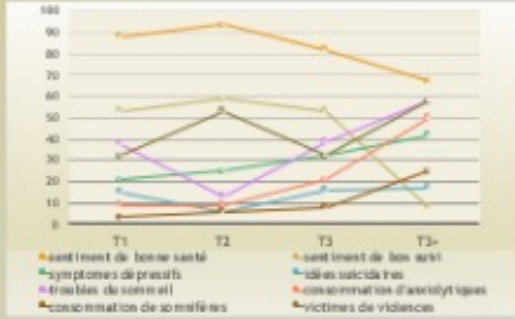
A partir d'un questionnaire en 6 parties, anonyme, transmis via « google forms »

Deux analyses : descriptive et comparative avec CHI 2

Et si nos futurs médecins étaient malades ?



Résultats



Discussion :

Forces : questionnaire standardisé, anonyme, en ligne, à distance de la prise de fonction des internes
Limites : monocentrique, 41% de réponses, 4 ans après le rapport de Donata Marra
Discussion : malgré les alertes et mesures mises en place, les choses ne s'améliorent pas voire s'aggravent sur certains aspects depuis les 8 dernières années,
Par rapport à la population générale, les étudiants en santé ont une santé psychologique inquiétante

Conclusion :

* Peu de suivi médical correct
* Nombreux freins aux soins
* Dégradation de l'état de santé psychologique des étudiants
* Nécessité de prise de conscience

MÉDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ

Thèse rédigée par le Dr Alexandre Amanou
sous la direction du Dr Ferry Mégot

Les informations pratiques

Modalités de consultation

Joindre le secrétariat par mail elodie.choisy@aphp.fr en précisant :

«demande de consultation projet ETAPE»

Pour participer au dispositif, il vous sera demandé de répondre à un questionnaire de pré-inclusion afin de respecter un certain nombre de critères

Lieu de consultation

Hôpital Raymond Poincaré
Service des consultations

Hôpital Raymond Poincaré
104 Boulevard Raymond Poincaré
92380 GARCHES

Service de Pathologies Professionnelles
Unité Santé Psychique et Travail
CRPPE

MÉDECIN COORDONNATEUR
Dr Clément DURET

MÉDECINS ATTACHÉS
Dr Florence DANZIN
Dr Haïfa HELALI
Dr Pénélope JAUFFRET

PSYCHOLOGUES
Dr. Stéphanie NANN
Pr. Lucia ROMO
Emilie TARADE

ASSISTANTE SOCIALE
Gaëlle CHAPLAIN

SECRÉTARIAT
Mme Elodie CHOISY
E. mail : elodie.choisy@aphp.fr
☏ 01.71.14.49.40
🖷 01.47.10.77.68

http://patho-pro-garches.aphp.fr/

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Dispositif ETAPE

Aide aux soignants présentant une atteinte de leur santé psychique en lien avec leur travail

► Objectifs :

Vous apporter un bilan adapté et spécialisé de votre situation médico-professionnelle.

Selon l'évaluation, nous vous proposerons une orientation spécialisée externe ou une prise en charge en interne.

► Confidentialité :

La confidentialité absolue est fondamentale, il n'y aura pas d'accès possibles à vos informations (dossier papier et informatique).

► Ce dispositif s'adresse à vous si :

- Vous êtes soignants ou exercer un métier paramédical.
- Hospitalier, libéral ou salarié.
- Résidez en île de France
- Vous vivez une situation de difficultés professionnelles importantes.

➢ Vous présentez des symptômes psychiques importants, (souffrance patente; traitement; arrêt de travail…)

► Notre offre :

Un bilan initial pluridisciplinaire

en une fois (HDJ) avec :

- Un bilan psychologique (questionnaires + entretien)
- Une consultation avec un psychiatre
- Une évaluation médico-professionnelle

Analyse précise des conditions de travail perçues, du fonctionnement individuel au travail.

- Un entretien avec l'assistante sociale
- Une séance de psychoéducation

Information et prévention sur différents thèmes : stress, épuisement professionnel, anxiété, dépression ou traumatisme.

La suite de prise en charge dépendra du réseau de soin déjà en place et des besoins individuels.

Nous développons des prises en charge spécifiques sur l'épuisement professionnel.

Notre service

Le service de pathologies professionnelles de Garches est spécialisé dans les atteintes de la santé en lien avec le travail, et a développé une expertise dans les atteintes psychiques.

Attention ⚠

Si vous présentez des difficultés psychologiques anciennes, le protocole proposé n'est pas le plus adapté pour vous, un suivi individualisé avec un psychiatre traitant est nécessaire.

Si vous ressentez des symptômes très intenses, y compris des idées noires, il est important d'agir vite pour vous protéger. Vous pouvez contacter en urgence et 24h/24 les lignes d'écoutes et d'aides des services d'urgences psychiatriques proches de chez vous ou le 15

Perte de motivation, d’envie

Troubles du sommeil, anxiété, irritabilité, diminution de la concentration et de l’efficience

Dépression, fatigue chronique

Se poser la question du changement

Eléments du syndrome d’épuisement professionnel

Travailler mécaniquement, perte d’empathie

Somatisations diverses

Perte de sens au travail, perte de plaisir

Se sentir moins impliqué, voire devenir maltraitant

Travail en relation avec l'humain, le public

Isolement

Contraintes horaires

Contraintes logistiques

Evolution de la société actuelle (exigence, rapidité, disponibilité)

Facteurs de risque psychosociaux

Manque de reconnaissance

Abondance des démarches

Absence de limites

Relations avec les instances de tutelle

Fatigue

Manque de temps pour soi/activités annexes

Contexte familial, manque d’entourage

Facteurs de risque personnels

Personnalité

Charge mentale

Capacités d’organisation

Conflits personnels

Difficultés à prendre de la distance, à déconnecter

MERCI DE VOTRE ATTENTION