

NUMÉRO SPÉCIAL

Actu APH

La revue d'Action Praticiens Hôpital



JUIN / 2025

APH VOUS DIT TOUT SUR LA PRÉVOYANCE



LE GUIDE DE LA PRÉVOYANCE
DU PRATICIEN À L'HÔPITAL



OUI, nous *consolidons* votre prévoyance en tenant compte des spécificités de votre métier

- ✓ **1^{er} assureur des professionnels de santé**, la MACSF connaît votre métier.
- ✓ **Barème d'invalidité spécifique** à votre profession.
- ✓ **Maintien jusqu'à 100%** de vos revenus et frais professionnels.
- ✓ **Accompagnement au plus proche de vos besoins** et facilité par un regroupement de tous les intervenants (services commercial, sinistres et comité médical).
- ✓ **Conseiller dédié** et non commissionné.
- ✓ **Rendez-vous** en agence, sur votre lieu d'exercice ou chez vous :



Toute l'expertise MACSF dans un RDV Diagnostic.

Ensemble, prenons soin de demain

3233 Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

PUBLICITÉ



ÊTRE À VOS CÔTÉS POUR UNE PRATIQUE MÉDICALE PLUS SEREINE

Des solutions de prévention et d'assurance pour :

- vous accompagner dans la maîtrise globale de vos risques,
- mieux sécuriser la délivrance des soins et réduire le coût des risques.



En savoir plus
en scannant le QR Code

relyens.eu



Relyens Mutual Insurance

Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances
18 rue Edouard Rochet - 69372 Lyon cedex 08 - 779 860 881 RCS Lyon



Service Client

04 72 75 20 00

client.santesocial@relyens.eu



GRUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES



remercie pour leur soutien financier



Internes, Praticiens Hospitaliers et Libéraux



SOMMAIRE

Edito	4
Impacts des derniers décrets	6
Les différents congés.....	9
La parentalité	20
Accident du travail ou maladie professionnelle.....	30
L'invalidité.....	34
La reprise à temps partiel	40
Le décès du PH.....	59
L'entraide au niveau du CNOM ...	67
La CESP.....	69
Les propositions d'APH	71
Les recommandations d'APH.....	72

Actu'APH

ISSN : 2678-3606

aph-france.fr

Directrice de publication

Sophie DUBOS

Numéro spécial Prévoyance

Comité de rédaction

Jean-François CIBIEN

David GUÉNET

Editeur

Createek

contact@createek.fr

Impression

MAQPRINT GROUPE

Photos

Adobe Stock

Canva Pro

Createek

Centre National de Gestion

Annonces

MACSF

RELYENS

GPM

APPA

BESSE

MNH

PH SERVICES

PROGRAMME M

APHNU



EDITO

Des intérêts au pluriel de souscrire une prévoyance pour les praticiens hospitaliers ou hospitalo-universitaires ou simplement désintéressés par ignorance ?

Nous avons de plus en plus de sollicitations de praticiens, tous statuts confondus, en difficulté et qui s'interrogent dans le cadre de congé maladie avec en particulier des questions sur les possibilités de reprise sur des temps partiels thérapeutiques. Plus rarement nous sommes également consultés sur les droits et les aides pour les ayants droits lorsque le praticien décède.

Devant le nombre de demandes et surtout face à la méconnaissance des praticiens sur cette thématique, Action Praticiens Hôpital a décidé de réaliser un document synthétique sur les droits des praticiens dans le but de vous informer en les détaillant selon votre statut.

Ce livret vous précisera les différentes garanties statutaires vis à vis des droits à congés dont dispose chaque praticien en abordant également la maladie, les accidents de travail, les maladies professionnelles, le décès.

Avec la mise en place des nouveaux décrets alignant les droits des personnels médicaux avec ceux des fonctionnaires, des avancées significatives ont été obtenues grâce à l'action des syndicats, notamment d'Action Praticiens Hôpital (APH). Ses droits concernent essentiellement les droits à congés et sont longuement détaillés en reprenant l'ensemble des textes en vigueur.

Cependant, malgré toutes les garanties statutaires, force est de constater que le niveau de couverture des dispositifs actuels et en particulier en cas de sinistre grave, que ce soit pour incapacité à travailler sur une longue période, invalidité ou décès, est loin de couvrir la totalité du salaire du praticien. Cet élément est encore plus marqué depuis que l'IESPE a été portée à 1010 euros par mois et le sera encore plus avec le passage à 90% de l'assiette du salaire de base du praticien pour le calcul des indemnités pour les congés maladie, éléments qui se cumulent déjà à la perte des émoluments des gardes et astreintes.

Vous pourrez constater que dans ce document nous avons des supports variés qui détaillent des offres de nos partenaires qui vous sont proposées. Nous vous expliquons également les systèmes d'entraide existant pour les Ordres des pharmaciens et des médecins et qui peuvent aider des praticiens en difficulté comme leur famille en cas de décès.

Notre volonté est de vous donner quelques conseils dont le premier d'entre eux est de souscrire à une prévoyance en vous indiquant ce qu'il vous faut analyser dans votre contrat pour être le mieux protégé possible. Effectivement, Action Praticiens Hôpital vous recommande de prendre une prévoyance et nous allons vous aider à comprendre la nécessité de cette démarche qui aujourd'hui est individuelle et qui vous permettra de garantir vos revenus en cas de nécessité.

Si cette démarche d'adhésion est personnelle à chacun d'entre nous, sachez qu'Action Praticiens Hôpital porte au niveau du Ministère de la Santé depuis 5 ans que cette notion de prévoyance soit incluse dans la protection sociale proposée dans la fonction publique hospitalière pour garantir le salaire des soignants et des praticiens.

Pour terminer, si malgré tous nos conseils vous pensez encore que la prévoyance c'est pour les autres, rappelez-vous au sujet d'une autre thématique que la Responsabilité Civile Professionnelle est également une assurance indispensable qui vous protège en cas de sinistre ou de litige avec votre administration et vous permet d'être mieux défendus.

En conclusion, pour Action Praticiens Hôpital nous ne pouvons donc que vous conseiller d'opter pour une prévoyance si vous n'en disposez pas à date et de réaliser une étude comparative auprès de nos partenaires. Nous rappelons également la nécessité de réaliser un bilan annuel sur le niveau de couverture que vous avez choisi auprès de votre prévoyance pour garantir vos revenus en cas de problèmes ou d'accidents qui hélas n'arrivent pas qu'aux autres...

Jean-François Cibien

IMPACTS DES DÉCRETS N°2025-197 ET N°2025-198 DU 27 FÉVRIER 2025, PUBLIÉS AU JO DU 28 FÉVRIER 2025, SUR L'INDEMNISATION DU CONGÉ DE MALADIE DIT ORDINAIRE (CMO) AUX PRATICIENS ET ÉTUDIANTS EN MÉDECINE, ET AUX PERSONNELS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES¹

Depuis l'entrée en vigueur de ces textes pour s'aligner et malgré l'opposition unanime de toutes les organisations syndicales des praticiens hospitalier lors du Conseil Supérieur des Professions Médicales avec élément assez rare pour être souligné un vote négatif de la FHF pour le collège des employeurs les émoluments hospitaliers de tous les praticiens ont été impactés par cette loi inique. Drôle de remerciements de la part d'un gouvernement qui aligne les hospitaliers sur le reste de la Fonction Publique certainement pour féliciter les soignants, les praticiens et les internes pour leur engagement sans faille dans les soins prodigués à nos concitoyens.



Dr Jean-François CIBIEN, Président d'Action Praticiens Hôpital

Depuis l'entrée en vigueur de ces textes et malgré l'opposition unanime de toutes les organisations syndicales des praticiens hospitaliers lors du Conseil Supérieur des Professions Médicales, avec élément assez rare pour être souligné un vote négatif de la FHF pour le collège des employeurs, élément assez rare pour être souligné, les émoluments hospitaliers de tous les praticiens ont été impactés par cette loi inique. Drôle de remerciements de la part d'un gouvernement qui aligne les hospitaliers sur le reste de la Fonction Publique certainement pour féliciter les soignants, les praticiens et les internes pour leur engagement sans faille dans les soins prodigués à nos concitoyens.

A compter du 1^{er} mars 2025, cette mesure est applicable aux Congés Maladie Ordinaire (CMO), renouvellement inclus. Les CMO en cours, dont le terme était postérieur à cette date, restent régis par les dispositions antérieures.

Quelles sont les conséquences sur vos indemnités en cas de CMO qui viennent se surajouter au jour de carence ? L'assiette de cotisation est impactée sur l'ensemble de vos émoluments soit votre salaire de base mais également la totalité de vos primes d'exercice qui seront compensées sur une base de 90 % par

votre établissement sauf la prime de solidarité territoriale qui demeure exclue de l'indemnisation.

La portée de cette mesure en termes de valorisation :

- **Pour tous les praticiens** : 90 % de leur traitement durant les trois premiers mois d'un CMO, en lieu et place du plein traitement (et de la rémunération universitaire le cas échéant) ;
- **Pour les praticiens hospitaliers** : 90 % de leurs primes et indemnités visant à développer une activité territoriale ou le travail en réseau (prime d'exercice territorial et indemnité d'activité sectorielle et de liaison) et l'indemnité d'engagement de service public exclusif ;
- **Pour les praticiens contractuels (ancien et nouveau statut) comme pour les praticiens associés, les praticiens associés contractuels temporaires et les assistants associés** : 90 % de la prime d'exercice territorial ;
- **Pour les assistants des hôpitaux et les praticiens attachés** : 90 % de la prime d'exercice territorial et l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

Pour les PU-PH et les MCU-PH le supplément familial de traitement (SFT) est maintenu dans sa totalité durant la période du CMO.

¹ Publication au JO du 15 février 2025 de la Loi n°2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025

PRATICIEN HOSPITALIER,
INTERNE ET DOCTEUR JUNIOR



GRUPE
PASTEUR
MUTUALITÉ



LE CONTRAT CPH*, S'ADAPTE À VOTRE SITUATION !

Groupe Pasteur Mutualité au service des Hospitaliers dès l'internat, avec un accompagnement mutualiste, vous propose des offres complètes et souples qui répondent à vos besoins de prévoyances pour maintenir vos revenus et protéger vos proches

* Contrat Praticien Hospitalier assuré par AGMF Prévoyance - Union de Mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, située au 1 Boulevard Pasteur - CS 32 563 - 75724 PARIS CEDEX 15.

A ce titre, pour les autres praticiens, tout statut confondu, force est de constater que si toutes les mesures péjoratives appliquées aux fonctionnaires sont immédiatement déclinées pour les praticiens certaines mesures comme le SFT ne sont pas appliquées pour les praticiens hospitaliers.

Pour information, si de façon rétroactive, le CMO du praticien est requalifié en congé de longue maladie (CLM), congé de longue durée (CLD) il percevra un rappel de traitement à hauteur de 10 % sur l'ensemble de l'assiette pour les trois premiers mois du congé.

Pour rappel, en cas d'accident de travail, le praticien perçoit l'intégralité des indemnités qui sont calculées sur la totalité de l'assiette de son salaire incluant les primes pendant les 6 premiers mois de son arrêt.

La perte de salaire mensuelle d'un praticien 5^{ème} échelon s'élève à minima à 527 euros plus 101 euros d'IESPE – sans oublier 10 % de la PET et de l'AIS – et sans compter la perte des gardes et des astreintes, du temps de travail additionnel qui sont exclus de l'assiette de calcul des éléments pris en compte pour le versement des indemnités en cas de CMO. En plus de la gestion de sa maladie, le praticien pourra se retrouver en difficultés financières, élément à prendre en considération car la maladie peut atteindre aussi celles et ceux qui soignent...



Haro sur les CM

Au travers de ces éléments et de l'impact financier de l'application de ces décrets, Action Praticiens Hôpital, union d'Avenir Hospitalier et de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux ne peut que préconiser à tous les praticiens de souscrire à une prévoyance. APH vous conseille également et surtout d'avoir un médecin traitant pour assurer votre suivi médical et de vous occuper de votre santé.

APH et ses syndicats constituants continueront de porter le juste combat pour :

- Une prise en compte de la totalité du salaire de l'année N-1 dans l'assiette du calcul des indemnités à verser au praticien en incluant gardes, astreintes et TTA ;
- La participation des établissements de santé pour la prévoyance des praticiens, tous statuts confondus, avec la prise en charge d'une cotisation minimale leur ouvrant des droits et en leur laissant la possibilité de souscrire de façon autonome au niveau de prévoyance qu'ils souhaitent pour conserver les indemnités qu'ils veulent garantir en cas de maladie ou d'accident.



LES CONGÉS MALADIES ORDINAIRES, LONGUE MALADIE ET LONGUE DURÉE

Les Congés maladies ordinaire, longue maladie, longue durée - les maladies professionnelles et les accidents du travail sont régis par le Code de la santé publique et le Code de la sécurité sociale. Action Praticiens Hôpital vous donne les clefs afin de connaître sous quelles conditions ils sont accordés et avec quelles indemnisations. APH rappelle l'importance pour le praticien de contracter une couverture prévoyance pour lui assurer un maintien de revenu suffisant en complément des garanties statutaires dont il bénéficie. APH insiste sur cet élément d'autant plus que la Loi vient d'être modifiée au 1^{er} mars 2025 et rogne encore un peu plus les revenus des praticiens dans ces situations.



Dr David GUÉNET, Secrétaire Général Adjoint d'Action Praticiens Hôpital

Avant de voir les particularités de chacun de ces congés, voyons tout d'abord les points communs.

En premier lieu, attention à bien comprendre ce que signifie les émoluments de base ; il s'agit du salaire de base, sans prime ni autre indemnisation ; l'IESPE et les autres primes ne sont intégrées dans la base du calcul que les 3 premiers mois (Art. R152-23-1, 4^{ème} et 6^{ème} alinéa du CSP). Pour l'assistant des hôpitaux, c'est aussi 3 mois par contrat d'engagement.

Qui vous indemnise ?

Les indemnités journalières (IJ) sont en règle générale directement versées par votre établissement sur le principe de la subrogation mais ce n'est pas toujours le cas... Il peut arriver que ces IJ vous soient directement versées par l'Assurance Maladie avec le complément de salaire qui est payé par votre établissement. Dans ce cas, n'hésitez pas à demander que votre établissement demande la subrogation à votre caisse : ainsi, votre établissement vous versera également les IJ et l'ensemble des éléments comptables seront détaillés sur votre fiche de paye. Dans certains cas, comme vous le verrez, cette notion de subrogation est inscrite dans le CSP ou dans les décrets des divers statuts.

Conseil : pour votre imposition, la Caisse Primaire déclare le versement de ces IJ aux impôts même si c'est votre établissement qui vous les paye sur le principe de la subrogation. **Pensez donc à demander à votre établissement une attestation expliquant les modalités de versement pour ne pas être imposé deux fois...**

Les congés annuels non pris du fait de ces congés sont reportés dans la limite de vingt jours, sur une période de quinze mois à compter de la date de reprise des fonctions (article R6152-35-3). Les RTT ne peuvent pas être reportés.

En cas de cessation définitive de fonctions faisant suite à des congés pour maladie n'ayant pas permis le report effectif des congés annuels non pris, à une inaptitude physique définitive ou à un décès du praticien, le praticien, ou en cas de décès ses ayants droit, bénéficient d'une indemnisation proportionnelle au nombre de jours de congés annuels non pris. Le montant journalier de cette indemnisation se calcule par référence à la rémunération versée au praticien pendant ses congés annuels.

Ces modalités s'appliquent aussi bien aux praticiens hospitaliers qu'aux praticiens contractuels.

CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE - CMO

Il est régi par l'article R6152-37 du CSP pour les praticiens hospitaliers, l'article R6152-360 pour les praticiens contractuels et l'article R6152-521 pour les assistants des hôpitaux.

La durée totale maximale du congé est de 12 mois. Le CMO concerne toutes maladies ne présentant pas de gravité particulière. C'est le Directeur d'Établissement qui a autorité compétente pour placer le praticien en CMO.

Le praticien doit envoyer les volets 1 et 2 de l'arrêt maladie à la CPAM et le volet 3 au directeur de son établissement, le tout dans les 48 heures.

Pour le praticien hospitalier, le Code de la Santé Publique prévoit différents cas où le Comité Médical doit être saisi :

- Après 6 mois consécutifs de CMO pour une prolongation de celui-ci (durée maximale : 6 mois).
- Pour une reprise de l'activité au-delà de 12 mois de CMO afin de juger l'aptitude (ou pas) du praticien à reprendre son activité.

Donc, au-delà de 12 mois d'arrêt, le Comité Médical doit systématiquement être saisi et rendre un avis.

Au-delà d'un an, le praticien hospitalier perçoit des Indemnités Journalières versées par la Sécurité Sociale dans la limite du plafond annuel de la SS (PASS) fixé à 47 100 € pour 2025, soit un plafond mensuel de 3 925 € (bruts) ; ces indemnités sont versées durant 2 ans puis le praticien est placé en invalidité s'il ne peut reprendre son activité.

Pour un praticien contractuel, ce congé de maladie n'a pas pour effet de prolonger la durée de son contrat en cours.

Si le praticien contractuel n'est pas reconnu apte après 12 mois de CMO, il est licencié selon les conditions prévues à l'article R6152.820.

Pour les praticiens contractuels en fonction à la date de publication du [décret n° 2022-135](#) du 5 février 2022, que nous appellerons « **ancien statut des praticiens contractuels** », les modalités d'indemnisations sont identiques. Ce sont les articles R6152-418-1 et R 6152-416 du CSP qui s'appliquent.

A l'expiration des droits à congé, un congé sans

rémunération lié à l'état de santé, d'une durée de trois ans au maximum peut être accordé au praticien contractuel, sur sa demande et après avis du comité médical mentionné à l'article R6152-36, lorsqu'il ne peut reprendre ses activités pour raison de santé.

Pour l'Assistant des hôpitaux, la rémunération s'effectue selon le 1 alinéa de l'article R6152-514.

Un congé sans rémunération lié à l'état de santé d'une durée de douze mois au maximum peut être accordé à l'assistant des hôpitaux, sur sa demande, après avis du comité médical mentionné à l'[article R6152-36](#) lorsque l'intéressé ne peut, à l'expiration de ses droits à congé de maladie, reprendre ses activités pour raison de santé.

A l'expiration des droits aux congés de maladie ou d'un congé sans rémunération lié à l'état de santé, le comité médical se prononce sur l'aptitude de l'intéressé à ses fonctions.



Les dispositions de la présente section demeurent applicables aux seuls praticiens attachés en fonction à la date de publication du [décret n° 2022-135](#) du 5 février 2022.

Selon l'[article R6152-615 du CSP](#), en cas de maladie dûment constatée et attestée par un certificat médical mettant le praticien attaché dans l'impossibilité d'exercer, celui-ci est de



Décret 2022-135

droit mis en congé par décision du directeur de l'établissement.

Après un an de fonctions ou dès leur nomination s'ils sont anciens chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, anciens assistants hospitaliers universitaires, anciens assistants des universités-assistants des hôpitaux, assistants des structures de consultation et de traitement dentaires, anciens assistants spécialistes ou généralistes des hôpitaux, anciens praticiens adjoints contractuels, les praticiens attachés effectuant au moins trois demi-journées par semaine dans le cadre d'un même contrat ont droit, pendant une période de douze mois consécutifs, à un congé maladie de trois mois pendant lequel ils perçoivent 90% des émoluments correspondant à leur quotité de travail et de six mois supplémentaires au cours desquels lesdits émoluments sont réduits de moitié.

Si à l'issue de neuf mois de congé de maladie au cours d'une même période de douze mois, si l'intéressé n'est pas en mesure de reprendre son service, un congé non rémunéré, dont la durée ne peut excéder un an, peut être accordé par le directeur de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement ou, le cas échéant, du président de la commission médicale d'établissement locale.

La durée de ce congé peut être portée à deux ans au maximum pour ceux des intéressés qui bénéficient d'un contrat de trois ans ou d'un contrat à durée indéterminée.

Le versement de l'indemnité d'engagement de service public exclusif est maintenu en congé de maladie pendant une période qui ne peut excéder trois mois par contrat d'engagement de service public exclusif.

Selon l'[article R6152-629](#), modifié par le [décret n°2010-1137 du 29 septembre 2010 - art. 65](#), lorsque, à l'issue des différents congés maladie, longue maladie, longue durée, accident du travail, le praticien attaché bénéficiant d'un contrat de trois ans ou d'un contrat à durée indéterminée est déclaré définitivement inapte par le comité médical prévu à l'[article R6152-36](#), il est licencié. Les congés annuels restant éventuellement dus font l'objet d'une régularisation.

Le praticien attaché qui bénéficie d'un contrat triennal ou d'un contrat à durée indéterminée peut être licencié, après avis de la commission médicale d'établissement ou, le cas échéant, du comité consultatif médical. Le préavis est alors de trois mois. La décision de licenciement prononcée par le directeur est motivée.

Le praticien a droit à une indemnité égale au montant des émoluments afférents au dernier mois d'activité, multiplié par le nombre d'années de services effectifs réalisés dans l'établissement concerné, dans la limite de douze. Au-delà des années pleines, une durée de service égale ou supérieure à six mois est comptée pour un an ; une durée de service inférieure à six mois n'est pas prise en compte pour le calcul des droits. Sont prises en compte, dès lors qu'elles ont été effectuées de manière consécutive, les fonctions exercées en qualité de praticien attaché ainsi que les fonctions exercées en qualité d'attaché pour les praticiens ayant bénéficié des dispositions de l'[article 33 du décret n° 2003-769 du 1^{er} août 2003](#).





Selon l'article 92 du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et les assistants hospitaliers universitaires

ont droit, à un congé de maladie d'une durée maximale de douze mois consécutifs, en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions.

Les dispositions de l'**article 25 du décret du 14 mars 1986 susvisé** sont applicables aux chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et aux assistants hospitaliers universitaires. La rémunération à prendre en compte pour l'application du troisième alinéa du même article 25 comprend la rémunération universitaire et les émoluments hospitaliers ainsi que les primes et indemnités accordées à l'agent dans les conditions prévues à l'article 91 du présent décret.

Si, à l'expiration d'un congé de maladie, l'intéressé est temporairement inapte à reprendre ses activités, il est placé sur sa demande en congé sans rémunération pour une durée maximale de douze mois, après avis du comité médical mentionné à l'**article R6152-36 du code de la santé publique**. A l'issue d'un congé de maladie ou d'un congé sans rémunération de douze mois, le comité médical se prononce sur l'aptitude de l'intéressé à ses fonctions.

Lorsqu'il a été médicalement constaté par le comité médical que l'intéressé se trouve

L'offre de reclassement proposée à l'intéressé est écrite et précise.

atteint d'une inaptitude à occuper ses fonctions, l'autorité investie du pouvoir de recrutement cherche à reclasser celui-ci. L'offre de reclassement proposée à l'intéressé est écrite et précise. Elle concerne les emplois relevant de l'autorité ayant le pouvoir de recrutement. Celle-ci invite l'intéressé à faire connaître sa décision sous un mois à compter de sa notification. A défaut de réponse de l'intéressé ou en cas de réponse négative de sa part, il est licencié. Lorsque le reclassement de l'intéressé s'avère impossible, celui-ci est licencié.

Selon l'article 93 du même décret, les employeurs des chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et des assistants hospitaliers universitaires sont, chacun en ce qui le concerne, subrogés dans les droits de l'assuré aux prestations en espèces de la sécurité sociale dans les conditions prévues aux **articles R323-11** et **R433-12** du code de la sécurité sociale.



L'Association APPA a été créée par des praticiens hospitaliers pour pallier les lacunes de nos différents statuts en matière de protection sociale.

En 2025, près de 11 000 collègues, exerçant dans toutes les spécialités, ont choisi de participer à cette dynamique, à travers leur adhésion à l'Association.

Pilotée par les praticiens, l'APPA a négocié des couvertures complètes et adaptées à votre activité hospitalière et à tous vos revenus.

Grâce à ses solutions de prévoyance et santé, l'APPA vous garantit une gestion simple, rapide et humaine, qui répond, de manière personnalisée, à chaque situation personnelle, individuelle ou familiale.

POURQUOI NOUS REJOINDRE ?



Pour tout savoir sur la protection sociale des praticiens hospitaliers et vous protéger, ainsi que votre famille



Pour intégrer une communauté de praticiens hospitaliers de toutes générations, toutes spécialités et sur tous les territoires



Pour bénéficier du Fonds d'Intervention de l'APPA en cas de difficulté financière exceptionnelle



Pour être accompagné dans une démarche de prévention en santé coupdeblouse.org



PLUS D'INFOS
appa-asso.org



@APPA1901



@APPA_ASSO



@ASSOCIATION APPA



@APPA

CONGÉ DE LONGUE MALADIE - CLM

Article R6152-38 du CSP pour les praticiens hospitaliers, l'article R6152-362 du CSP pour les praticiens contractuels et l'article R6152-522 pour les assistants des hôpitaux.

Les maladies concernées sont celles présentant une gravité particulière et qui rend nécessaire un traitement et des soins coûteux et prolongés.

Il existe une liste indicative de maladies publiée dans l'arrêté du 14 mars 1986 « relatif à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie ». Voici un extrait de cet arrêté :

Article 1

Un fonctionnaire est mis en congé de longue maladie lorsqu'il est dûment constaté qu'il est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions au cours d'une des affections suivantes lorsqu'elle est devenue invalidante :

1. Hémopathies graves.
2. Insuffisance respiratoire chronique grave.
3. Hypertension artérielle avec retentissement viscéral sévère.
4. Lèpre mutilante ou paralytique.
5. Maladies cardiaques et vasculaires : angine de poitrine invalidante, infarctus myocardique, suites immédiates de la chirurgie cardio-vasculaire, complications invalidantes des artériopathies chroniques, troubles du rythme et de la conduction invalidante, cœur pulmonaire postembolique, insuffisance cardiaque sévère (cardiomyopathies notamment).
6. Maladies du système nerveux : accidents vasculaires cérébraux ; processus expansifs intracrâniens ou intrarachidiens non malins ; syndromes extrapyramidaux : maladie de Parkinson et autres syndromes extrapyramidaux ; syndromes cérébelleux chroniques ; sclérose en plaques ; myélopathies ; encéphalopathies subaiguës ou chroniques ; neuropathies périphériques : polynévrites, multinévrites, polyradiculonévrites ; amyotrophies spinales progressives ; dystrophies musculaires progressives ; myasthénie.
7. Affections évolutives de l'appareil oculaire avec menace de cécité.
8. Néphropathies avec insuffisance rénale relevant de l'hémodialyse ou de la transplantation.
9. Rhumatismes chroniques invalidants, inflammatoires ou dégénératifs.
10. Maladies invalidantes de l'appareil digestif : maladie de Crohn ; recto-colite hémorragique ; pancréatites chroniques ; hépatites chroniques cirrhogènes.
11. Collagénoses diffuses, polymyosites.
12. Endocrinopathies invalidantes.

Article 2

Modifié par Arrêté du 1^{er} octobre 1997 - art. 1

Les affections suivantes peuvent donner droit à un congé de longue maladie dans les conditions prévues aux articles 29 et 30 des décrets susvisés : tuberculose ; maladies mentales ; affections cancéreuses ; poliomyélite antérieure aiguë ; déficit immunitaire grave et acquis.

Il peut être accordé par le Comité Médical un CLM pour une maladie non prévue par cette liste.

Sont exclues du CLM les maladies ouvrant droit au CLD.

Le praticien hospitalier doit envoyer les volets 1 et 2 de l'arrêt maladie à la CPAM et le volet 3 au directeur de son établissement. L'ensemble des pièces médicales (certificat médical, ...) doit être adressé en même temps à la CPAM.

L'article R6152-818 du code de la santé publique fixe notamment le délai de transmission de l'arrêt initial auprès du directeur d'établissement de santé (48 heures) et la réduction de moitié de la rémunération suite à un deuxième envoi tardif (traitement indiciaire brut et primes et indemnités sauf exception limitativement énumérées).

Le placement en CLM ne nécessite pas l'avis préalable du comité médical. Néanmoins, si le directeur d'établissement de santé a un doute, il peut toujours saisir le comité médical pour avis.

Pour un praticien contractuel, ce congé de maladie n'a pas pour effet de prolonger la durée de son contrat en cours.

Le directeur d'établissement de santé, le directeur général de l'ARS et le directeur général du CNC ont la possibilité de solliciter l'avis du comité médical pour éclairer leur décision préalablement par exemple à une reprise d'activité suite à un CLM et hors des cas de saisine obligatoire du comité médical.

Si la demande de CLM est présentée en cours de CMO, la première période de CLM court à compter du jour de la première constatation médicale de la maladie dont est atteint le PH.

Le comité médical doit être saisi pour avis selon le code de la santé publique à l'expiration des droits à CLM.

Si le praticien contractuel n'est pas reconnu apte, il est licencié selon les conditions prévues (**Article R6152-820**).

— **Au-delà des 3 ans, si le praticien hospitalier** n'est pas reconnu apte par le comité médical, il est mis en disponibilité.

Les droits au CLM épuisés sont régénérés dès lors que le PH reprend ses activités durant un an au minimum. Cela signifie que lorsque le praticien a travaillé un an suite à son CLM, la totalité de ses droits sont intégralement réactivés et il peut bénéficier d'un nouveau CLM.

— **Concernant l'assistant des hôpitaux**, un congé sans rémunération lié à l'état de santé d'une durée de douze mois au maximum peut être accordé, sur sa demande, après avis du comité médical mentionné à l'[article R6152-36](#). Si à l'expiration de ses droits à congé de longue maladie, ce dernier ne peut reprendre ses activités, il peut bénéficier d'un congé sans rémunération après avis du comité médical. A l'expiration des droits à congé de longue maladie ou d'un congé sans rémunération lié à l'état de santé, le comité médical se prononce sur l'aptitude de l'intéressé à poursuivre ses fonctions.

— **Pour l'assistant des hôpitaux, le praticien contractuel et le praticien attaché** qui a obtenu un congé de longue maladie, il ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an.

A l'expiration des droits à congé, un congé sans rémunération lié à l'état de santé, d'une durée de trois ans au maximum peut être accordé au **praticien contractuel**, sur sa demande et après avis du comité médical mentionné à l'article R6152-36, lorsque celui-ci ne peut reprendre ses activités pour raison de santé.

Pour l'octroi et le renouvellement des congés, le directeur de l'établissement peut saisir pour avis le comité médical. A l'expiration des droits aux congés mentionnés au présent alinéa, le comité médical se prononce sur l'aptitude de l'intéressé à ses fonctions.

— **Les dispositions de la présente section demeurent applicables aux seuls praticiens attachés** en fonction à la date de publication du [décret n° 2022-135](#) du 5 février 2022.

Selon l'[article R6152-619](#), un praticien attaché atteint d'une affection dûment constatée le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, qui rend nécessaire un traitement, des soins coûteux et prolongés et qui figure sur la liste établie en application de l'[article 28 du décret n° 86-442](#) du 14 mars 1986 (relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires) a droit à un congé de longue maladie d'une durée maximale de trois ans. Le praticien attaché effectuant plus de trois demi-journées conserve, dans cette position, la totalité de ses émoluments pendant un an et la moitié de ses émoluments pendant les deux années suivantes.

Le bénéficiaire d'un congé longue maladie pour un praticien attaché ou praticien attaché associé ne peut avoir pour effet de proroger la durée du contrat en cours.

Dans les autres cas, lorsqu'à l'expiration de ses droits à congé de longue maladie le praticien n'est pas reconnu apte par le comité médical à reprendre ses fonctions, son contrat devient caduc.

Le versement de l'indemnité d'engagement de service public exclusif est maintenu pendant une période qui ne peut excéder trois mois par contrat d'engagement de service public exclusif.

Selon l'[article R6152-629](#), modifié par le [décret n°2010-1137 du 29 septembre 2010 - art. 65](#), lorsque, à l'issue des différents congés maladie, longue maladie, longue durée, accident du travail, le praticien attaché bénéficiant d'un contrat de trois ans ou d'un contrat à durée indéterminée est déclaré définitivement inapte par le comité médical prévu à l'[article R6152-36](#), il est licencié. Les congés annuels restant éventuellement dus font l'objet d'une régularisation.

Le praticien attaché qui bénéficie d'un contrat triennal ou d'un contrat à durée indéterminée peut être licencié, après avis de la Commission Médicale d'Établissement ou, le cas échéant, du comité consultatif médical. Le préavis est alors de trois mois. La décision de licenciement prononcée par le directeur est motivée.

Le praticien a droit à une indemnité égale au montant des émoluments afférents au dernier mois d'activité, multiplié par le nombre d'années de services effectifs réalisés dans l'établissement concerné, dans la limite de douze. Au-delà des années pleines, une durée de service égale ou supérieure à six mois est comptée pour un an ; une durée de service inférieure à six mois n'est pas prise en compte pour le calcul des droits.

Sont prises en compte, dès lors qu'elles ont été effectuées de manière consécutive, les fonctions exercées en qualité de praticien attaché ainsi que les fonctions exercées en qualité d'attaché pour les praticiens ayant bénéficié des dispositions de [l'article 33 du décret n° 2003-769 du 1^{er} août 2003](#).

— **Selon l'article 92 du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021, le chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux et les assistants hospitaliers universitaires** ont droit à un congé de longue maladie en cas d'affection dûment constatée mettant les intéressés dans l'impossibilité d'exercer leurs fonctions, qui rend nécessaires un traitement et des soins prolongés, qui figure sur la liste établie en application de [l'article 28 du décret du 14 mars 1986](#) susvisé et à l'exception des pathologies mentionnées au 3 alinéa. Le congé de longue maladie est accordé, par périodes de trois à six mois, après avis du comité médical mentionné à [l'article R6152-36](#) du code de la santé publique, pour

une durée maximale de trente mois. Un congé sans rémunération de douze mois au maximum peut être accordé, sur sa demande, après avis du comité médical à l'intéressé qui ne peut, à l'expiration de ses droits à congé de longue maladie, reprendre ses activités pour raison de santé. A l'issue d'un congé de longue maladie ou d'un congé sans rémunération de douze mois, le comité médical se prononce sur l'aptitude de l'intéressé à ses fonctions.

Lorsqu'il a été médicalement constaté par le comité médical que l'intéressé se trouve atteint d'une inaptitude à occuper ses fonctions, l'autorité investie du pouvoir de recrutement cherche à reclasser celui-ci. L'offre de reclassement proposée à l'intéressé est écrite et précise. Elle concerne les emplois relevant de l'autorité ayant le pouvoir de recrutement. Celle-ci invite l'intéressé à faire connaître sa décision sous un mois à compter de sa notification. A défaut de réponse de l'intéressé ou en cas de réponse négative de sa part, il est licencié. Lorsque le reclassement de l'intéressé s'avère impossible, celui-ci est licencié.

Selon l'article 93 du même décret, les employeurs des chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et des assistants hospitaliers universitaires sont, chacun en ce qui le concerne, subrogés dans les droits de l'assuré aux prestations en espèces de la sécurité sociale dans les conditions prévues aux [articles R323-11](#) et [R433-12](#) du code de la sécurité sociale.



CONGÉ DE LONGUE DURÉE - CLD

Article R6152 - 39 du CSP pour les praticiens hospitaliers et l'article R6152 - 363 du CSP pour les praticiens contractuels.

Les maladies concernées sont celles présentant une gravité particulière. Il s'agit d'une liste limitative de maladies :

- tuberculose
- maladie mentale
- affection cancéreuse
- poliomyélite
- déficit immunitaire grave et acquis.

Pour le praticien hospitalier, c'est le préfet du département qui a autorité compétente pour décider la mise en CLD du praticien ; au préalable, il faut une reconnaissance par le comité médical.

Pour les praticiens contractuels, la décision de mise en CLD relève du Directeur de l'établissement, après reconnaissance par le comité médical.

Au-delà de ces 5 ans, le **praticien hospitalier** est placé en invalidité, conformément au code de la sécurité sociale.

Si le **praticien contractuel** n'est pas reconnu apte, il est licencié selon les conditions prévues à l'article R.6152.820.

Attention, à ce jour, il arrive que la décision du Préfet soit publiée au JO et donc rendue publique ! La durée totale du congé est de 5 années pour l'ensemble de la carrière pour chacune des maladies énumérées ci-dessus.

Si, à l'issue de ce congé, le **praticien contractuel** ne peut reprendre ses activités, il lui est accordé sur sa demande un congé sans rémunération lié à l'état de santé d'une durée maximale de dix-huit mois. A l'expiration des droits à congé de longue durée ou d'un congé sans rémunération lié à l'état de santé, le comité médical se prononce sur l'aptitude de l'intéressé à ses fonctions.

Les dispositions de la présente section demeurent applicables aux seuls praticiens attachés en fonction à la date de publication du décret n° 2022-135 du 5 février 2022.

Selon l'**article R6152-620**, le praticien effectuant plus de trois demi-journées par semaine reconnu atteint de tuberculose, de maladie mentale, d'affection cancéreuse, de poliomyélite ou de déficit immunitaire grave et acquis par le comité médical et empêché d'exercer ses fonctions est de droit mis en congé de longue durée par décision du directeur d'établissement.

Le congé de longue durée ne peut être accordé pour une durée inférieure à trois mois ou supérieure à six mois. Il peut être renouvelé à concurrence d'un total de cinq années. Dans cette position, il perçoit les deux tiers de ses émoluments. Au-delà de ce total de congés, le contrat du praticien devient caduc.

Le bénéficiaire d'un congé longue durée pour un praticien attaché ne peut avoir pour effet de proroger la durée du contrat en cours.

Le versement de l'indemnité d'engagement de service public exclusif est maintenu pendant une période qui ne peut excéder trois mois par contrat d'engagement de service public exclusif.

Selon l'**article R6152-629**, modifié par le **décret n°2010-1137 du 29 septembre 2010 - art. 65**, lorsque, à l'issue des différents congés maladie, longue maladie, longue durée, accident du travail, le praticien attaché bénéficiant d'un contrat de trois ans ou d'un contrat à durée indéterminée est déclaré définitivement inapte par le comité médical prévu à l'**article R6152-36**, il est licencié. Les congés annuels restant éventuellement dus font l'objet d'une régularisation.



Le praticien attaché qui bénéficie d'un contrat triennal ou d'un contrat à durée indéterminée peut être licencié, après avis de la commission médicale d'établissement ou, le cas échéant, du comité consultatif médical. Le préavis est alors de trois mois. La décision de licenciement prononcée par le directeur est motivée.

Le praticien a droit à une indemnité égale au montant des émoluments afférents au dernier mois d'activité, multiplié par le nombre d'années de services effectifs réalisés dans l'établissement concerné, dans la limite de douze. Au-delà des années pleines, une durée de service égale ou supérieure à six mois est comptée pour un an ; une durée de service inférieure à six mois n'est pas prise en compte pour le calcul des droits.

Sont prises en compte, dès lors qu'elles ont été effectuées de manière consécutive, les fonctions exercées en qualité de praticien attaché ainsi que les fonctions exercées en qualité d'attaché pour les praticiens ayant bénéficié des dispositions de l'article 33 du décret n° 2003-769 du 1^{er} août 2003.

Selon l'article 92 du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et les assistants hospitaliers universitaires ont droit à un congé de longue durée, en cas de tuberculose, de maladie mentale, de poliomyélite, de déficit immunitaire grave et acquis ou

d'affection cancéreuse. Le congé de longue durée est accordé, par périodes de trois à six mois, après avis du comité médical mentionné à l'**article R6152-36** du code de la santé publique, pour une durée totale maximale de vingt-quatre mois. Si, à l'expiration d'un congé de longue durée, le comité médical estime que l'intéressé ne peut reprendre ses activités, il lui est accordé sur sa demande un congé sans rémunération d'une durée maximum de dix-huit mois. A l'issue d'un congé de longue durée ou d'un congé sans rémunération de dix-huit mois, le comité médical se prononce sur l'aptitude de l'intéressé à ses fonctions.

Lorsqu'il a été médicalement constaté par le comité médical que l'intéressé se trouve atteint d'une inaptitude à occuper ses fonctions, l'autorité investie du pouvoir de recrutement cherche à reclasser celui-ci. L'offre de reclassement proposée à l'intéressé est écrite et précise. Elle concerne les emplois relevant de l'autorité ayant le pouvoir de recrutement. Celle-ci invite l'intéressé à faire connaître sa décision sous un mois à compter de sa notification. A défaut de réponse de l'intéressé ou en cas de réponse négative de sa part, il est licencié. Lorsque le reclassement de l'intéressé s'avère impossible, celui-ci est licencié.

Selon l'article 93 du même décret, les employeurs des chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et des assistants hospitaliers universitaires sont, chacun en ce qui le concerne, subrogés dans les droits de l'assuré aux prestations en espèces de la sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles R323-11 et R433-12 du code de la sécurité sociale.

EN RÉSUMÉ

Pourcentage des émoluments de base versés en fonction de la durée du congé

Congés/Statuts	PH	PH Activité Libérale	Praticien Contractuel	Praticien Attaché	Assistant des Hôpitaux	HU non titulaire
Congé Maladie Ordinaire (CMO)	3 mois : 90% 9 mois : 50%	3 mois : 66% 9 mois : 33%	3 mois : 90% 9 mois : 50%	3 mois : 90% 9 mois : 50%	3 mois : 90% 9 mois : 50%	3 mois : 90% 9 mois : 50%
Congé Longue Maladie (CLM)	1 an : 100% 2 ans : 50%	1 an : 66% 2 ans : 33%	1 an : 100% 2 ans : 50%	cf. notre article et textes réglementaires	12 mois : 100% 18 mois : 50%	12 mois : 100% 18 mois : 50%
Congé Longue Durée (CLD)	3 ans : 100% 2 ans : 50%	3 ans : 66% 2 ans : 33%	3 ans : 100% 2 ans : 50%	cf. notre article et textes réglementaires	24 mois : 100%	24 mois : 100%



MNH Médicéo

Les solutions santé et prévoyance
dédiées aux Praticiens hospitaliers
et internes



Santé

Vos dépenses de soins courants sont prises en charge :
100% Santé, forfaits ostéopathie, consultation psychologue, contraception...

Prévoyance

Dès le 18 juin 2025, vos revenus (salaire, indemnités, primes, gardes et astreintes) seront assurés en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès.

3031 Service & appel gratuits

du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

Restons en contact !



 mnh.fr



LA PARENTALITÉ : LES DROITS À CONGÉS



Dr Jean-François CIBIEN, président d'Action Praticiens Hôpital

Si le décret n° 2021-1342 du 13 octobre 2021 relatif aux congés de maternité et aux charges parentales des agents de la fonction publique hospitalière et des personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé a permis d'aligner les droits des personnels médicaux hospitaliers sur ceux des fonctionnaires, certaines mesures n'ont pas encore été transposées pour les praticiens.

Action Praticiens Hôpital continue à œuvrer sans relâche pour que toutes les dispositions soient appliquées aux personnels médicaux.

Le chapitre IV de ce décret n° 2021-1342 du 13 octobre 2021 donne le détail des dispositions applicables aux praticiens, personnels enseignants et universitaires, docteurs juniors, internes ou étudiants hospitaliers. Les références à ces articles sont reprises dans notre encadré.

Nous vous proposons au travers de cet article, de vous détailler vos droits à congés actuels liés à la parentalité en vous indiquant les modalités pratiques et les documents à renseigner pour faire valoir vos droits.

Selon l'article R6152-35 modifié par le décret n°2022-134 du 5 février 2022 - art. 5, les praticiens régis par la présente section ont droit à différents congés qui sont repris dans l'encadré ci-dessous.

Article R6152-35

5° A un congé de maternité, de naissance, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption selon les modalités prévues à l'article R. 6152-819, modifié par le décret n°2021-1342 du 13 octobre 2021 - art. 17 :

Les praticiens régis par les dispositions de la présente sous-section ont droit au congé de maternité, au congé de naissance, au congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption, au congé d'adoption ou au congé de paternité et d'accueil de l'enfant prévus au 5° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière pour des durées égales à celles mentionnées à cet article et selon les conditions déterminées par ce même article ainsi que par les dispositions du chapitre Ier du décret n° 2021-1342 du 13 octobre 2021 relatif aux congés de maternité et liés aux charges parentales des agents de la fonction publique hospitalière et des personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé. Durant ces congés, les praticiens conservent l'intégralité de leurs émoluments.

6° A un congé parental dans les conditions prévues à l'article R. 6152-45, modifié par le décret n°2022-134 du 5 février 2022 - art. 5 :

Le praticien peut être placé dans la position de congé parental, non rémunéré, pour élever son enfant. Dans cette position, le praticien n'acquiert pas de droit à la retraite, sous réserve des dispositions législatives ou réglementaires relatives aux pensions prévoyant la prise en compte de périodes d'interruption d'activité liées à l'enfant. Il conserve ses droits à l'avancement d'échelon. Cette période est assimilée à des services effectifs.

Le congé parental est accordé de droit à l'un des parents après la naissance ou l'adoption d'un enfant, sans préjudice des congés mentionnés au 5° de l'article R. 6152-35 qui peuvent intervenir au préalable. Le congé parental prend fin au plus tard au troisième anniversaire de l'enfant ou à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant, adopté ou confié en vue de son adoption, âgé de moins de trois ans.

8° A des autorisations spéciales d'absence dans les cas et conditions ci-après :

- Cinq jours ouvrables pour le mariage du praticien ou lors de la conclusion par celui-ci d'un pacte civil de solidarité ;
- Un jour ouvrable pour le mariage d'un enfant ;
- Trois jours ouvrables en cas de décès ou de maladie très grave du conjoint, des père, mère et enfants du praticien ou d'une personne avec laquelle ce dernier est lié par un pacte civil de solidarité.

Le Code de Santé Public est ainsi modifié dans le chapitre IV de ce décret n° 2021-1342 du 13 octobre 2021 :

Article R6152-819, modifié par le décret n°2021-1342 du 13 octobre 2021 - art. 17 pour les praticiens hospitaliers,

Article R6152-922, modifié par le décret n°2021-1342 du 13 octobre 2021 - art. 17 pour les praticiens associés,

Article R6153-1-11, modifié par le décret n°2021-1342 du 13 octobre 2021 - art. 17 pour les docteurs juniors,

Article R6153-13, modifié par le décret n°2021-1342 du 13 octobre 2021 - art. 17 pour les internes,

Article R6153-58, modifié par le décret n°2021-1342 du 13 octobre 2021 - art. 17 pour les étudiants hospitaliers.

Enfin, ce décret n° 2021-1342 du 13 octobre 2021 crée un article 18 pour les personnels enseignants et universitaires.

CONGÉ DE MATERNITÉ

En application de l'article L. 1225-17 du Code du travail, le congé de maternité est un droit pour toutes les femmes.

Pour pouvoir bénéficier du congé de maternité, vous devez être en position d'activité, de détachement ou de congé parental.



Congé maternité

Si votre grossesse intervient au cours d'un congé parental, votre congé parental prend fin automatiquement à la date à partir de laquelle vous bénéficiez de votre congé de maternité.

Le congé de maternité vous est automatiquement accordé lorsque vous en faites la demande à votre chef de service ou votre chef d'établissement. Votre demande doit être accompagnée d'un **certificat** établi par le médecin ou la sage-femme qui suit votre grossesse. Ce certificat atteste de votre état de grossesse et précise la date présumée de l'accouchement.

Cette déclaration de grossesse doit être effectuée auprès de votre administration employeur (et de la Caf) au cours des 14 premières semaines de grossesse.

Vous ne pouvez pas renoncer à votre congé de maternité.

Même en l'absence de demande de votre part, vous êtes placée en congé de maternité, au minimum pendant une période de huit semaines au total avant et après son accouchement.

La durée du congé maternité est détaillée dans les tableaux suivants et dépend du nombre d'enfants à naître ou du nombre d'enfants déjà à charge :

Tableau - Durée du congé de maternité selon le nombre d'enfants déjà à charge

Statut de l'enfant à naître	Durée du congé prénatal (avant l'accouchement)	Durée du congé postnatal (après l'accouchement)	Durée totale du congé de maternité
1 ^{er} enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
2 ^e enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
3 ^e enfant ou plus	8 semaines	18 semaines	26 semaines

Tableau - Durée du congé de maternité selon le nombre d'enfants à naître

Nombre d'enfants à naître	Durée du congé prénatal (avant l'accouchement)	Durée du congé postnatal (après l'accouchement)	Durée totale du congé de maternité
2	12 semaines	22 semaines	34 semaines
3 ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines

À la demande de la praticienne et sous réserve d'un avis favorable du professionnel de santé qui suit la grossesse, la période de suspension du contrat de travail qui commence avant la date présumée de l'accouchement peut être réduite d'une durée maximale de trois semaines. La période postérieure à la date présumée de l'accouchement est alors augmentée d'autant.

Si dans le cadre de ce report, la praticienne qui s'est vue accordée cette possibilité se voit prescrire un arrêt de travail pendant la période antérieure à la date présumée de l'accouchement, ce report est annulé et la période de suspension du contrat de travail est décomptée à partir du premier jour de l'arrêt de travail. La période initialement reportée est réduite d'autant.

NB : ce report n'est pas accordé en cas de grossesse multiple.

Conformément aux dispositions du Code du travail « il est interdit d'employer la praticienne durant les six semaines qui suivent son accouchement ».

Congés supplémentaires avez-vous droit en cas de grossesse pathologique : vos droits

Conformément à l'article L. 1225-21 du Code du travail, vous pouvez demander à bénéficier de périodes supplémentaires de congé de maternité en cas de risques ou de complications liés à votre grossesse (*grossesse pathologique*) ou à votre accouchement :

- 2 semaines avant le début de votre congé prénatal (ce congé supplémentaire peut être prescrit à tout moment de la grossesse, à partir de sa déclaration, et être pris en une ou plusieurs périodes) ;
- 4 semaines après le congé postnatal.

Votre demande doit être accompagnée d'un certificat établi par le médecin ou la sage-femme qui suit votre grossesse.

Ce certificat atteste de votre état pathologique et en précise la durée prévisible.

Vous devez présenter votre demande de congé supplémentaire dans les 2 jours qui suivent l'établissement du certificat par votre médecin ou votre sage-femme.

La ou les périodes supplémentaires de congé avant l'accouchement peuvent être prises à partir du jour de leur déclaration jusqu'au jour précédant la date de début du congé prénatal.

La période supplémentaire de congé après l'accouchement peut être prise immédiatement après la fin du congé de maternité.

En cas d'accouchement après la date prévue, le congé prénatal est prolongé jusqu'à la date de l'accouchement sans que le congé postnatal soit réduit.

Lorsque l'accouchement intervient avant la date prévue, la durée totale du congé de maternité reste identique : le congé prénatal est écourté et le congé postnatal est rallongé d'autant.

Si votre nouveau-né est hospitalisé

- Si l'accouchement intervient plus de 6 semaines avant la date prévue et exige l'hospitalisation de l'enfant, vous bénéficiez d'une période supplémentaire de congé de maternité.

La durée de cette période supplémentaire est égale au nombre de jours compris entre la naissance et la date prévue de début du congé prénatal.

Cette période ne peut pas être reportée à la fin de l'hospitalisation de l'enfant.

Vous bénéficiez automatiquement de cette prolongation sur présentation de tout document attestant de la durée de l'hospitalisation de l'enfant.

- Si l'enfant reste hospitalisé plus de 6 semaines

suivant sa naissance, vous pouvez demander à reprendre votre travail et à reporter la période de congé postnatal non utilisée à la fin de l'hospitalisation de l'enfant.

Votre demande doit indiquer la date d'interruption du congé de maternité et la durée du congé faisant l'objet du report.

Elle doit être accompagnée des documents justifiant de l'hospitalisation de l'enfant.

Ce report de congé ne peut pas vous être refusé.

En cas de décès de l'enfant, deux cas de figure sont possibles

- Lorsque l'enfant décède après sa naissance, vous conservez votre congé postnatal ;
- En cas de décès lié à une naissance prématurée, vous avez droit au congé de maternité en totalité si l'enfant est né viable. Le seuil de viabilité se situe à 22 semaines d'aménorrhée ou si le fœtus pesait au moins 500 grammes.

Si l'enfant n'est pas né viable, vous êtes placée en congé de maladie.

NB : en cas de décès de la mère après la naissance de l'enfant, le père s'il est praticien hospitalier peut demander à bénéficier du congé postnatal pour la durée restant à courir et reporter son congé de paternité à la fin de ce congé postnatal.

Si le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier du congé postnatal pour la durée restant à courir, ce congé peut être accordé au praticien qui vivait en couple, mariage, Pacs ou concubinage (union libre) avec la mère, si elle le demande.

Le congé ne peut pas être refusé au père praticien ou à la praticienne qui vivait en couple avec la mère.

La demande de congé s'effectue au moyen du formulaire Cerfa n°15411 conformément aux articles CGFP, art. L. 631-3, L. 631-4 et L. 631-5.



Rémunération du congé de maternité

Votre salaire comprenant l'IESPE ainsi que les différentes primes que vous percevez sont maintenus.

Pendant la durée de votre congé maternité, l'avancement de votre carrière se poursuit et vous bénéficiez automatiquement des émoluments si vous changez d'échelon pendant cette période comme si vous étiez en position d'activité. Ces périodes valident également vos trimestres de grossesse pour votre retraite.

Pour les Hospitalo-Universitaires titulaires, le supplément familial de traitement (si vous avez déjà au moins un enfant) est versé en totalité.

Autorisations d'absence liées à la grossesse

Vous pouvez bénéficier d'autorisations d'absence, si les nécessités de service le permettent, à partir du début du 3^{ème} mois de grossesse, dans la limite d'une heure par jour.

Vous pouvez aussi bénéficier d'autorisations d'absence, si les nécessités de service le permettent, pour vous rendre aux séances de préparation à l'accouchement et aux examens médicaux obligatoires.



CONGÉ DE NAISSANCE

Conformément à l'article du CGFP L. 631-6 et à l'article L. 3142-4 Code du Travail, le congé de naissance est automatiquement accordé au praticien qui en fait la demande auprès de la direction de l'établissement.

Il est de trois jours ouvrables pour chaque naissance.

La demande qui doit mentionner les dates du congé est accompagnée de la copie du certificat par l'obstétricien ou la sage-femme qui suit la grossesse de la mère attestant de l'état de grossesse en précisant la date prévue de l'accouchement ou de tout document justifiant de la naissance de l'enfant. S'il y a lieu, de tout document justifiant que le praticien est le conjoint de la mère enceinte ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

Le congé est pris de manière continue, au choix du praticien, à compter du jour de la naissance de l'enfant ou du premier jour ouvrable qui suit.

Rémunération du congé de naissance

Votre salaire comprenant l'IESPE ainsi que les différentes primes que vous percevez sont maintenus.

CONGÉ POUR L'ARRIVÉE D'UN ENFANT PLACÉ EN VUE DE SON ADOPTION

Conformément à l'article L. 631-7 du CGFP, ce congé est accordé de droit à l'agent qui en fait la demande auprès de la direction.

Il indique dans sa demande la ou les dates de congé.

La durée du congé est de trois jours.

La demande est accompagnée de tout document attestant que le praticien s'est vu confier un enfant par le service départemental d'aide sociale à l'enfance, l'Agence française de l'adoption ou tout autre organisme autorisé pour l'adoption et précisant la date de son arrivée.

Ce congé est pris de manière continue ou fractionnée à l'occasion de chaque arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption dans les

quinze jours entourant l'arrivée de l'enfant adopté. Son bénéficiaire est ouvert à la demande du médecin adoptant.

Rémunération du congé

Votre salaire comprenant l'IESPE ainsi que les différentes primes que vous percevez sont maintenus.

CONGÉ D'ADOPTION

Conformément à l'article L. 631-8 du CGFP, et à l'article L. 1225-37 du Code du Travail, ce congé est accordé de droit au médecin qui en fait la demande auprès de la direction de l'établissement.

Selon l'article L. 1225-35 du Code du travail, le congé est d'une durée de 16 semaines au plus à dater de l'arrivée de l'enfant au foyer.

Le congé peut précéder de 7 jours consécutifs, au plus, l'arrivée de l'enfant au foyer. Le congé d'adoption est porté à :

- 18 semaines lorsque l'adoption porte à trois ou plus le nombre d'enfants dont le salarié ou le foyer assume la charge,
- 22 semaines en cas d'adoptions multiples.

Lorsque la durée du congé d'adoption est répartie entre les deux parents, l'adoption d'un enfant par un couple de parents, agents de la fonction publique, ouvre droit à 25 jours supplémentaires de congé d'adoption ou à 32 jours en cas d'adoptions multiples.

La durée du congé ne peut être fractionnée qu'en deux périodes, dont la plus courte est au moins égale à 25 jours.

La demande pour congé d'adoption est accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- Tout document attestant que le praticien s'est vu confier un enfant par le service départemental d'aide sociale à l'enfance, l'Agence Française de l'Adoption ou tout autre organisme autorisé pour l'adoption et précisant la date de son arrivée ;
- Une déclaration du conjoint adoptant qui atteste qu'il ne bénéficie pas d'un congé d'adoption au titre de l'enfant adopté ou, le cas échéant, que ce congé est réparti entre les deux parents adoptants.

Le congé d'adoption débute, au choix du praticien, le jour de l'arrivée de l'enfant dans le foyer familial ou au cours de la période de 7 jours consécutifs qui précède son arrivée.

Rémunération du congé

Votre salaire comprenant l'IESPE ainsi que les différentes primes que vous percevez sont maintenus.

CONGÉ DE PATERNITÉ OU D'ACCUEIL DE L'ENFANT

Conformément à l'article L. 631-9 du CGFP, ce congé de paternité et d'accueil de l'enfant est accordé de droit au praticien qui en fait la demande auprès de la direction de l'établissement.

Ce congé est de 25 jours calendaires ou de 32 jours calendaires en cas de naissances multiples.

Il se compose d'une période de quatre jours calendaires consécutifs, faisant immédiatement suite au congé de naissance, et d'une période de vingt et un jours calendaires, portée à vingt-huit jours calendaires en cas de naissances multiples. Ce congé est fractionnable en deux périodes qui sont prises dans les 6 mois suivant la naissance de l'enfant. La première période succède immédiatement au congé de naissance. La seconde période peut être prise, au choix du praticien, de manière continue ou fractionnée en deux périodes d'une durée minimale de 5 jours chacune.

Si l'enfant est hospitalisé, la première période de congé est prolongée pendant toute la durée d'hospitalisation dans la limite fixée ci-après. En cas d'hospitalisation de l'enfant ou de décès de la mère, le congé est pris au-delà de cette période dans la limite de 6 mois suivant la fin de l'hospitalisation ou de la fin du congé accordé pour le décès de la mère.

La demande de congé de paternité ou d'accueil de l'enfant est accompagnée de la copie du certificat et de toutes pièces justifiant que le praticien est le père, le conjoint ou la personne liée à la mère par un pacte civil de solidarité ou vivant

maritalement avec elle. La demande indique la date prévisionnelle de l'accouchement, les modalités d'utilisation envisagées du congé ainsi que les dates prévisionnelles des deux périodes. Le praticien transmet, sous huit jours à compter de la date de l'accouchement toute pièce justifiant la naissance de l'enfant. Un mois avant la prise de la seconde période de congé, le praticien confirme à la direction des affaires médicales les dates de prise du congé et, en cas de fractionnement, les dates de chacune des périodes.

Toutefois, le congé débute sans délai, lorsque la naissance de l'enfant intervient avant la date prévisionnelle d'accouchement et que le praticien débute sa ou ses périodes de congé au cours du mois suivant la naissance. Le praticien informe sa direction des affaires médicales et transmet sous 8 jours tous les justificatifs attestant de la naissance prématurée de l'enfant.

Rémunération du congé

Votre salaire comprenant l'IESPE ainsi que les différentes primes que vous percevez sont maintenus.

CONGÉ PROCHE AIDANT

En application des décrets D. n° 2020-1557 du 8 décembre 2020 relatif au congé de proche aidant dans la fonction publique et n° 2020-1208 en date du 1^{er} octobre 2020, relatif à l'allocation journalière du proche aidant et l'allocation journalière de présence parentale, tous les praticiens bénéficient des mêmes droits que les autres fonctionnaires.

Durant ce congé non rémunéré, le praticien titulaire reste affecté dans son emploi et le praticien contractuel conserve le bénéfice de son engagement ou de son contrat pendant la durée de son congé de proche aidant. Toute la durée du congé proche aidant étant assimilée à une période de service effectif pour le praticien, la totalité de cette période est prise en compte pour la liquidation de sa future retraite.

Dans quel cas le congé de proche aidant peut-il être accordé ?

Vous pouvez demander de **cesser temporairement votre activité professionnelle**



ou de travailler à temps partiel dans le cadre d'un congé de proche aidant pour vous occuper d'un proche handicapé ou en perte d'autonomie.

La personne accompagnée peut être l'une des personnes suivantes :

- Votre conjoint (mariage, Pacs ou concubinage en union libre) ;
- Un enfant dont vous assumez la charge ;
- Un ascendant (parent, grand-parent, arrière grand-parent...);
- Un descendant (enfant, petit-enfant, arrière petit-enfant...);
- Un collatéral (frère, sœur et enfants de ses derniers ainsi qu'oncle, tantes, cousins ou cousines jusqu'au 4^{ème} degré et leurs enfants) ;
- Un ascendant, un descendant ou un collatéral jusqu'au 4^{ème} degré de votre conjoint ;
- Une personne âgée ou handicapée avec laquelle vous résidez ou entretenez des liens étroits et stables, et à qui vous venez en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Votre administration employeur ne peut pas vous refuser votre congé.

Quelle est la durée du congé de proche aidant ?

La durée du congé est fixée à **3 mois maximum renouvelables dans la limite d'un an** sur l'ensemble de votre carrière.

Vous pouvez prendre votre congé selon l'une des manières suivantes :

- En une **période continue** ;

- De manière fractionnée par périodes d'au moins une demi-journée ;
- Sous la forme d'un **temps partiel**.

La durée du congé consommé correspond selon les conditions d'utilisation choisies :

- Aux jours comptabilisés de la date de début à celle de fin du congé utilisée de manière continue ;
- Aux seuls jours pris de congé utilisé de manière fractionnée ;
- À la durée égale au rapport existant entre la durée du congé pris sous la forme d'un temps partiel et la durée résultant des obligations du service fixées pour les agents travaillant à temps plein à comptabiliser en jour ou demi-journée.

Comment faire la demande de congé de proche aidant ?

Pour bénéficier du congé de proche aidant, vous devez adresser à votre administration employeur **une demande écrite, au moins un mois avant le début du congé**.

En cas de renouvellement de votre congé, vous devez adresser votre demande écrite **au moins 15 jours avant la fin de votre période de congé en cours**.

Vous devez indiquer dans votre demande **les dates prévisionnelles de congé et la manière dont vous souhaitez l'utiliser** (de manière continue, fractionnée ou sous forme d'un temps partiel).

La demande pour congé proche aidant est accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- Déclaration sur l'honneur de votre lien familial



avec la personne aidée ou de l'aide apportée à une personne âgée ou handicapée avec laquelle vous résidez ou entretenez des liens étroits et stables ;

- Déclaration sur l'honneur précisant que vous n'avez pas déjà bénéficié, au cours de votre carrière, d'un congé de proche aidant ou bien la durée pendant laquelle vous avez bénéficié de ce congé.

Votre demande doit également être accompagnée de la copie de l'un des documents suivants :

- Copie de la décision justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à **80 %** si la personne aidée est un enfant handicapé à votre charge ou un adulte handicapé ;
- Copie de la décision d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie si la personne aidée souffre d'une perte d'autonomie.

Lorsque la personne aidée bénéficie de l'une des prestations suivantes, vous devez aussi joindre une copie de la décision d'attribution de cette prestation :

- Majoration pour aide constante ou prestation complémentaire pour recours à tierce personne ;
- Majoration spéciale pour assistance d'une tierce personne de la pension d'un fonctionnaire ;
- Majoration de l'allocation d'invalidité temporaire ;
- Majoration pour tierce personne de la pension militaire.

Vous pouvez **modifier les dates prévisionnelles et les conditions d'utilisation choisies** de votre congé. Vous devez en informer par écrit votre administration employeur **au moins 48 heures à l'avance**.

En cas d'urgence, les délais pour demander, renouveler ou modifier le congé ne sont pas applicables dans les cas suivants :

- Dégradation soudaine de l'état de santé de la personne aidée ;
- Situation de crise nécessitant une action urgente de votre part ;
- Cessation brutale de l'hébergement en établissement dont bénéficiait la personne aidée.

Dans ce cas, le congé peut débuter ou être renouvelé sans délai.

Vous devez transmettre, **sous 8 jours**, à votre administration employeur, l'un des documents suivants :

- Certificat médical attestant de la dégradation

soudaine de l'état de santé de la personne aidée ou de la situation de crise nécessitant une action urgente de votre part ;

- Attestation certifiant de la cessation brutale de l'hébergement en établissement.

Vous pouvez **mettre fin de façon anticipée à votre congé ou y renoncer** dans les cas suivants :

- Décès de la personne aidée ;
- Admission de la personne aidée dans un établissement ;
- Diminution importante de vos ressources ;
- Recours à un service d'aide à domicile pour assister la personne aidée ;
- Congé de proche aidant pris par un autre membre de votre famille ;
- Si votre état de santé le nécessite.

Vous devez informer par écrit votre administration employeur **au moins 15 jours avant** la date à laquelle vous souhaitez mettre fin ou renoncer à votre congé.

En cas de décès de la personne aidée, ce délai est ramené à 8 jours.

Rémunération du congé proche aidant

S'il n'est pas rémunéré ce congé ouvre à des indemnités versées par la CAF sous forme d'une allocation journalière du proche aidant (AJPA) conformément à l'article D. 168-18 du Code de la sécurité sociale précise que les dispositions sur l'allocation journalière de proche aidant sont applicables à tous les agents publics et donc aux praticiens.

La demande d'allocation journalière pour congé de proche aidant doit être réalisée sur un formulaire dédié (lien via le QrCode).

Elle doit être accompagnée d'une attestation de votre administration employeur précisant que vous bénéficiez du congé de proche aidant.

Le montant de l'allocation est fixé à 65,80 € par jour et à 32,90 € par demi-journée.

À noter que pour Mayotte, ce montant est de 56,35 € par jour et 28,17 € par demi-journée.

Vous pouvez bénéficier au maximum de 22 allocations journalières par mois civil.

Le nombre total d'allocations journalières qui peuvent être versées pour une même personne accompagnée est fixé à 66. Si vous avez bénéficié de 66 allocations journalières, vous pouvez à nouveau bénéficier de 66 allocations journalières

si vous apportez votre aide à une personne différente de celle pour laquelle vous avez précédemment bénéficié de l'allocation. Ces 66 nouvelles allocations peuvent être accordées dans la limite de 22 par mois civil.

Le nombre maximal d'allocations journalières qui peuvent vous être versées sur l'ensemble de votre carrière est fixé à 264.

Si vous prenez votre congé sous forme d'un temps partiel, le montant mensuel de l'AJPA est calculé sur la base du nombre de journées ou de demi-journées non travaillées au cours du mois.

En cas de décès de la personne aidée, l'AJPA continue d'être versée pour les jours d'interruption d'activité pris sur toute la durée du mois civil soit sur 22 jours.

Si vous mettez fin de façon anticipée au congé ou y renoncez en raison du décès de la personne accompagnée, vous pouvez demander à la CAF la cessation du versement de l'AJPA à partir du jour suivant le décès.

Pour finir ce chapitre parentalité, nous rappelons qu'il persiste toujours des disparités entre les agents de la FPH et le personnel médical ; c'est notamment le cas dans les situations de décès familial et pour les autorisations d'absence pour enfant malade à charge. APH continue à discuter avec les tutelles pour obtenir des mesures égalitaires.

Ainsi, dans les différents statuts et références données dans l'article, le personnel médical dispose de trois jours ouvrables en cas de décès ou de maladie très grave du conjoint, des père, mère et enfants du praticien ou d'une personne avec laquelle ce dernier est lié par un pacte civil de solidarité.



Allocation AJPA

A ce jour, le personnel médical ne dispose pas de journées « enfant malade ». Nous sommes loin des dispositions qui sont en vigueur pour les agents de la fonction publique hospitalière dont vous trouverez des exemples de droits qui ne s'appliquent qu'aux agents de la Fonction Publique Hospitalière. Ils ne s'appliquent pas aux personnels médicaux.

Autorisation d'absence pour décès d'un proche parent :

- Décès du conjoint, de votre partenaire de Pacs, de votre père ou de votre mère.

Ils peuvent bénéficier de 3 jours ouvrables d'autorisations d'absence lors du décès de leur époux, de leur partenaire de Pacs, de leur père ou de leur mère si le fonctionnement du service le permet.

Selon les établissements, des autorisations d'absence peuvent aussi être accordées lors du décès d'autres membres de leur famille (sœur, frère, etc.), si le fonctionnement du service le permet.

- Décès d'un enfant.

Cette autorisation d'absence ne peut pas être refusée par votre administration employeur.

Cette autorisation d'absence est sans effet sur les droits à congés annuels et ne diminue pas le nombre de jours de congés annuels.

La durée de l'autorisation d'absence varie selon que l'enfant décédé a plus ou moins de 25 ans ou était lui-même parent.

Par ailleurs, ces mêmes agents peuvent aussi bénéficier d'autorisation d'absence en cas de maladie d'un de leur enfant. Ces autorisations sont accordées sous réserve de nécessité de service. Leur nombre varie en fonction du statut de chacun des deux parents.





QUE DIT LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL (OU DE SERVICE) OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE ?



Dr Éric BRANGER, Vice-Président d'Action Practiciens Hôpital

Lorsque nous regardons dans le CSP, il y a l'**article R6152-41** assez laconique qui indique qu'en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le praticien hospitalier est placé en congé pour une durée maximale de cinq ans, pendant lequel il perçoit les émoluments mentionnés au 1^{er} de l'**article R. 6152-23**.

Le système de reconnaissance en AT ou MP concernant les PH titulaires et contractuels est celui du régime général instruit par les CPAM (service administratif et contrôle médical). Le PH contractuel n'a pas les congés longue maladie (CLM) ou congés longue durée (CLD) mais de "grave maladie", sans tableau et avec un an maximum d'émoluments. **Encore plus que pour les PH titulaires, la prévoyance s'avère nécessaire.**

L'accident de trajet est un cas particulier de l'accident de travail. L'accident de trajet concerne le chemin habituel le plus court pour se rendre sur son lieu de travail que ce soit en voiture, en deux-roues ou à pied, à l'extérieur de son domicile. Un

accident de mission diligenté par l'employeur est considéré comme un accident de travail. **Pensez à demander la fiche de mission !**

Les accidents du travail (entre deux établissements d'exercice, l'accident en lien avec le service) et la maladie professionnelle répertoriée dans les articles L.461-1 et suivants du code de la sécurité sociale telles que les hépatites, les affections péri-articulaires provoqués par certains gestes ou postures de travail ou encore, depuis le **décret n°2020-1131 du 16 septembre 2020**, les affections respiratoires aiguës provoquées par le SARS-CoV2, et enfin la maladie réputée contractée dans l'exercice de vos fonctions même si elle n'est pas désignée par les **tableaux de maladies professionnelles** suivent le même régime d'indemnisation effectivement dans les 2 cas (CSP R6152-41 évoqué ci-dessus), en revanche les modalités de déclaration et de reconnaissance sont distincts entre accident de travail et maladie professionnelle.

Il existe une centaine de tableaux de maladies

QUAND SIMPLICITÉ RIME AVEC SÉRÉNITÉ

Vous et votre famille êtes uniques. Votre statut professionnel de médecin, d'odontologiste ou de pharmacien hospitalier dispose de contraintes et de besoins différents. Ainsi, PH SERVICES vous propose une offre sur mesure de prévoyance et de complémentaire santé.

Les + PH SERVICES

- + Taux de cotisation prévoyance inchangé depuis 2000.
- + Bureau et Conseil d'administration décisionnels.
- + Des médecins pharmaciens odontologistes hospitaliers garant de vos besoins.
- + Amélioration régulière des contrats.

CONTRAT PRÉVOYANCE

En cas de décès, vos proches sont préservés. Maintien de 100% de votre salaire en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité jusqu'à la retraite.

- Un contrat adapté à vos évolutions professionnelles, votre statut et votre rémunération. Sur simple déclaration, vos cotisations sont ajustées.
- Pas de nouveau questionnaire médical en cas de changement de statut, d'hôpital ou de lieu géographique.
- Absence d'exclusion liée aux sports pratiqués en amateur (escalade, delta-plane, ski et ski de randonnée, plongée sous-marine, kitesurf...) pour les garanties principales.
- Passage en exercice libéral en toute simplicité sur un contrat équivalent.
- Des options facultatives (en particulier des rentes éducatives en cas de décès pour vos enfants et la couverture de tout ou partie de vos gardes et astreintes) à choisir en fonction de l'évolution de vos objectifs et de votre vie familiale.
- Une équipe dédiée vous assurera un conseil et un suivi personnalisé dans vos démarches afin d'adapter votre contrat à tout moment en fonction de vos attentes et de vos besoins.

CONTRAT SANTÉ

Tiers payant performant, gestion facilitée et une couverture optimisée

- Deux garanties complémentaires santé au choix, OPTIMUM et ESSENTIEL avec, à chaque fois, la possibilité d'opter pour une surcomplémentaire permettra une couverture des dépassements d'honoraires les plus importants.
- Un tarif préférentiel pour les plus jeunes.
- Une garantie identique pour les retraités.

ADHÉRER JEUNE POURQUOI ?

99 % de chance d'avoir un questionnaire médical parfait

- Le questionnaire médical, réalisé à votre adhésion, garantira votre contrat de prévoyance durant toute votre carrière.
- Des réductions très importantes en PRÉVOYANCE et COMPLÉMENTAIRE SANTÉ pour les plus jeunes puis un tarif qui n'augmentera pas avec l'âge.
- Votre contrat s'adaptera automatiquement et suivra votre évolution de carrière.
- Un passage en libéral avant 40 ans toujours sans nouveau questionnaire médical.



PH SERVICES
PRÉVOYANCE & SANTÉ

04 81 65 18 92

phservicesprevoyance@c2p.eu



www.ph-services.org

Accident du travail ou maladie professionnelle

(R.441.9 du Code de la sécurité sociale)

de maladie professionnelle est remise à la victime (art. L. 461-5 et R. 461-5).

La maladie professionnelle est déclarée.

Elle est conservée par la victime. Elle doit être présentée, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien. Les médecins doivent remplir la page 2/2 afin d'attester sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation.

En cas de gratuité des soins, dans la limite des plafonds, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime un certificat de prise en charge.

Attestation autorisant le bénéfice du tiers payant (à remplir par l'employeur lors de la délivrance)

Attestation de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

Nom et prénom de la victime	
Date de naissance	
Nom et prénom de l'employeur	
Adresse de l'employeur	
Code postal et ville	
Téléphone	
Fax	
E-mail	
Non <input type="checkbox"/>	
Motif de la maladie professionnelle	
● maladie professionnelle	
Date de la constatation médicale	
Rechute du	
Date de renouvellement ou de rechute	
Date de renouvellement	
Cet état est complètement rempli avant la fin des soins	
Signature	

professionnelles que vous trouverez sur le site de l'INRS. Aucun tableau ne comprend les maladies psychologiques. Il existe alors un régime complémentaire hors tableau basé sur la preuve apportée par le patient, par exemple un syndrome dépressif.

La déclaration d'un accident du travail comportant un certificat médical décrivant les lésions est obligatoire et effectuée par l'employeur à la CPAM. Il appartient au travailleur victime d'informer ou de faire informer son employeur de l'accident. Le médecin établit un certificat sur déclaration de son patient.

Il n'appartient pas à l'employeur mais à la victime (ou à ses ayants-droits), qui sollicite la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie d'en faire elle-même la demande auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont elle dépend.

La demande sera effectuée par une déclaration, établie sur un formulaire-type disponible auprès des CPAM. Cette déclaration sera accompagnée du certificat médical descriptif de la maladie, établi par le médecin du choix de la victime et de l'attestation de salaire transmise par l'employeur.

Modalités

La déclaration de maladie professionnelle doit être envoyée à la CPAM dont dépend l'assuré dans un délai de 15 jours après la cessation de travail ou la consolidation de la maladie (art. L. 461-5 et R. 461-5 du Code de la sécurité sociale). Si aucune déclaration n'a été faite dans les 15 jours suivant la cessation du travail, ce manquement n'est pas de nature à priver la victime de son droit à réparation. La victime dispose en effet d'un délai de 2 ans, après consolidation. (art. L. 461-1 alinéa 1^{er} et L. 431-2 du Code de la sécurité sociale).

Ce délai de prise en charge, qui constitue un délai au-delà duquel la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ne peut plus être demandée, ne doit pas être confondu avec le délai de prise en charge inscrit dans les tableaux. Le délai de prise en charge est le délai maximal dans lequel la maladie peut être constatée après la cessation d'exposition au risque concerné par un tableau.

A compter de la réception de la déclaration, la caisse dispose d'un délai de 2 mois pour statuer sur le caractère professionnel ou non de la maladie. La non-réponse de la caisse dans ce délai vaut reconnaissance du caractère professionnel de la maladie. Un délai complémentaire peut-être demandé par la caisse pour un complément de dossier. Le patient en est informé.

La reconnaissance par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'imputabilité au service de l'accident de travail ou de la maladie permet une prise en charge des soins et du traitement de l'intégralité du salaire de base et certaines primes. La CPAM effectue une double lecture, administrative et médicale. Par exemple si la déclaration intervient à 10 jours, la reconnaissance est écartée. En fonction de la gravité et

des conséquences sur la santé du travailleur, un taux d'incapacité permanente peut être établi ouvrant droit au versement d'un capital ou d'une rente.

L'autorité compétente qui prend la décision est le directeur de l'établissement après reconnaissance par la CPAM et il n'y a pas de saisine systématique du comité médical. Par contre l'avis favorable du comité médical (CM) est obligatoire pour la reprise, quand il arrive à se réunir. Des modifications sont en cours pour ne faire appel au CM que pour les congés longue durée ou la reprise à temps partiel thérapeutique se prolongeant après 3 mois.

En cas d'avis défavorable du comité médical, le PH est placé en disponibilité pour raison de santé ou en invalidité suivant la pathologie.

Dès que vous avez l'arrêt de travail, il vous faut le déclarer à votre employeur **sans oublier le prestataire qui vous couvre pour votre prévoyance si vous êtes parmi les responsables à en avoir une.**

Ne demandez pas au centre national de gestion (CNG), il ne pourra pas vous répondre. C'est un sujet qui est traité en local c'est-à-dire par votre établissement. **Par contre, penser à solliciter le service de santé au travail qui vous aidera dans vos démarches et ce dès les tous premiers jours d'arrêts de travail.**



“

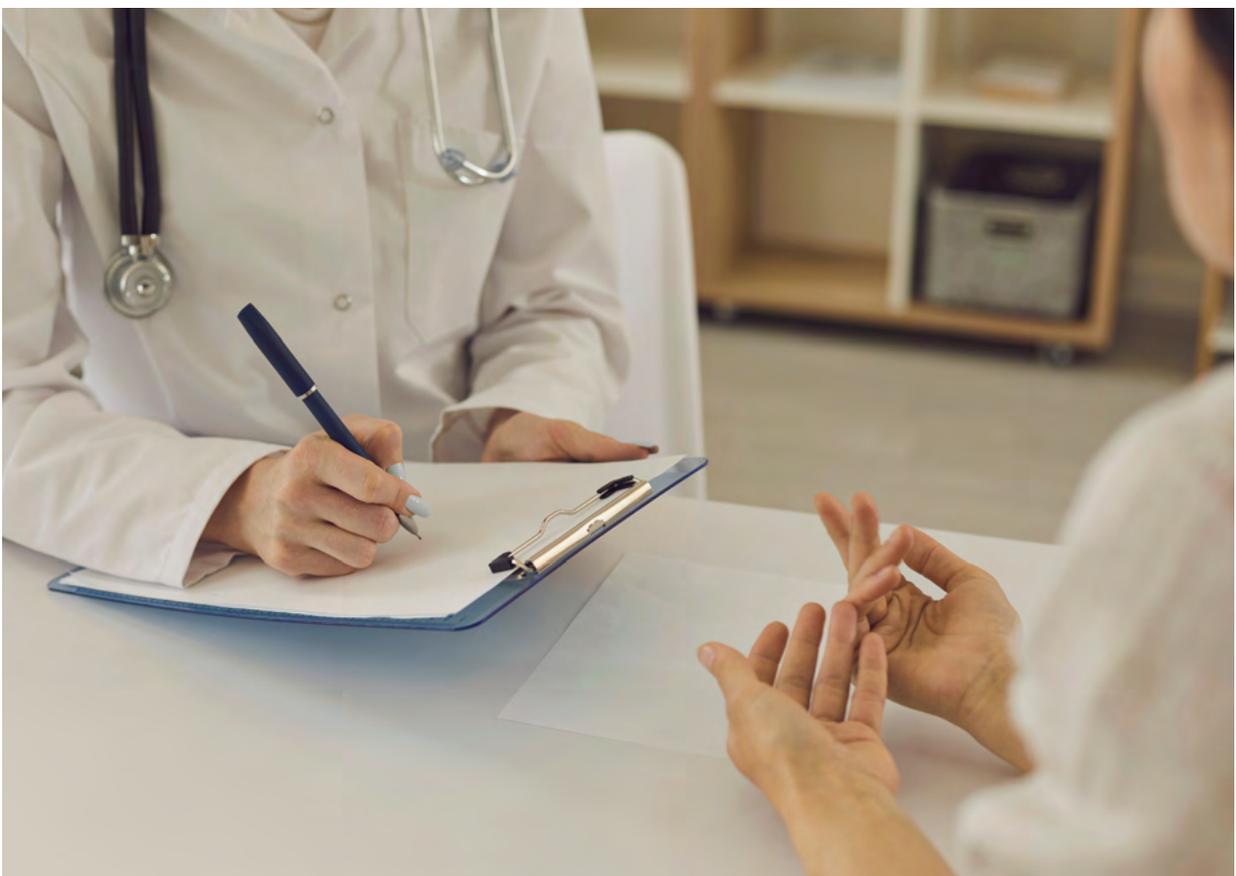
A LIRE

10 questions maladie

CPAM infos

Acc maladie pro

”



L'invalidité



Dr Richard TORRIELLI, Administrateur d'Action Praticiens Hôpital et d'Avenir Hospitalier

L'INVALIDITÉ AU SENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Comment et combien ?

On est considéré invalide au sens de la Sécurité sociale si, après un accident ou une maladie survenue dans sa vie privée, et **d'origine non professionnelle**, sa capacité de travail ou de gain est réduite d'au moins 2/3 (66%). Ainsi, considéré comme invalide, on n'est pas en mesure de se procurer un salaire supérieur au 1/3 (33%) de la rémunération normale des travailleurs de sa catégorie et dans sa région.

La notion d'invalidité ne doit pas être confondue avec celle d'inaptitude qui est évaluée par la médecine du travail. Un salarié inapte n'a pas systématiquement droit au versement d'une pension d'invalidité. De même, un assuré social invalide n'est pas systématiquement inapte au travail.

Par exemple une personne déclarée inapte à porter des charges lourdes suite à des douleurs consécutives à un accident de la route ne bénéficie pas pour autant d'une pension d'invalidité. Elle pourra garder la capacité d'être salarié à même hauteur qu'auparavant sur un autre poste. La reconnaissance de l'invalidité par la Sécurité sociale permet de toucher une pension pour

remplacer la perte de salaire entraînée par son état de santé.

Pour déterminer le montant de la pension, les personnes invalides sont classées par la Sécurité sociale selon les 3 catégories :

- **1^{ère} catégorie** : invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- **2^{ème} catégorie** : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
- **3^{ème} catégorie** : invalides absolument incapables d'exercer une profession et en plus dans l'obligation de recourir à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

C'est le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui détermine la catégorie d'invalidité.

Être reconnu invalide de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie n'entraîne pas automatiquement l'inaptitude au travail. C'est au médecin du travail de le constater. Toutefois, le médecin du travail peut vous déclarer apte à travailler dans des conditions qui seront fixées dans son avis d'inaptitude (partiel), même en cas de classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie. On parle alors de reclassement.

Le classement dans une catégorie n'est pas définitif, une personne invalide peut par exemple passer de la 2^{ème} catégorie à la 1^{ère} catégorie. La pension est calculée sur la base d'un salaire

annuel moyen. Elle est obtenue à partir de ses 10 meilleures années de salaire (salaires soumis à cotisations dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale, soit 3 925 € par mois en 2025).

La pension est calculée en tenant compte de la catégorie d'invalidité, dans les conditions suivantes :

	% du salaire annuel moyen	Pension mensuelle mini	Pension mensuelle maxi
1 ^{ère} catégorie	30%	335,29 €	1 177,50 €
2 ^{ème} catégorie	50%	335,29 €	1 962,50 €
3 ^{ème} catégorie	50%, + 40 % tierce pers.	1 601,89 €	3 229,10 €

Le montant de la pension peut être augmenté ou diminué si son état de santé évolue ou si on reprend un travail.

Cumuls possibles

Il est possible de cumuler sans restriction une pension d'invalidité avec une rente versée dans le cadre d'un contrat de prévoyance.

On peut aussi cumuler sa pension d'invalidité avec certains revenus, professionnels (salarié ou non salarié), dans certaines conditions, en fonction d'un seuil de comparaison fixé :

- soit au niveau du salaire moyen de la dernière année d'activité avant le passage en invalidité dans la limite de 1,5 x le plafond annuel de la Sécurité Sociale,
- soit 70 650 € soit au niveau du salaire annuel moyen des 10 meilleures années d'activité avant le passage en invalidité.

Ce seuil est fixé selon la règle la plus favorable à l'assuré.

Lorsque le seuil de comparaison est dépassé, le montant de la pension d'invalidité au-dessus de ce seuil est réduit de moitié du montant du dépassement. Par exemple : si la somme de votre pension et de votre salaire est de 200 € au-dessus de votre salaire de comparaison, votre pension d'invalidité sera réduite de 100 €.

Si on atteint l'âge légal de départ à la retraite

pour inaptitude tout en travaillant, on continue de percevoir sa pension d'invalidité jusqu'à sa demande à percevoir la pension de retraite.

La pension d'invalidité est automatiquement remplacée par la pension de retraite pour inaptitude obtenue au titre de son invalidité, à partir de 62 ans. Cependant, si on souhaite poursuivre son activité professionnelle, on peut continuer à cumuler ses revenus d'activité avec sa pension d'invalidité après 62 ans et jusqu'à 67 ans.

SI L'ACCIDENT OU LA MALADIE EST D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

On peut percevoir, sous conditions, une rente d'incapacité permanente. La CPAM détermine un taux d'incapacité permanente (IPP) qui permet de percevoir une indemnisation. Selon ce taux d'IPP, cette indemnité est versée sous forme de capital somme d'argent ou de rente viagère prestation financière versée périodiquement jusqu'au décès du bénéficiaire.

L'INVALIDITÉ DES FONCTIONNAIRES

Elle est prise en charge dans le cadre de leur protection statutaire et de leur régime spécial de sécurité sociale.



Invalité ne résultant pas d'une cause professionnelle

À l'expiration des droits à congés maladie rémunérés, le fonctionnaire reconnu inapte temporairement à exercer ses fonctions par le **conseil médical** est placé en disponibilité d'office pour raison de santé pour une durée maximale de trois ans. Durant cette période de disponibilité, il peut bénéficier, sous certaines conditions, des indemnités journalières de sécurité sociale ou de l'allocation d'invalité temporaire.

Le fonctionnaire reconnu définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions par le conseil médical peut être mis à la retraite anticipée pour invalité, parce qu'il ne peut pas être reclassé. Cela intervient d'office à l'initiative de l'administration ou à sa demande à tout moment. La mise en retraite d'office pour invalité ne peut intervenir que dans la situation où un fonctionnaire a épuisé ses droits statutaires à congé maladie, sauf si l'inaptitude résulte d'une maladie ou d'une infirmité qui n'est pas susceptible de traitement en raison de son caractère définitif et stabilisé. Le fonctionnaire est alors radié des cadres de manière anticipée. Il perçoit ensuite une pension de retraite pour invalité, dite "pension pour invalité non imputable au service".

Invalité résultant d'une cause professionnelle

Lorsque le fonctionnaire victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle reprend son service à l'issue d'un Congé pour Invalité Temporaire Imputable au Service (CITIS), il est possible, même si son état de santé est consolidé, qu'il conserve une incapacité permanente en lien avec cet accident. Il peut alors, sous certaines conditions, percevoir une allocation temporaire d'invalité (ATI, voir infra) cumulable avec son traitement.

Lorsqu'un fonctionnaire se trouve définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions par suite d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle et qu'il ne peut pas être reclassé dans un emploi correspondant à ses aptitudes physiques, il est radié des cadres par anticipation et mis à la retraite pour invalité. Il perçoit alors une pension de retraite attribuée pour invalité, dite "pension d'invalité imputable au service". Le fonctionnaire retraité peut également prétendre au versement d'une rente viagère d'invalité



cumulable avec sa pension. Il peut aussi bénéficier d'une majoration spéciale de sa pension, la majoration pour tierce personne, s'il se retrouve dans l'obligation d'avoir recours d'une manière constante à l'assistance d'une tierce personne.

L'INVALIDITÉ DES AGENTS CONTRACTUELS

Elle est prise en charge dans le cadre du régime général de sécurité sociale.

Invalité ne résultant pas d'une cause professionnelle

Les agents contractuels de droit public peuvent être placés, à l'issue d'un congé maladie ou de grave maladie, en congé sans traitement pour une durée maximale d'une année si l'incapacité de travail est temporaire. Cette durée peut être prolongée de six mois s'il résulte d'un avis médical que les agents seront susceptibles de reprendre leurs fonctions à l'issue de cette période complémentaire. À l'issue des droits à congé sans traitement, les agents contractuels, dont l'inaptitude physique définitive a été constatée médicalement et en l'absence de reclassement possible dans un autre emploi, sont licenciés.

En cas d'invalité temporaire d'origine non professionnelle, les agents publics affiliés au régime général de sécurité sociale peuvent bénéficier d'une pension d'invalité, en vertu des articles L. 341-1 à L. 341-17 du code de la

sécurité sociale. Cette pension, versée par la caisse primaire d'assurance maladie, vise à compenser la diminution de la capacité de travail et peut être cumulée, sous certaines conditions, avec la perception d'un revenu salarié.

Les agents contractuels définitivement inaptes au travail peuvent, quant à eux, bénéficier d'une pension de retraite au titre de l'inaptitude, conformément à l'article L. 351-7 du code de la sécurité sociale.

Invalidité résultant d'une cause professionnelle

Les agents contractuels qui conservent une incapacité permanente en raison d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle peuvent percevoir une rente d'accident du travail ou une rente en capital, conformément aux dispositions du régime général de la sécurité sociale.

Les agents contractuels qui se trouvent définitivement inaptes à l'exercice de leurs fonctions par suite d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle et qui n'ont pas pu être reclassés dans un emploi correspondant à leurs aptitudes physiques, sont licenciés. Ils conservent le bénéfice de la rente d'accident de travail du régime général de la sécurité sociale, sous réserve de continuer à satisfaire à ses conditions d'octroi.

PRATICIENS HOSPITALIERS (QUI NE SONT PAS FONCTIONNAIRES !)

Pour ce qui est de l'invalidité, les garanties statutaires des praticiens hospitaliers fournissent une couverture dérisoire, avec des prestations similaires à celles de l'invalidité au sens de la sécurité sociale :

- **Groupe 1** - invalidité entre 33% et 66% : 30 % du salaire limité au plafond de la Sécurité Sociale. (soit au maximum 1 100 € par mois),
- **Groupe 2** - invalidité égale à 100 % : 50 % du salaire limité au plafond de la Sécurité Sociale. (soit 1 833€ par mois en 2023),
- **Groupe 3** - invalidité totale et définitive : 50 % du salaire limité au plafond de la Sécurité Sociale avec forfait pour assistance d'une tierce personne. (soit 3 025 € par mois en 2023. Serait valorisé – sous réserve – en février 2025 à 3925 €)

Ce type de classification basée sur les barèmes sécurité sociale sera d'autant moins favorable que l'on aura à faire à une activité à dominante chirurgicale (exemple perte de la pince).

Les gardes et astreintes ne sont pas couvertes par les garanties statutaires.

AIT, ATI, ASI : NE PAS CONFONDRE !

Allocation d'Invalidité Temporaire

Un fonctionnaire titulaire temporairement inapte, qui a épuisé ses droits à congé de maladie et qui n'est pas admis à la retraite pour invalidité, peut bénéficier d'une allocation d'invalidité temporaire (AIT) s'il est atteint d'une invalidité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail.

L'allocation d'invalidité temporaire (AIT) peut être accordée si on répond aux 4 conditions suivantes :

- Épuisement des droits à congé de maladie, de longue maladie (CLM) ou à congé de longue durée (CLD),
- État de santé incompatible à la reprise des fonctions, et non admis à la retraite pour invalidité,
- Placement en disponibilité d'office sans droit aux indemnités journalières de maladie,
- Invalidité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail.



Pour pouvoir bénéficier de l'allocation d'invalidité temporaire (AIT), on doit être fonctionnaire titulaire de l'État ou fonctionnaire titulaire territorial ou hospitalier affilié à la CNRACL (Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales).

Classé dans le 1^{er} groupe, la somme de la part du traitement indiciaire et de la part de l'indemnité de résidence ne peut pas dépasser 1 177,50 €.

Classé dans le 2^{ème} ou le 3^{ème} groupe, la somme de la part du traitement indiciaire et de la part de l'indemnité de résidence ne peut pas dépasser 1 962,50 €.

Allocation temporaire d'invalidité

L'allocation temporaire d'invalidité (Ati) peut être accordée, en plus du traitement indiciaire, au fonctionnaire qui travaille tout en étant atteint d'une invalidité, à la suite d'un accident du travail ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10 % ou à la suite d'une maladie professionnelle.

Pour pouvoir bénéficier de l'allocation temporaire d'invalidité (Ati), il faut :

- Être fonctionnaire titulaire de l'État ou fonctionnaire titulaire territorial ou hospitalier affilié à la CNRACL,
- Être en activité,
- Être atteint d'une invalidité à la suite d'un accident du travail ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10 % ou à la suite ou d'une maladie professionnelle.

Si on est atteint d'une maladie professionnelle, on peut bénéficier de l'allocation temporaire d'invalidité à condition que cette maladie ouvre droit à une rente.

Le taux d'invalidité est déterminé suivant un barème indicatif.

Dans le cas d'aggravation d'infirmités préexistantes, le taux d'invalidité pris en compte est déterminé par rapport à la validité restante.

La réalité des infirmités invoquées, leur imputabilité au service, la reconnaissance du caractère professionnel des maladies, leurs conséquences et le taux d'invalidité qu'elles entraînent sont appréciés par le **conseil médical**.

Le taux d'invalidité est fixé par l'administration employeur au vu de l'avis du conseil médical et de l'avis conforme du Service des retraites de l'État si on est fonctionnaire d'État ou de la CNRACL si on est fonctionnaire territorial ou hospitalier.

Le montant mensuel de l'allocation temporaire d'invalidité est égal à 1 230,70 € multiplié par le taux d'invalidité.

Allocation Supplémentaire d'Invalidité

Pour bénéficier de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), il faut remplir les conditions suivantes :

- Habiter en France de façon permanente ou au moins 6 mois dans l'année,
- Avoir des ressources qui ne dépassent pas un plafond mensuel (plafond au 1^{er} avril 2024) de 899,56 € par mois pour une personne seul, 1 574,24 € par mois pour un couple (mariage, Pacs, concubinage),
- Percevoir une pension d'invalidité ou une pension de veuf ou de veuve invalide pour les salariés.

QUELQUES CAS PARTICULIERS EN COMPARAISON

Invalidité des sapeurs-pompiers professionnels (SPP)

Le SPP perçoit une **allocation temporaire d'invalidité** lorsqu'il est victime d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 10 % ou d'une maladie professionnelle. Le montant de l'allocation temporaire est fixé à la fraction de traitement



brut afférent à l'indice 100. L'allocation temporaire d'invalidité est accordée pour une période de cinq ans. A l'expiration de cette période, les droits du fonctionnaire font l'objet d'un nouvel examen.

Si la radiation des cadres est prononcée pour aggravation de l'invalidité, l'allocation est remplacée par la rente d'invalidité.

Sapeurs-pompiers volontaires

La protection sociale en service du SDIS pour les sapeurs-pompiers volontaires prend en charge les conséquences financières des accidents et maladies contractés en service, c'est-à-dire intervenus pendant une intervention, le trajet domicile-centre de secours ou centre de secours-intervention, les activités sportives de service, la formation.

Le bénéfice du régime de la protection sociale est conditionné à la reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie.

L'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie peut être reconnue par le SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours) :

- sans consultation préalable de la commission départementale de réforme lorsque l'incapacité de travail ne dépasse pas 15 jours,
- après consultation préalable de la commission départementale de réforme dans les autres situations.

La commission apprécie la réalité des infirmités, leur imputabilité au service, les conséquences ainsi que le taux d'invalidité qu'elles entraînent.

Dès lors que l'accident ou la maladie est reconnue imputable au service, le sapeur-pompier volontaire bénéficie :

- de la gratuité des frais de santé liés à l'évènement : frais médicaux, chirurgicaux, de traitement, etc. dans la limite des barèmes du ticket modérateur de la sécurité civile,
- du versement, en cas d'arrêt de travail consécutif à une invalidité temporaire, d'une indemnité journalière compensant la perte de revenus subie.

L'indemnité journalière est égale à :

- pour les sapeurs-pompiers volontaires qui exerçaient une activité salariée : 1/90^{ème} des revenus salariés imposables perçus, au titre des trois mois précédant l'arrêt de travail,
- pour les sapeurs-pompiers volontaires qui

exerçaient une activité non salariée : 1/365^{ème} des revenus professionnels non-salariés est versée déclarés, au cours de l'année précédant celle de l'arrêt de travail.

Le montant minimum de l'indemnité journalière est fixé à huit fois l'indemnité horaire versée, en cas d'intervention.

L'indemnité journalière est versée pendant toute la durée d'arrêt de travail, son montant ne varie pas en fonction de la durée de celui-ci.

En cas d'invalidité permanente, une allocation lorsque le taux d'invalidité est compris entre 10 et 50 %, ou une rente permanente lorsque le taux d'invalidité dépasse les 50 %

Elle est égale au montant perçu par un SPP du même grade. Ou, si le calcul est plus intéressant, elle peut être calculée sur la référence de :

- pour les sapeurs-pompiers volontaires qui exerçaient une activité salariée : salaire annuel de l'intéressé tel que défini par le Code de la sécurité sociale (affiliation au régime général de la sécurité sociale) ou le Code rural et de la pêche maritime (affiliation au régime de la mutualité sociale agricole),
- pour les sapeurs-pompiers volontaires qui exerçaient une activité non salariée : revenus professionnels perçus au cours de l'exercice fiscal précédant celui de l'arrêt de travail tels qu'ils résultent de l'avis d'imposition sur le revenu.

Pour les sapeurs-pompiers volontaires fonctionnaires : ces revenus correspondent au montant de la rémunération perçue au cours des douze mois précédant.

NB : Réforme des retraites

Les nouvelles dispositions relatives à la retraite prévues par la loi 2023-470 du 14 avril 2023 sont entrées en vigueur au 1^{er} septembre 2023.

Ainsi, l'âge légal de départ à la retraite passera progressivement de 62 ans à 64 ans et l'augmentation de la durée de cotisation nécessaire pour obtenir une retraite sans décote s'accélère pour atteindre 43 annuités.

La reprise à temps partiel



Dr Soazic PEDEN, Secrétaire Générale Adjointe d'Action Praticiens Hôpital

LE COMITÉ MÉDICAL

Le comité médical ([article R6152-36 du CSP](#)) est une instance consultative qui va donner un avis sur l'aptitude physique et mentale des praticiens hospitalier à exercer leurs fonctions, et sur toute question d'ordre médical intéressant les praticiens pour l'application des dispositions de leur statuts.

Elle est saisie :

- soit par le DG de l'établissement de santé après avis du PCME,
- soit par le DG ARS,
- soit par le DG du CNG.

Le comité médical est placé sous l'autorité du préfet. Le préfet désigne trois membres parmi les PUPH et les PH par arrêté sur proposition du DG ARS compétent. Le fonctionnement est géré par le service "offre de soins hospitalière" au niveau de l'ARS.

Le praticien dont le cas est soumis à un comité médical est tenu de se présenter devant lui, et si la demande lui en est faite, de lui communiquer les pièces médicales le concernant. Il peut demander que soient entendus un ou plusieurs médecins de son choix, qui ont accès au dossier constitué par le comité.

La convocation du comité médical adressé au PH rappelle qu'il est tenu de se présenter et qu'il peut demander que soit entendu un médecin ou plusieurs médecins de son choix, ayant accès au dossier constitué par le comité médical.

Un tableau récapitulatif est proposé par le CNG (voir via QRCode).

Il faut bien avoir en tête que le comité médical n'est pas une instance décisionnaire, la décision sera prise par le DG ARS, le DG du CH ou le DG du CNG :

- Concernant le congé de longue maladie, l'avis



Comité médical

médical ne peut pas être invalidé.

- Concernant le congé de longue durée, le DG ARS ou le DG du CNC peut prendre une décision, voire le préfet.
- Concernant l'accès à mi-temps thérapeutique, le DG du centre hospitalier est décisionnaire, après avis du comité médical.

Il n'existe pas statutairement comme dans la fonction publique une instance consultative supérieure pour faire appel des avis rendus par le comité médical. Le comité médical ne rend qu'un avis. **Seule la décision de l'administration est susceptible de recours.**

Il est nécessaire de monter un dossier très complet pour prétendre à un mi-temps thérapeutique qui peut être au maximum de deux ans, chaque année devant être en lien avec une pathologie différente.

QUE DIT LE CNG SUR LE SERVICE À TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE ?

L'**article R6152-43** du code de la santé publique rappelle que ce dispositif n'est pas un droit, il requiert un avis favorable préalable du comité médical et s'exerce dans les conditions fixées aux **articles L. 323-3** et **R. 323-3** du code de la sécurité sociale.

Le code de la santé publique n'indique pas quelle est l'autorité compétente pour prendre la décision de placement à temps partiel pour raison thérapeutique (plusieurs exemples de situations se sont présentés : préfet de département, directeur d'établissement de santé).



Article R323-3

Les objectifs du dispositif

1. Le maintien au travail ou la reprise du travail reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré,
2. La rééducation ou la réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec l'état de santé.

Il ressort que le temps partiel thérapeutique pourra être accordé :

- immédiatement après une absence, quel que soit le type de congé accordé (congé de maladie ou arrêt de travail pour maladie, congé longue maladie, congé longue durée, congé grave maladie ou arrêt de travail pour affection longue durée, congé ou arrêt de travail en lien avec un accident ou une maladie imputable aux fonctions) ;
- sans suivre immédiatement un arrêt de travail lorsque la pathologie empêchant la reprise à temps complet est en lien avec une ALD (affection de longue durée) ou un AT/MP (accident de travail/maladie professionnelle) ;
- Suivi immédiatement d'un arrêt de travail lorsque la pathologie empêchant la reprise à temps complet est en lien avec une ALD (affection de longue durée) ou un AT/MP (accident de travail/maladie professionnelle).

Pour les renouvellements des périodes de temps partiel thérapeutique, le comité médical n'est pas obligatoirement saisi.



Quotité d'exercice sur le statut de praticien hospitalier et service à temps partiel pour raisons thérapeutiques (TPT)

- Pour le PH en exercice à 4 ou 5 demi-journées : impossibilité de bénéficier du dispositif de TPT.
- Pour les PH en exercice à 10 demi-journées : TPT ouvert entre 5 et 9 demi-journées.
- Pour le PH en exercice à 9 demi-journées : TPT ouvert entre 5 et 8 demi-journées.
- Pour le PH en exercice à 8 demi-journées : TPT ouvert entre 5 et 7 demi-journées.
- Pour le PH en exercice à 7 demi-journées : TPT ouvert entre 5 et 6 demi-journées.
- Pour le PH en exercice à 6 demi-journées : TPT ouvert à 5 demi-journées.

Durée

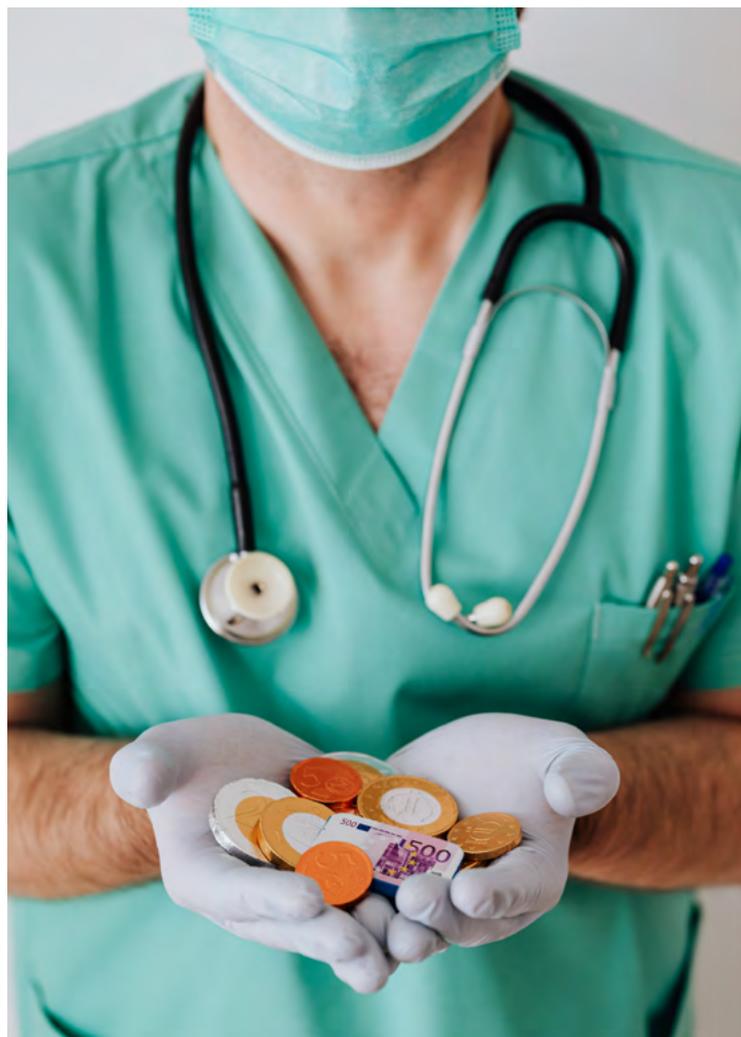
Après une lecture croisée des différents articles du code de la santé publique et des **articles L. 323-3** et **R. 323-3 du Code de la Sécurité Sociale (CSS)**, aucune disposition législative ni réglementaire ne semble limiter la durée permise du TPT.

Il n'existe pas de lien direct entre la durée du TPT et la durée d'indemnisation prévue par le CSS. Ainsi, il semble que la durée permise du TPT soit convenue au cas par cas compte tenu de la situation du praticien hospitalier et l'employeur notamment. En revanche, au-delà de la durée d'indemnisation prévue par les textes, aucune IJ ne pourra être versée si le TPT se poursuit.

Émoluments et primes

Un praticien hospitalier placé en TPT peut bénéficier à la fois des émoluments prévus par **l'article R6152-23 du code de la santé publique** (versés au prorata de son temps de travail effectif) et des IJ prévues par les dispositions précitées du CSS. Le montant cumulé de ces émoluments et de ces IJ ne devra toutefois pas conduire à verser au praticien une rémunération supérieure à celle qu'il aurait obtenue s'il n'avait pas bénéficié d'une réduction d'activité.

Pour les renouvellements des périodes de temps partiel thérapeutique, le comité médical n'est pas obligatoirement saisi.



ENTRE CONGÉS MALADIE ET DÉMARCHES ADMINISTRATIVES : MARIE-CLAIRE RACONTE ¹

Nous avons proposé à Marie-Claire de partager avec Actu'APH son expérience et les éléments qu'elle a découverts : elle souligne à quel point il est crucial d'être bien informé sur les dispositifs existants et les démarches à suivre lorsqu'on vit avec une maladie chronique — un manque d'informations qui lui a cruellement fait défaut...

Être correctement renseigné est en effet indispensable pour pouvoir bénéficier pleinement de l'ensemble des aides disponibles et faire ainsi valoir ses droits.

Les problèmes de santé chronique concernent 52,8 % de personnes à partir de 50 ans ; environ 41 % déclarent une maladie chronique entre 50 et 59 ans. En 2017, plus de 10 millions de personnes sont reconnues en ALD.

Avoir une maladie chronique impose une prise en charge qui doit s'adapter au mieux à son rythme de travail, au rythme des soins, qui doit permettre des arrêts de travail si nécessaire et la construction d'un parcours professionnel adapté à ses possibles.

Je retiens cinq points essentiels, que mon parcours vous illustrera :

1. L'assurance prévoyance : elle va garantir un complément de salaire en cas d'arrêt maladie récurrent ou prolongé. Attention à la limite d'âge pour prendre une prévoyance !

2. Avez-vous un médecin traitant déclaré, autre que vous ? Ce sera le pilier de votre suivi et c'est impératif, surtout lorsqu'il s'agit de poser des arrêts de travail récurrents.

3. Votre établissement hospitalier : Quelle est la qualité de vos liens avec votre hôpital et avec la direction de l'hôpital, avez-vous accès

au médecin du travail, interlocuteur essentiel entre la direction et vous ?

Dans la loi, le directeur de l'établissement peut émettre un doute sur la pathologie en cas de congé de longue maladie.

Par ailleurs, c'est le directeur de l'établissement qui valide en dernier lieu la possibilité d'un mi-temps thérapeutique, une fois que le comité médical l'a validé.

La qualité des liens et de la communication avec votre direction est donc essentielle, et la présence d'un médecin du travail est extrêmement importante dans ces situations.

4. La MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), la reconnaissance du handicap, et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, (RQTH).

Attention ! votre dossier doit être fait impérativement **avant 60 ans** auprès de la MDPH.

Passé 60 ans, vous ne relèverez plus de la MDPH et des dispositifs AAH et RQTH, mais du régime vieillesse, avec l'APA (Allocation Perte d'Autonomie), qui ne compensera pas le handicap, et ne financera pas des aménagements qui peuvent être conséquents.

Il est précisé dans le dossier MDPH que l'âge retenu sera l'âge d'apparition de la maladie et non pas l'âge de la demande de reconnaissance

du handicap ; et comme personne ne m'avait informée de cette limite d'âge, malgré différents rendez-vous avec des assistantes sociales, me concernant, j'ai demandé la RQTH après l'anniversaire de mes 60 ans, donc dans la 61^{ème} année ; je vous déconseille très fortement d'être dans cette situation limite qui a été la mienne.

Remarquez que si le temps de travail s'est allongé avant de pouvoir être en retraite, mais pas l'âge butoir pour se déclarer à la MDPH.



¹ Marie-Claire (prénom d'emprunt) a souhaité rester anonyme pour nous confier son expérience

L'AAH peut être versée :

- Jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite si votre taux d'incapacité est inférieur à 80 % et si vous remplissez toutes les conditions ;
- Au-delà de l'âge légal de départ à la retraite, en complément éventuel de votre pension, si votre taux d'incapacité est au moins égal à 80 %.

A partir de 60 ans, pour une première demande,

- Si la personne est autonome (GIR 4 à 6), c'est la caisse de retraite qui pourra financer des besoins pour compenser une perte d'autonomie.
- Si la personne est plus dépendante (GIR 1 à 4), ce sera le département (APA).

5. Le suivi de la Sécurité sociale : contrôle médical, proposition d'invalidité, affection longue durée, la sécurité sociale va être un interlocuteur de premier ordre...

Concernant le statut de l'invalidité, sachez que **si vous êtes en invalidité, vous serez mis d'office à la retraite à 62 ans.**

Je vous propose un récit de mon parcours de soins et des écueils que j'ai pu rencontrer, dans l'idée que ce témoignage puisse aider nos collègues qui vont être confrontés à la prise en charge d'une maladie chronique.

J'ai 64 ans. Je travaille à l'hôpital depuis l'âge de 18 ans.

J'ai fait mes études de médecine avec un double cursus en PCEM1, et pour ne pas se retrouver sans rien à la fin d'un 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} PCEM1,



j'avais choisi le cursus infirmière. J'ai donc travaillé comme aide-soignante, puis infirmière puis externe, puis interne en pédiatrie.

De 1989 à 1995, je m'installe en libéral comme pédiatre, avec poursuite d'une activité hospitalière sous la forme de vacations en pédiatrie. Je participe aux gardes, réalise des vacations en maternité, des astreintes opérationnelles en maternité une semaine sur cinq. À cela, se rajoute une activité de PMI et des gardes le week-end organisées par notre association de pédiatres. Dans notre cabinet de 3 pédiatres, nous sommes tout le temps joignables...

En 1995 : après avoir fait un DU de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et développé de fortes collaborations avec des psychiatres pour les parents et les enfants, je décide de cesser mes activités pédiatriques, de reprendre des études et un assistantat qui me conduiront en 2000 à passer le concours de praticien hospitalier en psychiatrie.

En 2000, je suis PH en pédopsychiatrie, avec une activité de liaison, CAMSP, puis CMP et CATT Ados.

Je change de région en 2004, et cela fait 20 ans maintenant que je suis dans mon établissement actuel : un CHS.

J'y ai exercé initialement une activité de secteur très classique, CMP, CATT, ouverture d'un SESSAD autisme, ouverture d'un hôpital de jour enfants.

J'ai eu mon quatrième enfant en 2005, puis je suis passée cheffe de service intersectoriel, mon activité se centrant sur les cas complexes, les dispositifs transversaux CMPP intensif ado, accueil familial thérapeutique, unité mobile pour patient en rupture sociale et de soins, hospitalisations....

En 2013, séparation conjugale, j'ai quatre enfants, trois en études supérieures, et je prends sur les conseils d'une amie, une prévoyance.

En 2016, à l'occasion d'un premier burnout, j'atterris dans le bureau du médecin du travail, qui déclare immédiatement une inaptitude au travail. Il m'encourage très fortement à aller voir un spécialiste. De toute évidence, j'ai les symptômes d'une maladie neuro-évolutive, on disait avant neurodégénérative...

Cependant la surcharge de travail était telle que, même en bonne santé, il était tout à fait possible de faire un burnout. (100 km par jour, trois structures HD), CMP ado, AFT... sur des sites différents).



En arrivant dans le bureau du médecin du travail, je dis que j'ai eu un accident de voiture, (de la carrosserie), le médecin du travail contre-indiquera les trajets. Je suis arrêtée deux mois et demi. Je serai diagnostiquée le **29 décembre 2016**, et ce grâce à des collègues qui ont réussi à m'avoir un rendez-vous avec un neurologue. J'avais démarché tous les neurologues de ma ville, aucun rendez-vous possible avant six mois...

2017, c'est la première année, il faut s'approprier le diagnostic : tout le monde te demande comment tu vas, on te vanne sur tes tremblements, et en même temps, si on ne te demande pas comment tu vas, tu te sens abandonnée... de ce côté-là, mes patients m'ont bien aidée.

" - Oh mais Docteur, tu as la maladie de ... !!
- Eh bien oui, et vois-tu je me soigne, comme ça je peux travailler..."

Mon déni s'est exprimé dans ma prise en charge : je ne voulais pas être tracée à la sécurité sociale, je voulais être anonymisée.

Pas d'ALD, pas de MDPH... La première année, je rentre dans un protocole de recherche, comme cela, je suis anonymisée.

Je reprends le travail fin janvier 2017, et je suis convoquée par le médecin de la sécurité sociale pour le suivi de mon arrêt de travail. J'ai la grippe et je ne peux pas me rendre à ce rendez-vous. Je n'aurai pas de nouveau rendez-vous avec le médecin de la sécurité sociale avant 2020.

Décembre 2017, je démarre les traitements médicamenteux : effets secondaires de toutes sortes, mais il faut s'accrocher.

Juillet 2018. Premier jour de vacances, chute dans les escaliers : fracture du calcanéum non diagnostiquée (radio normale). Je reprends

le travail et finalement, c'est un scanner qui permettra le diagnostic devant la persistance des douleurs. Comme j'avais repris le travail, j'ai continué avec des béquilles...

Novembre 2019 : deuxième burnout sévère, contrecoup d'un état hypomaniaque, lié à un changement de thérapeutique.

Mon médecin traitant établit un protocole d'ALD le 19 novembre 2019. Mon congé maladie dépasse trois mois. Je suis payée en demi-solde pendant un mois, et je n'arriverai jamais à finaliser mon dossier de prévoyance pour obtenir un complément de salaire.

Sur proposition de mon psychiatre, je fais la demande d'un mi-temps thérapeutique. Il faut passer par un comité médical. Je ne sais pas ce que c'est qu'un comité médical, qui l'organise, comment... Malgré de nombreuses démarches, impossible d'identifier l'instance qui l'organise. J'ai plusieurs rendez-vous à la sécurité sociale, les assistantes sociales ne sont pas en mesure de m'aider ; elles ne connaissent pas le circuit pour les praticiens hospitaliers. Je n'arriverai jamais à avoir d'informations en 2020. **Il aura fallu six mois pour monter un comité médical.** Heureusement que j'avais fait la demande en 2019 par anticipation...

Dès le mois de février 2020, je suis en capacité de retravailler et en manque de travailler. Le retrait social, le manque de relation sociale et de conversation me pèsent avec une très discrète perte d'habileté sociale, un léger trouble du langage, un manque du mot et une capacité d'attention diminuée. Mais je me sens incapable de travailler à temps plein. Je prends rendez-vous avec le médecin du travail qui est un médecin qualifié en médecine du travail mais non agréé et je prends rendez-vous avec le directeur de

l'hôpital, après avoir informé ma cheffe de Pôle, qui elle-même a démarché auprès de la direction pour que je puisse reprendre le travail. J'expose ma situation et nous convenons que je reprends le travail et que je bénéficie d'aménagements, sous forme de télétravail, ce d'autant plus facilement que c'est le début du confinement lié à la COVID. Ayant en charge des adolescents qui très vite vont aller mal, le travail est assez vite intensif...

Je passe devant le comité médical le 10 juillet 2020, six mois après la demande.

Je suis mise en arrêt de travail la semaine précédant le comité, puisque la demande de mi-temps thérapeutique ne peut se faire qu'en situation d'arrêt de travail. Ce n'est plus tout à fait vrai, mais en 2020, c'est l'information qui m'est donnée.

En mi-temps thérapeutique, nous sommes toujours considérés en arrêt de travail, et nous avons droit dans toute notre carrière professionnelle à deux années de mi-temps thérapeutique qui doivent être prononcés dans deux maladies différentes.

La rencontre avec le comité médical va s'avérer finalement un peu éprouvante : je ne m'y étais pas préparée, et d'emblée, le comité médical émet des réserves en expliquant que le mi-temps thérapeutique doit entraîner une reprise à temps-plein ensuite, sinon c'est l'échec de leur indication. Dans ma situation, ils émettent un doute en disant que je relèverais plutôt de l'invalidité, puisque le mi-temps ne m'apportera pas la guérison.

C'est la douche froide, je ne m'y étais pas préparée. Je réponds en décrivant les effets négatifs de l'arrêt, la récupération depuis la reprise du travail, la disparition de la dysarthrie et du manque du mot, l'amélioration fonctionnelle et la mémoire. J'indique que dans mon cas ce serait une perte de chance de ne pas avoir accès au mi-temps thérapeutique. Il m'est accordé un an de mi-temps thérapeutique avec l'engagement de reprise à temps plein même si ce n'est qu'une semaine, le comité médical me dit être très contrôlé...

Finalement le mi-temps thérapeutique m'aura permis de reprendre le travail trois ans à temps plein.

Octobre 2021, je suis convoquée par le médecin-conseil de la sécurité sociale. Ce médecin m'explique que je suis à deux ans d'arrêt de travail, puisque depuis novembre 2019, je n'ai pas acquis de nouveau droit congés maladie. En effet **il faut un an sans arrêt maladie pour récupérer des droits à congé maladie**. Je suis

donc prévenue que si je n'arrive pas à réacquiescer ces droits congés, je serai placée en invalidité. Décidément **l'invalidité me poursuit**. C'est une nouvelle douche froide !

J'ai réagi vivement en expliquant que ces six mois d'attente du comité médical qui ne sont pas de ma responsabilité ont rallongé le délai de non-récupération de mes droits congés. Je dis que si la sécurité sociale me met en invalidité, je ferai un recours judiciaire.

Morale de l'histoire :

attention aux arrêts de travail récurrents et de longue durée car on peut vite arriver au statut d'invalidité ! Il est cependant important d'être bien informé sur le statut d'invalidité, mais pour ma part, ce n'était pas dans mon projet de vie.

À cette époque, personne ne m'a proposé le Congé Longue Maladie.

Comme je me dégrade lentement mais sûrement, avec la station debout assez pénible, des accès de fatigue neurologique, l'ordinateur qui est sans arrêt bloqué par des mouvements involontaires, les barillets de clés des multiples portes de mon service qui sont vrillés par la dystonie... je demande une reconnaissance de travailleurs handicapé



auprès de la MDPH, en 2021, un peu tard.

Attention : après 60 ans, il n'y a plus de dossier accepté auprès de l'MDPH, on relève alors du régime de la vieillesse et plus du handicap.

J'ai fait ce dossier dans la 61^{ème} année. Je pense qu'il faut éviter de se mettre dans des situations comme cela, à la limite.

Me concernant, j'ai rempli le dossier de MDPH avec une assistante sociale, insistant sur le fait que je n'avais pas eu l'information de cette limite d'âge, et que ma maladie était déclarée depuis 2016.

Cette RQTH aura été bien utile, permettant l'aménagement du bureau, aménagement de l'ordinateur, des sièges et de la configuration du bureau, aménagement des heures et demi-journées en télétravail, suivi par un ergothérapeute, budget alloué par le CHS pour financer les déplacements professionnels...

Fin 2023 : changement de direction, changements de pratiques et départ du médecin du travail en mai 2024. Je rencontre de très grosses pressions au travail. La tension, le stress, la fatigue, les conflits multiples avec la direction sur les recrutements médicaux et paramédicaux me conduisent à l'épuisement et à un nouvel arrêt de travail, le 3 juillet 2024.

Le troisième mois d'arrêt, le service RH m'envoie un avis de décès de mes primes : « j'ai le regret de

vous informer qu'à partir du mois d'octobre, vous ne pourrez plus percevoir l'indemnité IESPE et l'ISL". Mais aucune information sur les possibilités d'être accompagnée financièrement avec le CLM (Congé Longue Maladie). En effet, les praticiens placés en congé de maladie ne peuvent prétendre à des indemnités que sur une période qui ne peut excéder trois mois.

Selon les textes, le praticien percevra « la totalité de ses émoluments » :

- 3 mois, en congé de maladie ordinaire, puis 9 mois en demi solde,
- un an en congés de longue maladie, puis 2 ans en demi solde,
- 3 ans en congé de longue durée, puis 2 ans en demi-solde.

Je ne le savais pas, mais les émoluments ne comprennent pas les primes et indemnités, juste le salaire de base. C'est bien aussi pour cela qu'il est très important d'avoir une prévoyance, et de bien déclarer à sa prévoyance les évolutions en terme de prime, astreintes et gardes...

Je suis par ailleurs perplexe quant à mon statut de congé maladie car j'ai déjà reçu sans rien demander un courrier de la sécurité sociale, **le 28 août 2024**, m'indiquant que mon " arrêt de travail du 3 juillet 2024 a été reconnu en rapport avec une affection longue durée nécessitant des soins continus ou une interruption de travail supérieur à six mois par le service médical. L'assurance maladie prendra en charge mes soins d'une durée supérieure à six mois jusqu'à avis contraire ". Je renvoie ce document aux affaires médicales, mais manifestement ce document n'officialise pas un congé de longue maladie et c'est finalement ma psychiatre qui va m'expliquer le Congé de Longue Maladie.

Le 24 octobre 2024, j'envoie à la DAM la demande de congé longue maladie. On m'indique que la demande doit comporter un certificat médical de demande, un certificat médical détaillé sous pli confidentiel et une demande de saisine du comité médical par mes soins.

Le 4 novembre 2024, je fais encore la demande d'un accusé de réception de mon dossier. Eh oui ! il faut sans arrêt demander !

Je suis très perplexe, et mes collègues et mes



médecins sont étonnés d'apprendre que je dois passer en comité médical pour valider un congé de longue maladie. Finalement j'apprends que l'avis du comité médical est demandé si « le directeur a un doute sur la pathologie ».

Je commence à lire tous les textes, j'apprends que l'avis du PCME aurait du être demandé. Cet avis aurait peut-être permis de m'éviter plusieurs mois de demi-rémunération.

Contrairement à l'inculpé qui est réputé innocent jusqu'à son procès, un PH pour qui il existe un doute sur la pathologie est réputé coupable, puisque son salaire tombe à demi-solde jusqu'à la confirmation par le comité médical qu'il n'y a pas de doute sur la pathologie.

Je suis donc en demi-solde depuis fin septembre 2024, cinq mois (!!) avec un salaire de base mensuel de 2100€ net par mois (Heureusement que j'ai fait un prêt étudiant pour mon dernier enfant !). Après 46 ans de travail à l'hôpital, c'est humiliant !

Je suis convoquée pour le comité médical par la coordonnatrice de l'offre de soins de l'ARS, chargée de la mise en œuvre du comité médical. La convocation m'indique la composition du comité, avec les noms des trois médecins, et me précise que je suis tenue de participer à cette instance et de communiquer toutes les pièces médicales me concernant, m'invitant à confirmer ma présence, et se tenant à ma disposition pour information complémentaire tout comme le service des affaires médicales de mon établissement.

Ma convocation n'est donc pas conforme, puisque ce que disent les textes, c'est :

" La convocation du comité médical adressé au PH rappelle :

- **qu'il est tenu de s'y présenter**
- **qu'il peut demander que soient entendus un ou plusieurs médecins de son choix qui ont accès au dossier constitué par le comité médical. "**

Encore une fois, pas d'information. Et quel délai ! Il est très difficile de réunir trois médecins, vu la démographie médicale, et ce délai a un effet délétère...

Côté complément de salaire par la prévoyance, il y aura eu quelques couacs : démarrage du

complément après le troisième mois de demi-salaire, oubli de décembre 2024... il faut donc sans arrêt et à tous les niveaux réclamer...

En conclusion, plusieurs anomalies importantes dans mon parcours :

- C'est au directeur de saisir le comité médical, et pas au praticien.
- S'il avait un doute, la saisie se fait après avis du PCME, et dans mon cas, le PCME n'a pas été consulté. Il n'a pas été tenu compte de la décision de la sécurité sociale ; c'est légal, mais c'est tout sauf de la bienveillance...
- Je n'ai pas eu l'information que je pouvais être accompagnée.
- Un hôpital sans médecin du travail rend quasiment impossible un accompagnement des PH porteurs de maladies chroniques. Une reprise de travail après une longue interruption peut nécessiter un accompagnement spécifique. Les GHT censés regrouper les fonctions support ne pourraient-ils pas réorganiser un parcours de médecine du travail de proximité avec une équipe pluridisciplinaire existante de proximité, sous la référence d'un médecin du travail avec une déclinaison territoriale graduée pour la santé des PH et des paramédicaux ? Quelle attention est portée à notre santé, alors même que la profession est sinistrée ?
- Aucune information par le service des ressources humaines concernant les différents types de congé maladie, et alors qu'ils connaissent ma situation qui n'est pas nouvelle...

Enfin ? C'est la double peine, la maladie et l'absence d'information voire la rétention d'information, le flou, des avis divergents sur les droits et des assistantes sociales qui ne connaissent pas les spécificités du statut de PH, le fait que nous ne sommes pas fonctionnaires... En absence de référents identifiés, d'informations précises, nous connaissons des pertes de chance du fait des délais, avec des conséquences très importantes, et la nécessité de réclamer financièrement à tous les niveaux.

Le CNG pourrait-il proposer une cellule de recueil de demandes spécifiques et être un interlocuteur tiers, assurer un accompagnement de ces situations ?

Le plus aidant finalement aura été l'accompagnement des collègues et du syndicat. En souhaitant que les choses évoluent plus favorablement !

ENTRETIEN AVEC LE DR ALVAREZ, MÉDECIN DU TRAVAIL ET PRÉSIDENTE DE L'ANMTEPH¹

Merci Dr Alvarez, de nous apporter votre regard sur la question. Pour commencer, voulez-vous présenter votre association ?

L'ANMTEPH rassemble les médecins du travail, infirmiers, conseillers en prévention des risques professionnels, psychologues ou ergonomes intervenant au sein d'un service de santé au travail dans le secteur hospitalier (public ou privé). Elle a pour but de rassembler et soutenir les équipes de santé au travail des personnels hospitaliers, d'établir des relations avec tout organisme, toute personne s'occupant des questions de santé au travail dans les établissements de santé. Elle organise des sessions de formation, des journées nationales, et édite des revues thématiques pour ses adhérents. Elle se veut fédératrice, et vise à diminuer l'isolement professionnel, favoriser l'expression et la diffusion des idées et des travaux.

Vous avez lu le témoignage de notre collègue, quels sont vos commentaires ?

Elle a rencontré quand même des obstacles administratifs. Il y a des choses quand même qui ont heureusement un petit peu évoluées, qui se sont précisées. Ce que disait la collègue dans son témoignage, qu'on n'a le droit que à deux années de TPT pour deux motifs différents ? Alors, l'histoire de 2 motifs de TPT, je pense, n'est plus valable. Je retiens aussi l'importance d'avoir des bonnes relations avec sa direction des affaires médicales, pour avoir les infos, pour pouvoir déclencher des dispositions particulières, pour solliciter le comité médical... Parfois il faut relancer, c'est un petit peu fastidieux, pour savoir quand la saisine va être prise en considération et le dossier analysé... (= ce sont les affaires médicales qui relancent leur contact au niveau du comité médical).

De façon plus générale, les praticiens rencontrent de multiples situations possibles. C'est un peu le challenge pour les uns et les autres, j'imagine, et pour les praticiens, et pour les médecins du travail aussi, de se repérer par rapport aux questions de statut, de droit, en plus des problèmes médicaux.

Oui, l'association doit régulièrement se pencher sur les différents statuts qui modifient parfois les subtilités médico-administratives des arrêts, des reprises, de la protection sociale des médecins. Et j'ai l'impression que ça s'est quand même un petit peu simplifié au fil du temps. Ça reste quand même assez complexe. En plus, on se rend compte aussi en en discutant entre nous au sein du CA, étant chacun dans des hôpitaux et des régions différentes qu'il y a parfois des différences dans la façon dont sont pris en charge les dossiers au niveau des affaires médicales.

¹ Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (<https://anmteph.fr/>)

Typiquement, pour le temps partiel thérapeutique, c'est parfois tellement long d'avoir l'accord du comité médical que certains établissements, a priori, s'en passent. Pour le temps partiel thérapeutique, d'un hôpital à l'autre, on n'a pas toujours la même façon de procéder.

On nous avait annoncé qu'il y aurait eu une évolution par rapport au comité médical, mais on ne voit rien venir là.

Nous avons effectivement beaucoup d'échos, nous, de collègues, qui sont mis en grande difficulté par rapport aux questions de délai en particulier.

Mais oui, pour le temps partiel thérapeutique, normalement, ça devait être simplifié et qu'il puisse s'appliquer comme ça se passe pour le personnel non médical.

Et c'est vrai qu'on voit beaucoup plus d'agents à temps partiel thérapeutique qu'on en voyait il y a quelques années, depuis que l'accès en a été simplifié.

Le temps partiel thérapeutique permet vraiment aussi de reprendre le travail, parfois un peu plus précocement, quand on peut reprendre à temps partiel.

Je pense que ça permet plus aux gens de reprendre précocement qu'à d'autres de profiter de ce dispositif assez facile, parce qu'en général, les soignants, quels qu'ils soient, ne s'arrêtent pas de gaieté de cœur et ne réduisent pas leur activité de gaieté de cœur.

Tout le monde est bien conscient du sous-effectif dans les équipes et des difficultés pour leurs collègues quand ils sont en temps partiel. On peut compter sur la conscience professionnelle de nos collègues.

Le site du CNG, remis à jour précise déjà, que pour le renouvellement des périodes de temps partiel thérapeutique, le comité médical n'est pas obligatoirement saisi.

Et pour la rubrique " durée ", il est écrit : " après une lecture croisée des différents articles du Code de la santé publique et des articles L et R du Code de la sécurité sociale, aucune disposition législative ni réglementaire ne semble limiter la durée permise du temps partiel thérapeutique.

Il n'existe pas de lien direct entre la durée du temps partiel thérapeutique et la durée d'indemnisation prévue par la Sécurité sociale. Ainsi, il semble que la durée permise du TPT soit convenue au cas par cas, compte tenu de la situation du praticien

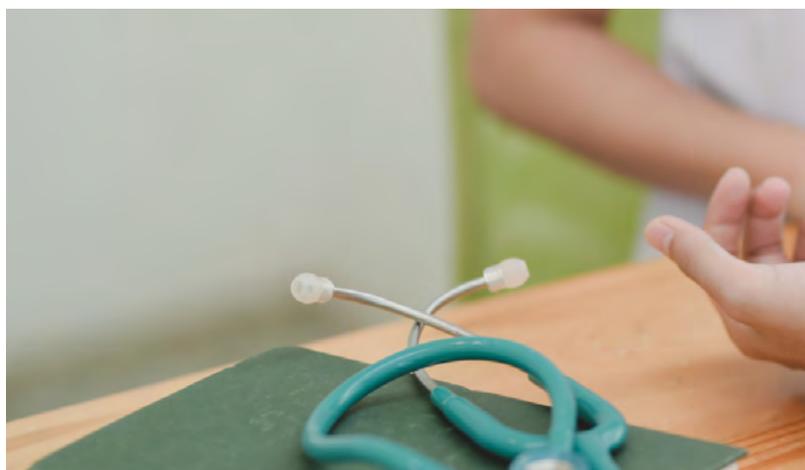
hospitalier et l'employeur notamment. "

Après, par contre, ils disent : " en revanche, au-delà de la durée d'indemnisation prévue par les textes, aucune IJ ne pourra être versée si le TPT se poursuit. "

Bref, c'est un peu compliqué quand même.

C'est écrit, il n'existe pas de lien direct entre la durée du temps partiel thérapeutique et la durée d'indemnisation prévue par la Sécurité sociale. Ainsi, il semble que la durée permise du temps partiel thérapeutique soit convenue au cas par cas, compte tenu de la situation du praticien hospitalier et l'employeur notamment. En revanche, au-delà de la durée d'indemnisation prévue par les textes, aucune IJ ne pourra être versée si le temps partiel thérapeutique se poursuit.

Donc, ce que je comprends, c'est que si l'état de santé du médecin justifie qu'il soit encore à



temps partiel thérapeutique, que l'employeur visiblement qui a son mot à dire est ok avec ça, ça pourrait durer longtemps, mais parfois au-delà de la période où il sera rémunéré à temps plein par la Sécurité sociale.¹

Le problème, c'est que ces textes sont quand même parfois bien compliqués à comprendre et qu'il faudrait qu'on ait une formation de juristes pour s'y repérer...

Les médecins du travail en général connaissent vraiment bien le code du travail et les règles applicables à tout ce qui concerne ces subtilités médico-administratives des personnels non-médicaux, qu'ils soient titulaires, fonctionnaires ou contractuels.

Mais c'est vrai que pour les médecins, on a peu

¹ Les informations complémentaires apportées par Mme MASSON cheffe du département de gestion des PH au CNG :

Le CNG ne connaît pas les données relatives aux médecins du travail comme il ne gère pas cette population.

Concernant le temps partiel thérapeutique, en effet, il n'est pas borné dans le temps mais l'indemnisation l'est quant à elle et elle est limitée à 365 jours. Il pourrait donc arriver qu'un PH soit autorisé à être placé en temps partiel thérapeutique au-delà d'un an, sans prise en charge par l'assurance maladie, le CH/CHU le rémunérant alors sur son budget propre ; En fait il est peu probable que cela arrive.

de situations, donc c'est vraiment toujours au cas par cas. Et en fait, à chaque fois, on est obligé de se replonger dans les textes parce qu'on n'a jamais deux situations identiques, parce que les textes évoluent et qu'on a heureusement peu de situations problématiques à ce point-là.

Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de médecins du travail qui maîtrisent toutes les règles applicables tellement c'est compliqué pour les médecins.

Est-ce que c'est un point particulier qui est abordé dans votre formation ?

Non. Dans notre formation, la réglementation, c'est plutôt la réglementation qui s'applique aux salariés du privé. Pour les médecins du travail qui atterrissent à l'hôpital, au mieux ils ont eu un



stage de six mois dans un service de santé au travail hospitalier où ils pourront toucher un petit peu du doigt les subtilités de la législation de la fonction publique hospitalière.

Donc quand on travaille à l'hôpital, il faut vraiment se former sur le tas et s'y plonger soi-même.

Donc avec l'association, on a une formation. L'ANMTEPH propose une formation de trois jours spéciale réglementation.

Pour le personnel non médical, c'est assez facile finalement.

Quelques collègues sont aussi dans des services inter-entreprises qui prennent en charge des salariés du privé très majoritairement (exemple des EHPAD de la fonction publique hospitalière, qui adhèrent à des services inter-entreprises) et sont souvent vraiment noyés dans cette législation qui est vraiment particulière à la fonction publique hospitalière.

Donc, pour les médecins, à chaque fois je vérifie si j'ai une problématique, parce que c'est vraiment compliqué, et grave de conséquences si on se plante.

Après je m'appuie aussi sur de bonnes relations avec la direction des affaires médicales.

Ils essaient vraiment, par exemple pour le temps partiel thérapeutique, d'être le plus arrangeant possible aussi. De toute façon c'est dans l'intérêt de tout le monde. Les médecins veulent reprendre, les services ont besoin des médecins, donc on essaye de trouver des modes de fonctionnement qui vont arranger tout le monde.

Dans un de vos supports, vous indiquez que les praticiens peuvent être éligibles aux aides du FIPHP (fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) Pouvez-vous nous en dire plus ?

On peut faire une convention avec le FIPHP, et bénéficier d'une enveloppe qui permet d'être dépensée sur certains critères pour des aménagements de postes. Cela peut permettre du mobilier, fauteuil ergonomique, au niveau du bureau, l'établissement est celui qui sollicite le FIPHP.

Avec des conventionnements, on arrive à avoir le matériel. Pour les formations, c'est beaucoup plus compliqué, on arrive à financer par exemple des bilans de compétences, mais par exemple pour une reconversion professionnelle, moi je n'ai jamais réussi pour l'instant à financer des formations pour les salariés du public, PNM ou PM.

La remarque aussi que je voulais faire par rapport au témoignage de votre collègue, c'est la présence du médecin du travail. ça m'a l'air d'être de plus en plus une catastrophe.

Hier, je faisais une formation sur les risques psychosociaux pour la promo de cette année des futurs médiateurs, avec dans le public de la formation environ trois quarts de directeurs et je parlais des risques psychosociaux, des facteurs de risque, des effets sur la santé, des moyens de prévention, du rôle du médecin du travail, de la prévention collective, etc.

Ils étaient un certain nombre non négligeable à regretter l'absence de médecin du travail dans leurs établissements et à se trouver un peu bloqués au niveau de ces démarches collectives, même si le médecin du travail n'est pas directement responsable de la prévention des risques professionnels.



C'est de plus en plus compliqué, surtout dans les petits établissements, d'avoir un médecin du travail.

Sur une situation médico-administrative un peu complexe, je ne vais pas avoir la réponse tout de suite, mais ça fait partie de mon job d'aller chercher, d'aller creuser.

Je vais interroger la DAM (poser des questions de façon anonyme pour la personne qui veut se renseigner), aller chercher des informations... mais encore faut-il qu'il y ait un médecin du travail.

Et vous avez des chiffres sur l'état actuel de la démographie en médecin du travail ?

On a essayé plein de fois d'avoir des chiffres. On a tapé à la porte du Conseil National de l'Ordre des Médecins, des ARS, de la Société Française de Médecine du Travail. On n'a pas vraiment de chiffres précis.

Il y avait une projection, « Profil médecin ». En janvier 2022, 4812 médecins du travail en activité en France, avec un âge moyen des médecins du travail de 55 ans. Il y avait 10% des médecins du travail qui étaient salariés ou hospitaliers, et 90% qui étaient a priori en service inter-entreprise.

Et d'ici 2030, il y aurait moins 7% des effectifs en France pour les médecins du travail.

Grosso modo, si je dis environ 300 médecins du travail pour la fonction publique hospitalière ?

Cela paraît conforme à la réalité.

À la louche.

Nous, au niveau de l'ANMTEPH, on a peut-être à peu près, entre 150 et 200 médecins adhérents.

Oui, tout le monde n'adhère pas forcément.

Personne n'est capable de recenser le nombre de médecins, tous les services hospitaliers, et de faire une espèce de cartographie.

Beaucoup de services fonctionnent sans médecins.

Et donc, par exemple, si vous voulez diffuser de l'information, vous rencontrez des difficultés ?

C'est ça. On a essayé de trouver des contacts. Les ARS ne veulent pas donner les adresses mails des médecins. Alors, on essaye de passer par des collègues qu'on connaît au sein des services inter-entreprises.

Il faudrait pouvoir plus diffuser.

L'APHNU, Association des Praticiens Hospitaliers Non Universitaires, vous propose des contrats adaptés à votre situation.

Nous vous accompagnons pour :

- Le **remboursement** de vos frais de soins
- Le **maintien de vos revenus** en cas d'arrêt de travail
- Le versement à vos proches de **capitaux** et de **rentes en cas de décès**



Pour répondre à vos questions et vous guider dans vos choix, vous pouvez contacter nos conseillers

au : **03 20 76 20 25**

Je voulais aussi que vous nous disiez quelques mots des visites pré-reprise et reprise aussi.

Oui.
Effectivement, on se dit déjà que quand il n'y a pas de médecin du travail...c'est mort !

Et autrement, par rapport à la pratique, est-ce que vous diriez que c'est systématique que vous essayez ? Comment il faut faire ?

Normalement, la visite de pré-reprise n'est pas obligatoire.

Elle est **demandée par le salarié concerné**, le médecin en l'occurrence, s'il est informé qu'il a cette possibilité de visite de pré-reprise, et je ne sais pas comment il peut en être informé.

Nous, ça nous arrive d'en parler quand on a l'occasion de parler un petit peu de notre travail.

Après, il peut aussi être venu spontanément parce que sans savoir parfois même que la visite de pré-reprise existe, parce qu'il a envie de préparer sa reprise et il se dit qu'on peut être de bons conseils.

La visite de pré-reprise peut être demandée par le salarié, elle n'est normalement pas demandée par l'employeur. Certains directeurs d'établissement prennent rendez-vous pour la visite de pré-reprise, pour un agent, je refuse : il faut que ce soit l'agent qui la demande.

Vous pouvez l'informer qu'il y a cette possibilité, mais ce n'est pas obligatoire.

Par contre, la visite de reprise est obligatoire.

Normalement, elle doit se faire dans les huit jours qui suivent la reprise. Mon emploi du temps ne me permet pas toujours de la faire.

Normalement, d'après la réglementation, c'est dans les huit jours, et c'est de la responsabilité de l'employeur de s'assurer que toutes les visites obligatoires sont faites.

Il arrive souvent qu'on voit l'agent en visite de reprise parce que c'est lui qui a pris rendez-vous.

Parfois, son cadre lui rappelle ou lui pose la question, est-ce que tu as fait la visite de reprise ?

Il dit oui ou non.

Bien souvent les cadres leur disent, " il faut que tu prennes rendez-vous pour la visite de reprise ". Et ils ne vont pas après vérifier que l'agent a pris rendez-vous....

La visite de reprise peut tout à fait passer à la trappe.

S'il y a un souci quelques temps après, le salarié pourrait se retourner contre l'employeur parce qu'on ne lui a pas demandé de faire la visite de reprise.

C'est obligatoire à partir de combien de temps d'arrêt ?

Alors, ça, c'est spécifique à la fonction publique hospitalière : c'est après au moins 30 jours d'arrêt. Dans le privé, c'est 60.

Pour moi, la visite de pré-reprise, c'est vrai que c'est parfois la plus importante des deux en fait.

Parce que la personne est encore en arrêt, ça permet de parler éventuellement du temps partiel thérapeutique, des aménagements.

Pour les médecins, ça m'arrive aussi régulièrement de faire des restrictions par rapport aux gardes, par rapport parfois aussi à certains aménagements de consultations, ou fonctions dans les services, des aménagements du contenu ou de la répartition de leur mission.

Et donc, la visite de pré-reprise, ça permet d'organiser ça ou au moins de prévenir, par exemple, la personne responsable de la planification des gardes qu'il ne va pas falloir compter sur ce médecin pour les trois mois à venir au moins par rapport aux gardes.

En fait, c'est un conseil à donner, que à chaque fois on fasse une visite de pré-reprise.

Quand on sait que la reprise risque de poser problème, il vaut mieux anticiper même sur le plan organisationnel avec la direction, avec les collègues, ça permet que la reprise soit aussi plus sereine pour le collectif.

Etes vous sollicités pour l'accompagnement au niveau du comité médical ?

On ne m'a jamais demandé d'accompagner un autre médecin.

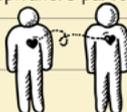
Là, j'avais l'impression avec le témoignage de votre collègue que ça avait été une épreuve difficile, ce comité médical. Je n'ai jamais entendu parler d'épreuves aussi traumatiques que celles que votre collègue décrivait.

J'ai l'impression que ça se faisait plutôt dans la confraternité. Ce sont des médecins aussi, au niveau du comité médical. La confraternité peut permettre d'apaiser ce climat d'appréhension que les médecins concernés peuvent ressentir. Peut-être que d'un comité médical à l'autre, ça se passe différemment.

La dernière expérience en date que j'avais, il me semble que le médecin concerné avait envoyé tous ses documents à l'avance, avait scanné tous ses documents et je me demande même s'il n'y avait pas eu juste une visio pour prendre la décision.

REJOIGNEZ-NOUS !

Qui sommes nous ??
L'ANMTEPH c'est l'association IN-CONTOURNABLE pour les professionnels de la santé au travail en établissements de soins !
Notre but c'est de rassembler et soutenir les équipes des services de santé au travail des personnels hospitaliers partout en France !



On organise des formations, et élaborons des recommandations, on donne notre avis au ministère...



ANMTEPH
Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux

Mais c'est quoi ce nom ?
Oui le nom est imprononçable, on n'y a pas touché depuis au moins 1980... ça se prononce «ENTèèèPE»

Il parait que vous faites un congrès ?
Tous les ans, nous organisons deux journées annuelles de formation.
C'est l'occasion idéale pour se retrouver autour d'un programme scientifique aux petits oignons entièrement dédié aux risques professionnels en établissements de soins et établissements médico-sociaux !!!
Cette année rdv à **MARSEILLE** les 18 et 19 septembre 2025.
En plus, c'est pas cher pour les internes ! Pas de spoil ici rdv dans pourquoi adhérer !

Pourquoi adhérer ?

- Faire partie d'un collectif dynamique de professionnels de la santé au travail amoureux du milieu hospitalier, sanitaire et social !
- Avoir accès à toutes nos ressources sur notre site internet (documentation, recommandations de bonnes pratiques, articles originaux, travaux des membres de l'association...)
- Avoir une super réduction pour notre congrès annuel pour les internes c'est : **65 euros au lieu de 800 euros** (moins cher c'est gratuit !)

Comment on nous contacte ?

06 99 38 07 04
secretariat@anmteph.fr
www.anmteph.fr

En savoir plus...
<https://anmteph.fr/adherer/>



Après, ce n'était peut-être pas une situation aussi compliquée que celle de votre collègue.

Mais si un médecin me demandait de l'accompagner, je le ferais.

Il m'arrive aussi pour les agents de faire des courriers pour le conseil médical en faisant un récapitulatif de l'histoire de la maladie, des difficultés que la personne a présentées, des possibilités d'aménagement. Donc là, bien sûr, il faut qu'on se soit vu en amont, que j'ai pu aussi échanger, discuter, soit avec la direction des affaires médicales, soit avec le chef de service ou le chef de pôle, en expliquant quels sont les aménagements possibles, ce qui va pouvoir être mis en place.

Parfois le comité médical (ou le conseil médical pour les agents), statue sur des décisions sans savoir aussi au niveau local les aménagements possibles sur le terrain, ce qui va pouvoir être mis en place.

Ce que la personne souhaite n'est pas forcément ce qui va pouvoir être mis en place.

Donc c'est vrai que ça ne me poserait pas de problème si un médecin me demandait d'aménager, de l'accompagner ou de rédiger

quelque chose pour les les médecins agréés du comité médical.

Mais j'imagine aussi qu'ils peuvent être accompagnés par leurs psychiatres, leurs neurologues ou leurs cardiologues, leur médecin traitant...

Analyse-t-on les chiffres des arrêts pour la profession médicale comme pour les PNM en commission ? J'ai l'impression que c'est variable selon les établissements et que le CNG et la DGOS ne se sentent pas concernés...

Ça je veux bien le croire et puis même pour les personnels non médicaux, j'ai l'impression que ce n'est pas toujours d'une fiabilité redoutable. Pour quelle utilité finalement ?

Moi, je me dis que ça permet quand même de mettre en lumière certains problèmes.

Oui bien sûr.

Il arrive régulièrement qu'on se dise : là il y a un problème dans tel service par exemple, et

si on peut illustrer ça par un taux d'accident de travail particulièrement élevé par exemple ou de l'absentéisme dans ce service, là, ça justifie encore plus qu'on doive s'y intéresser, éventuellement creuser, faire une analyse un peu plus poussée des risques professionnels etc.

Oui ces chiffres parfois permettent de soutenir une action qu'on voudrait mettre en place.

Pour toutes les certifications de l'HAS, ça pourrait aussi être des bons indicateurs.

Ils commencent à s'intéresser à la qualité de vie au travail, quand même de façon très discrète, avec l'apparition de critères de l'HAS pour la certification qui apprécie l'existence de comités locaux de conciliation, d'espaces de gestion des conflits interpersonnels au sein des établissements, ce qui fait partie de la qualité de vie au travail.

Même si ce n'est que de la prévention secondaire, il pourrait apparaître des indicateurs de la santé des professionnels de santé. On devrait les demander.

Comment comprendre que la remontée des chiffres ne soit pas automatique ? L'AI devrait permettre d'exploiter nombre de données à partir des arrêts.

Alors bien sûr, on ne peut pas avoir leur motif. Pour les accidents de travail et les maladies professionnelles, on peut connaître les motifs puisqu'il n'y a là pas de secret médical.

Que pouvez-vous nous préciser sur les questions de mise à la retraite ou en invalidité ?

Je n'ai jamais été interpellée sur ce sujet-là.

Les médecins, comme ils dépendent du régime général de la sécurité sociale, sont censés pouvoir avoir accès aux différentes catégories d'invalidité (catégories 1, 2 ou 3) avec une pension d'invalidité de la sécurité sociale qui peut permettre de compenser un passage à temps partiel si nécessaire.

Les personnels non médicaux titulaires ne dépendent pas du régime général de la sécurité sociale et n'ont donc pas droit à cette reconnaissance d'invalidité de la sécurité sociale.

Par contre les médecins quels qu'ils soient ne sont pas titulaires de la fonction publique et ils dépendent donc du régime général de la sécurité sociale. Dans un premier temps, ça peut être le temps partiel thérapeutique. Et si on voit qu'au décours, on ne va pas pouvoir reprendre à temps plein à ce moment-là, ou à 80%, pourquoi pas essayer d'activer cette solution ?

Un grand merci, Dr Alvarez pour cet échange !

Merci de m'avoir interviewée. Ce genre d'échange donne envie de rester à l'hôpital. En ce moment, c'est quand même un peu dur.

Les relations sont bonnes, mais les moyens pour travailler manquent !

Pour tout ce qui est gestion des risques professionnels, prévention des risques professionnels et la difficulté du maintien dans l'emploi, je n'y arrive pas comme je voudrais.

C'est très frustrant de devoir dire à des agents que je n'ai pas de solution pour eux, qu'à part la prolongation de leur arrêt maladie ou la mise en arrêt maladie par leur médecin traitant, je ne vois pas de solution. J'ai parfois l'impression de cautionner un système qui part à la dérive.

C'est un vécu que vous pensez partagé par les collègues ?

Oui, nous sommes un certain nombre de médecins du travail à partager ce vécu.

La remarque APH :

Visites auprès du Médecin du travail

Les visites de reprise sont définies ainsi : visite de reprise après une absence d'au moins 30 jours pour cause de maladie, organisée dans un délai de 8 jours à compter de la reprise du travail de l'agent. (Code Travail Art. R4626-29). Le médecin du travail fera des préconisations pour la reprise, avec éventuellement des préconisations d'exemption de gardes ou d'astreintes. Les visites de pré-reprise ont toutes leurs places pour préparer le retour au travail. Les médecins qui ne sont pas salariés de l'établissement (libéraux intervenant sur l'établissement), PU-PH (car salariés de l'Université) ne bénéficient pas du suivi en santé au travail par les SST hospitaliers sauf convention particulière.

ENTRETIEN AVEC MME MASSON, CHEFFE DU DÉPARTEMENT DE GESTION DES PRATICIENS HOSPITALIERS AU CNG

Quel est précisément le niveau d'information du CNG, à quel moment les informations lui remontent des établissements lors de CMO, CLM, CLD, mise en invalidité, saisine du comité médical, retour du comité médical... ?

Type de congé maladie	Autorité décisionnaire	Saisine du comité médical	Observations
Congé maladie ordinaire	Décision du directeur d'établissement sur la base d'un certificat médical	Placement initial : non A l'expiration de la première période de six mois consécutifs de congé de maladie, lorsque le praticien est inapte à reprendre son service : oui A l'épuisement des droits à CMO : oui	Le comité médical est saisi soit par le directeur général de l'agence régionale de santé, soit par le directeur de l'établissement de santé après avis du président de la commission médicale d'établissement, soit par le directeur général du Centre national de gestion. ✋ Faible nombre de saisines par le CNG qui peut expliquer le manque d'information. L'autorité décisionnaire n'a aucune obligation d'information envers le CNG concernant la situation du praticien hospitalier.
Congé longue maladie	Décision du directeur d'établissement sur la base d'un certificat médical	Placement initial : non A l'épuisement des droits à CLM : oui	
Congé longue durée	Décision préfectorale ou par délégation du DG ARS	Placement initial : oui A l'épuisement des droits à CLD : oui	
Accident de travail et Maladie professionnelle	Décision du directeur d'établissement après reconnaissance par la CPAM	Placement initial : non A l'épuisement des droits à AT/MP : oui	
Temps partiel thérapeutique	Décision du directeur d'établissement / décision préfectorale ou par délégation du DG ARS après avis favorable du comité médical	Placement initial : oui A l'épuisement des droits à TPT : oui	

Aptitude / Inaptitude : un comité médical, placé auprès de chaque préfet, est chargé de donner un avis sur l'aptitude physique et mentale des praticiens régis par le présent statut à exercer leurs fonctions, ainsi que sur toute question d'ordre médical les intéressant pour l'application des dispositions du présent statut. Deux solutions sont donc envisageables :

- Avis d'aptitude : le praticien hospitalier reprend ses fonctions.
- Avis d'inaptitude : le praticien hospitalier est placé en disponibilité d'office s'il a épuisé ses droits à congés maladie.

Invalidité : seule la Sécurité sociale est compétente afin de se prononcer sur l'invalidité du praticien hospitalier. Le CNG n'est donc pas informé des décisions prises à ce sujet.

Quel est l'accompagnement proposé par le CNG ?

Le CNG accompagne les praticiens hospitaliers ainsi que les établissements de santé en rappelant les droits des praticiens hospitaliers bénéficiant d'un congé pour maladie :

- Durée des différents types de congés pour maladie,
- Versement des émoluments durant les périodes de congés pour maladie,
- Modalités de saisine des comités médicaux,
- Conséquences des avis rendus par les comités médicaux.

Existe-t-il des contacts privilégiés à faire connaître aux praticiens ?

Madame Claire LOIGEROT
claire.loigerot@sante.gouv.fr

Quels liens avez-vous avec les comités d'entraide des conseils de l'ordre ?

Conseil National d'Entraide : Le CNG participe au CNE lorsque le dossier d'un praticien hospitalier régulièrement suivi est examiné en CNE.

Quels suivis avez-vous avec les délais de réunion du comité médical ?

Aucun.

Quelles évolutions législatives sont attendues ?

Il appartient à la DGOS de se prononcer sur les évolutions législatives.



des compétences,
des communautés,
des carrières.

Le décès d'un praticien hospitalier



Dr Anne DAVID-BRÉARD, Administratrice d'Action Praticiens Hôpital

POUR LES AYANTS DROITS, QUELS SONT LES DROITS ET QUELLES DÉMARCHES EFFECTUER ?

En cas de décès d'un praticien hospitalier, ses ayants droits doivent prévenir du décès

- L'établissement employeur pour information et pour éventuellement bénéficier de l'aide de la direction des affaires médicales et de l'assistante sociale pour constituer le dossier ;
- La société auprès de laquelle le praticien a contracté un **contrat de prévoyance** pour déclarer le décès et bénéficier d'un accompagnement dans la gestion du dossier et faire valoir ses droits ;
- La **banque** afin de transformer les éventuels comptes joints en comptes personnels ;
- **Le ou les organismes de crédit** afin de suspendre les remboursements (en fonction des assurances prises) et rechercher les éventuelles assurances par rapport à la prise en charge des remboursements d'emprunts restant dus ;
- Les organismes auprès desquels le PH avait éventuellement souscrit une **assurance vie ou une assurance décès** ;
- L'**assurance automobile** du défunt. La voiture, si la carte grise était au nom du défunt, entrera dans la succession ;
- La **Caisse d'Assurance Maladie** ;
- L'**IRCANTEC** (et la CARMF si le PH avait une activité libérale) en remplissant le document (via le QRCode) ;
- La **Caisse d'Allocation Familiale** pour actualiser le dossier ;
- **Le centre des impôts** pour mise à jour du dossier. La déclaration de succession qui porte sur les revenus allant du 1^{er} janvier jusqu'à la date du décès doit être déposée dans les 6 mois qui suivent le décès ;
- **Le Conseil Départemental de l'Ordre** (des

Médecins ou Pharmaciens) où le PH était inscrit ;

- **Le syndicat** d'appartenance du praticien pour bénéficier d'un appui, d'un soutien et d'un accompagnement par des pairs.

SÉCURITÉ SOCIALE

En cas de décès, la sécurité sociale verse aux ayants droits un capital décès forfaitaire de 3 910 € en 2025.

Le conjoint survivant qui n'a pas de droit ouvert à titre personnel doit contacter sa caisse d'assurance maladie en vue du maintien de sa couverture sociale en qualité d'ayant droit.



IRCANTEC

Le capital décès est versé en priorité à la ou les personnes qui étaient au jour du décès, à la charge effective totale et permanente du défunt. Si aucun bénéficiaire prioritaire ne se manifeste dans le délai d'un mois à compter de la date du décès, le capital décès peut être versé :

- Au conjoint non séparé du défunt ou son partenaire de PACS,
- Ou à défaut à ses enfants (qu'ils soient légitimes, naturels ou adoptés),
- Ou à défaut à ses ascendants.

Le capital décès n'est pas attribué de manière automatique. Les ayants-droit doivent en faire la demande auprès de la caisse d'assurance maladie

Le ou les bénéficiaires prioritaires ont un mois à compter de la date du décès pour en faire la demande.

Le ou les bénéficiaires non prioritaires ont 2 ans à compter de la date du décès pour en faire la demande.

En cas de décès survenant dans le contexte d'un accident de trajet ou de travail

La CPAM mène une enquête pour établir les circonstances du décès et déterminer s'il est bien d'origine professionnelle. La CPAM a 90 jours francs pour rendre sa décision.



Les frais funéraires peuvent être remboursés à la personne qui les a réglés à hauteur de 1 932 euros (montant 2024). Les frais de transport de corps, jusqu'au lieu de sépulture, peuvent également être pris en charge sous certaines conditions (notamment accidents de trajet).

Si un ayant droit estime que l'employeur n'a pas pris les mesures nécessaires pour protéger le défunt, il a la possibilité d'engager une procédure à son encontre intitulée « **faute inexcusable de l'employeur** » auprès de la CPAM qui enclenchera une démarche de conciliation. En cas d'échec de cette conciliation, l'ayant-droit a aussi la possibilité de saisir le tribunal judiciaire pour essayer d'obtenir une indemnisation complémentaire.

Les ayants-droits (conjoint, concubin, partenaire pacsé, enfants, ascendants...) peuvent bénéficier d'une **aide financière sous forme de rente**. Cette rente est exonérée de la Contribution Sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Elle n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu. Son montant dépend de leur position par rapport au défunt et ne peut dépasser 85 % du salaire annuel du défunt, chaque rente servie à chaque ayant droit étant réduite proportionnellement.

Rente pour les conjoints, concubins, partenaires liés par un PACS :

- Si en couple sans enfant : rente viagère égale à 40 % du salaire annuel du défunt si et seulement si :
 - Que le mariage, le concubinage ou le PACS ait été conclu avant la date de l'accident de travail
 - Ou à défaut qu'ils aient été en couple depuis au moins 2 ans avant la date du décès.
- Si en couple avec au moins un enfant, les conditions ci-dessus ne sont pas exigées.

Rente pour les enfants :

- Les enfants légitimes, adoptés et naturels du défunt dont la filiation est légalement établie, ont droit à une rente jusqu'à l'âge de 20 ans.
- Le montant de la rente est fixé à :
 - 25 % du salaire annuel du défunt par enfant pour les 2 premiers enfants,
 - 20 % du salaire annuel du défunt par enfant à partir du 3^{ème} enfant,
 - 30 % du salaire annuel du défunt si l'enfant est orphelin de père et de mère ou le devient avant ses 20 ans.

Rente pour les ascendants :

- Les ascendants pourraient avoir droit à une rente égale à 10 % du salaire du défunt à condition :
 - D'avoir été à la charge du défunt, si celui-ci vivait en couple ou avait au moins un enfant,
 - De prouver qu'ils auraient pu obtenir une pension alimentaire de la part du défunt si celui-ci n'avait ni conjoint ni enfant.
- Le total des rentes versées aux ascendants ne peut dépasser 30 % du salaire annuel du défunt. Au besoin, chaque rente est réduite proportionnellement.

Cas particuliers :

Selon la situation du conjoint survivant, le montant de la rente peut être modifié :

- Si le conjoint survivant atteint 55 ans ou souffre d'une incapacité de travail d'au moins 50 % : le montant de la rente est porté à 60 % du salaire annuel du défunt
- Si le conjoint survivant se remarie : la rente est remplacée par un capital dont le montant est égal à 3 fois le montant annuel de la rente qu'il percevait ; Cependant, s'il a des enfants également bénéficiaires d'une rente, il conserve son droit à la rente tant que l'un de ses enfants en bénéficie lui-même. En cas de séparation de corps, de divorce ou de nouveau veuvage, de rupture ou dissolution de PACS ou de cessation du concubinage, il retrouve son droit à la rente éventuellement diminué du montant du capital versé.
- L'ex-conjoint séparé ou divorcé peut avoir droit à la rente s'il bénéficiait d'une pension alimentaire avant le décès de l'assuré. Son montant est ramené au montant de la pension alimentaire sans dépasser 20 % du salaire annuel de base de l'assuré décédé.
- L'ex-partenaire peut également avoir droit à une rente s'il bénéficiait d'une aide financière du défunt à la date du décès. La durée de

versement de cette rente est limitée à celle du versement de l'aide financière. Si le défunt avait un nouveau conjoint, partenaire ou concubin, la rente de celui-ci ne peut pas être inférieure à la moitié de la rente de 40 % prévue pour les conjoints.

IRCANTEC

En cas de décès d'un agent relevant de l'IRCANTEC, il est important d'en informer le régime pour étudier les droits éventuels. Sous certaines conditions les droits à retraite peuvent être transmis aux ayants droits : capital décès, pension de réversion, allocation orphelin.

Le capital-décès de l'Ircantec est versé aux ayants droit d'un agent relevant de l'IRCANTEC lorsque celui-ci décède en activité. (art. 10 du décret 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié).

Ce capital-décès, servi par l'IRCANTEC, est complémentaire du capital-décès versé par le régime général de la sécurité sociale.

Conditions d'ouverture du droit

- **Être en fonction** et relever du régime IRCANTEC au moment du décès
- **Avoir cotisé au moins un an à l'IRCANTEC.** La durée d'une année de services cotisés ou validés peut être obtenue par l'addition de plusieurs périodes discontinues.
- **Ne pas avoir atteint, à la date du décès, l'âge permettant de bénéficier d'une retraite à taux plein** sans condition de durée d'assurance (entre 65 et 67 ans en fonction de la génération de naissance).
- Les ayants droit peuvent bénéficier du capital





décès, même si l'affilié avait fait liquider sa pension IRCANTEC (cas de cumul emploi retraite) si celui-ci continuait de cotiser au régime IRCANTEC, et si le PH avait, au moment de son décès, un âge inférieur à l'âge de liquidation sans coefficient de réduction (situé entre 65 et 67 ans en fonction de son année de naissance).

Peuvent bénéficier du capital-décès

(art. 8 chap. 2 du décret 47-2045 du 20 octobre 1947 codifié à l'article D712-20 du code de la Sécurité sociale) (art. D 712-20 du code de la sécurité sociale) :

- **Le conjoint non séparé de corps, ni divorcé, ou le partenaire lié un pacte civil de solidarité (PACS) non dissous et conclu plus de 2 ans avant le décès.**
- **Les enfants nés et vivants au jour du décès** du parent, âgés de moins de 21 ans ou infirmes et non imposables au titre de leurs revenus personnels :
 - les enfants légitimes
 - les enfants naturels reconnus
 - les enfants adoptifs (adoption simple ou plénière)
 - les enfants pour lesquels la possession d'état a été reconnue
 - les enfants recueillis, s'ils se trouvaient rattachés au foyer fiscal de l'agent décédé. (art. D 712-20 du code de la sécurité sociale) (art. 196 du code général des impôts).
- **S'agissant des infirmes de plus de 21 ans**, sont éligibles au capital décès IRCANTEC :
 - ceux atteints d'une incapacité permanente d'au moins 80 % ;
 - ceux atteints d'une incapacité permanente entre 50 % et 79 % si le handicap entraîne

une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, reconnue par la CDAPH.

- Pour justifier de son infirmité, le majeur doit fournir l'une des pièces suivantes : carte d'invalidité établie par la Préfecture et mentionnant un pourcentage d'incapacité au moins égale à 80 % et délivré à titre définitif, tout document établi par la MDPH/CDAPH (anciennement COTOREP), toute pièce attestant de l'attribution de l'allocation de logement au titre d'un membre de la famille à charge par suite d'une incapacité permanente.
- **En l'absence de conjoint ou d'enfant :**
 - la mère et le père de l'agent décédé se trouvant au moment du décès à la charge de celui-ci, âgés d'au moins 60 ans (55 ans, s'il s'agit d'une veuve non remariée, d'une mère séparée de corps, divorcée ou célibataire),
 - en cas de décès du père et de la mère, les grands-parents en ligne directe, remplissant les mêmes conditions que les ascendants du 1^{er} degré.

Sont exclus du bénéfice du capital-décès

- Les enfants majeurs de plus de 21 ans non infirmes,
- les concubins,
- les ayants droit qui ont occasionné volontairement la mort de l'auteur des droits.

Situations particulières

- Sont considérés comme ayants droit les enfants nés viables dans les 300 jours suivant le décès de l'auteur des droits.
- Un enfant marié âgé de moins de 21 ans conserve des droits à attribution du capital-décès. Il doit remplir les conditions ci-dessus, notamment ne pas être imposable du fait de son patrimoine propre.
- Enfant de plus de 21 ans, héritier du frère ou de la sœur bénéficiaire du capital décès.
- Mariage posthume régi par l'article 171 du Code civil. Celui-ci dispose que les effets de ce type de mariage, qui est autorisé par le Président de la République, remontent au jour précédant le décès. Le conjoint marié à titre posthume à un agent décédé ressortissant de l'Institution, peut bénéficier du capital-décès de l'IRCANTEC.

- Ayant droit meurtrier de l'auteur des droits. L'ayant droit pénalement responsable du décès de l'agent perd le bénéfice du capital-décès compte tenu du principe général du droit selon lequel l'auteur d'un crime ou d'un délit ne peut invoquer son acte pour en tirer bénéfice. Toutefois par analogie avec les dispositions de l'article 79 de la loi du 13 juillet 1930 relative au contrat d'assurance, la déchéance ne doit pas être prononcée lorsque les faits qui ont provoqué la mort révèlent l'absence d'intention de la donner. Le capital-décès ne doit être interdit qu'aux seuls ayants droit qui ont occasionné volontairement la mort de l'auteur des droits. Des ayants droit déclarés coupables d'homicide par imprudence ou de coups et blessures volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner, ne sont donc pas déchus de ce droit.
- Présomption de survie
 - Si un ayant droit décède lui-même après l'agent, la succession de cet ayant droit peut revendiquer la part du capital-décès lui revenant.
 - En cas de décès au cours d'un même événement de l'agent relevant du régime et d'un ou plusieurs ayants droit, la présomption de survie est déterminée dans les conditions prévues en matière de succession par les articles 725-725-1 du Code Civil, lorsque la chronologie des décès ne peut pas être établie. L'article 725-1 du code civil précise que " lorsque deux personnes, dont l'une avait vocation à succéder à l'autre, périssent dans un même événement, l'ordre des décès est

établi par tous moyens. Si cet ordre ne peut être déterminé, la succession de chacune d'elles est dévolue sans que l'autre y soit appelée. Ainsi, si l'un des codécédés laisse des descendants, ceux-ci peuvent représenter leur auteur dans la succession de l'autre lorsque la représentation est admise."

— Règlements pour le montant du capital décès

En application du décret n° 2021-176 du 17 février 2021, en cas de décès d'affiliés IRCANTEC intervenus à compter du 1^{er} janvier 2021, le montant du capital décès versé par l'IRCANTEC aux ayants droit de l'affilié est égal à la somme des émoluments des 12 derniers mois précédant la date du décès. Ce montant est réduit du capital décès versé par le régime général sans que le montant du capital décès versé par l'Ircantec puisse être inférieur à 75 % des émoluments soumis à cotisation au cours des douze mois d'activité précédant la date du décès de l'affilié.

— Période de référence et base de calcul

Le principe retenu est de prendre pour base de calcul du capital-décès les douze mois qui précèdent celui du décès. Le mois du décès est neutralisé. En effet, le montant servi par l'employeur ce mois-là comporte généralement, outre le traitement de l'agent, des primes et indemnités diverses.

Les rappels, quelle que soit la date de leur versement, sont pris en compte dans le calcul du montant du capital-décès.

Les rémunérations perçues au titre d'un compte épargne temps entrent dans la base de calcul du capital décès. Toutefois seule la partie du rappel ou du CET couvrant la période de référence doit être retenue pour ce calcul.

Décès intervenu moins d'un an après le début de l'activité la plus récente : le calcul s'effectue sur la base du montant des rémunérations perçues au cours des douze derniers mois (le mois du décès étant neutralisé), proratisé en fonction du nombre de jours effectués au cours de cette période jusqu'au décès.





Décès intervenu au cours d'une période d'attribution de points gratuits (chômage, maladie, invalidité...) :

- Les agents bénéficiaires de points gratuits conservent leur qualité d'affiliés au régime et, par conséquent, peuvent ouvrir droit au versement d'un capital-décès s'ils remplissent la condition de durée de cotisation au régime.
- Pour le calcul du capital décès, il convient de déterminer la rémunération à prendre en compte, en se référant aux émoluments soumis à cotisation au cours de l'activité immédiatement antérieure à l'arrêt de travail ouvrant droit à attribution de points gratuits.
- Les rémunérations susceptibles d'avoir été versées au cours des périodes d'attribution de points gratuits, ne doivent pas être prises en considération.
- Seules les périodes ne donnant pas lieu à attribution de points gratuits et éventuellement proratisées sur 12 mois, sont prises en compte.
- Si des points gratuits sont attribués pendant 12 mois précédant le mois du décès, il convient de retenir pour base de calcul du capital-décès, le dernier traitement soumis à cotisation au titre d'une période n'ouvrant pas droit à attribution de points gratuits.

Décès intervenu en cours d'attribution de la retraite progressive : lorsque le bénéficiaire de la retraite progressive est, pour une part, en position d'activité relevant de l'Ircantec, le calcul du capital-décès est basé uniquement sur le salaire à temps partiel perçu par l'affilié.

— Répartition du capital décès

Il est versé à raison de :

- 1/3 au conjoint,
- 2/3 aux enfants.

— Paiement à des tiers

Le bénéficiaire d'un capital-décès peut donner procuration ou mandat à une tierce personne pour recevoir à sa place les sommes lui revenant.

Le bénéficiaire doit adresser à l'IRCANTEC un mandat ou une procuration explicite et le tiers ou mandataire doit notifier par écrit qu'il accepte de recevoir les sommes.

— Prescription

En application des dispositions de l'article 2224 du code civil, le délai de prescription applicable aux demandes de versement d'un capital décès est fixé à 5 ans à compter de la date du décès. Cette prescription est suspendue en faveur des mineurs non émancipés et des majeurs en tutelle ; c'est à dire qu'elle ne commence à courir qu'à compter de la majorité, de l'émancipation ou de la fin de la mise sous tutelle (article 2235 du code civil).

— Fiscalité

Les sommes perçues au titre du capital-décès ne sont pas imposables sur le revenu.

Prélèvements sociaux

Le capital-décès est exclu de l'assiette des cotisations sociales (maladie, CSG, CRDS).

À RETENIR

En cas de décès d'un affilié IRCANTEC, les ayants droit peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'une pension de réversion.

En cas de décès d'un affilié IRCANTEC, les ayants droit peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'une allocation orphelin.

CARMF

Pour les praticiens hospitaliers avec activité libérale, le capital décès est versé par l'IRCANTEC pour la partie publique, et pour la partie libérale, la CARMF verse, si le médecin a moins de 75 ans, au conjoint une indemnité décès.

Conditions d'attribution de l'indemnité décès

- Le défunt devait être affilié à la CARMF et à jour de ses cotisations ou percevoir une rente d'invalidité de la CARMF et être âgé de moins de 75 ans au moment de son décès.
- Pour les enfants à charge : rente temporaire en faveur de chaque enfant orphelin jusqu'à 21 ans ou 25 ans s'il est à charge et poursuit des études et sur avis du Conseil d'Administration de la CARMF.
- Il est impossible de désigner des bénéficiaires autres que ceux prévus par les statuts ou les règles statutaires.

Bénéficiaires de l'indemnité décès

- Le conjoint survivant, non séparé de corps justifiant 2 ans de mariage au moment du décès.

- À défaut, les enfants âgés de moins de 21 ans et les enfants infirmes à la charge totale du défunt (partage si plusieurs enfants et remplissant les conditions d'octroi de la rente temporaire).
- À défaut le père et/ou la mère à la charge du défunt.

Versement et montant de l'indemnité décès

L'indemnité décès fait l'objet d'un versement unique qui s'élevait pour 2024 à 66 000 euros en cas de décès du médecin.

Fiscalité

L'indemnité décès n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu et n'a donc pas à être déclarée au fisc.

Rente temporaire au conjoint survivant

Conditions d'attribution

- Le médecin décédé devait être affilié à la CARMF et à jour de ses cotisations.
- Être marié depuis plus de 2 ans, sauf s'il y a au moins un enfant né ou à naître ou si le décès a pour cause un fait subit et imprévisible (dérogation appréciée par le Conseil d'Administration).
- Le conjoint survivant doit être âgé de moins de son âge théorique de départ à la retraite (en fonction de son année de naissance).

Versement et montant 2024

Dépend du nombre d'années de cotisation, d'une éventuelle invalidité, du nombre d'années comprises entre le décès du médecin et la date à laquelle il aurait eu son âge théorique de départ à la retraite (en fonction de son année de naissance), de l'âge du conjoint survivant.

Le montant annuel de cette rente ne peut être inférieur (2024) à 8 145 euros ni supérieur à 16 290 euros.

Le montant de la rente est majoré de 10 % au profit du conjoint survivant ayant eu au moins 3 enfants avec le médecin décédé.

La rente temporaire peut se cumuler avec un revenu d'activité ou avec une retraite (pension personnelle ou pension de réversion).

Durée de versement

La rente temporaire est servie au conjoint survivant non remarié jusqu'au 1er jour du mois qui suit son âge théorique de départ à la retraite, âge à partir duquel les droits à pension de réversion sont établis automatiquement dans les régimes complémentaires et ASV.

Rente temporaire aux enfants à charge

Conditions d'attribution

Lorsqu'un médecin affilié à la CARMF et à jour de ses cotisations décède alors qu'il était soit en activité, soit titulaire d'une allocation d'invalidité, chacun de ses enfants a droit à une rente temporaire servie jusqu'à l'âge de 21 ans, sans restriction de droits.

Le paiement de cette rente peut être accordé sur décision du Conseil d'Administration, jusqu'à 25 ans si l'enfant à charge justifie poursuivre ses études.

Au 1^{er} juillet 2024, le montant de la rente annuelle était :

- Si l'enfant est orphelin de père ou de mère : 9 593 euros,

- Si l'enfant est orpheline de père et de mère : 16 290 euros,
- Cette rente est soumise à l'impôt sur le revenu.

ORDRE DES MÉDECINS

En cas de grave difficultés suite au décès du médecin, il est possible de recourir au service de l'entraide de l'Ordre des médecins.

Le fonds d'entraide ordinaire peut apporter secours à la famille du médecin décédé si elle fait face à des difficultés financières, psychologiques ou sociales graves.

Pour bénéficier du service d'entraide, les ayants-droit peuvent s'adresser en priorité au référent-entraide du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins dont le défunt relevait mais également au CNOM directement (cf. article à suivre)



L'entraide au niveau du CNOM

La commission de l'Entraide de l'Ordre des médecins apporte un soutien confraternel aux médecins en difficulté ou à leur famille.

Le Dr Valérie LACROIX répond aux questions d'APH pour détailler l'entraide entre médecins coordonnée par cette commission statutaire du CNOM au service des médecins et de leur famille en cas de difficultés.



Entretien avec le Dr Valérie LACROIX, Présidente de la Commission Nationale d'Entraide du CNOM

Merci Dr LACROIX, de nous recevoir. Pouvez-vous vous présenter pour nos lecteurs ?

Je suis conseillère nationale depuis 2019. Je suis médecin conseil de l'Assurance Maladie de la DRSM de Nouvelle-Aquitaine.

Depuis quand siégez-vous dans cette commission ?

J'y siége depuis 2019 et en suis la présidente depuis juin 2022.

Quelles ont été vos motivations pour vous engager dans cette démarche ?

Le constat de l'isolement subi face aux difficultés rencontrées dans la vie personnelle et professionnelle. La nécessité de développer et de faire connaître l'entraide ordinaire s'est fait jour.

L'entraide : pourquoi ? Pour qui ? Comment ?

Entre médecins, nous nous devons assistance et aide. Au-delà d'une obligation morale, l'assistance aux confrères dans l'adversité est une obligation déontologique comme le souligne l'[article 56 du code de déontologie médicale](#).

L'entraide confraternelle est d'ailleurs l'une des missions dévolues à l'Ordre des médecins par le [code de la santé publique](#). L'entraide ordinaire

propose une aide globale à tout médecin en difficulté quelle qu'en soit sa nature. Elle s'adresse à tous les médecins et aux docteurs juniors inscrits au tableau de l'Ordre ainsi qu'aux médecins en formation qui rencontrent des difficultés, qu'elles soient ponctuelles ou durables : problématiques financières, administratives, sociales, professionnelles, personnelles ou relatives à leur état de santé.

Elle concerne également leurs familles et leurs ayants-droits.

Comment recourir à l'entraide ordinaire ?

Pour bénéficier de l'entraide, le médecin (ou un proche) s'adresse de préférence à la commission d'entraide de son conseil départemental : un membre de la commission va l'accompagner, le conseiller et au besoin l'orienter à bon escient dans la plus stricte confidentialité (règlement du CNOM) dans les différentes dimensions de la demande : assistance sociale, soutien psychologique, bilan professionnel, expertise financière, recours aux associations d'entraide.

Le médecin peut également, au besoin, adresser sa demande à la commission nationale d'entraide.

Les assistantes sociales peuvent être saisies directement par le médecin en difficulté et gérer la demande en autonomie et en respectant le secret professionnel.

Les psychologues sont joignables à toute heure, tous les jours de l'année.

Les associations d'entraide sont à la disposition de chacun.

Pour toute demande d'aide hors soutien psychologique, vous pouvez retrouver le formulaire et les instructions associées dans **votre espace médecin.**

Pour les ayants droits, contactez-nous sur entraide.cn@ordre.medecin.fr

Quelles sont les modalités des aides proposées par le CNOM ?

La commission nationale d'entraide est composée de 7 conseillers nationaux avec voix délibératives, un représentant de l'AFEM, un représentant de GPM (partenaire le plus ancien), 2 représentants du FAS CARMF dont un médecin avec voix délibérative, des représentants du CNG dont désormais un médecin avec voix délibérative. La CNE se réunit chaque mois.

Les commissions départementales d'entraide sont devenues statutaires depuis 2019 : leurs membres accompagnent les médecins demandeurs. En toute confidentialité.

Depuis janvier 2025, le Dr Jean-François CIBIEN, Président d'Action Praticiens Hôpital, siège à la commission d'entraide nationale. Pourriez-vous nous expliquer ce choix ?

C'est en sa qualité de membre du CNG qu'il a été proposé à M. CIBIEN de siéger dans cette commission. Il s'agit d'équité. Les médecins libéraux étant représentés par un médecin du FAS CARMF, il semblait naturel qu'un médecin hospitalier puisse participer.

Est-il possible de participer à cette action en faisant un don ?

Les fonds alloués pour l'entraide financière proviennent exclusivement des cotisations à l'Ordre.

Chaque praticien hospitalier peut également participer à cette action en versant à l'Association aux Familles et Entraide Médicale association Loi 1901 habilitée à recevoir des dons. Votre don est déductible jusqu'à 66 % de vos impôts dans la limite 20 % du revenu imposable.

Merci, Dr LACROIX, pour votre éclairage sur ce sujet. Praticiens, vous n'êtes pas seuls !

Le CNOM est à votre écoute si vous en ressentez le besoin.

Action Praticien Hôpital peut servir d'intermédiaire ou de conseil si vous avez des questions à poser au sujet de l'expression d'un besoin. **La promotion de la solidarité entre médecins est une initiative portée par le CNOM sur le plan financier, psychologique et administratif.**

L'écoute des pairs étant pour les praticiens comme pour les autres médecins un élément important de la compréhension de leurs problèmes pour aborder ensemble les solutions envisageables et redonner des perspectives au médecin ou à sa famille en souffrance tout en respectant la confidentialité des échanges et des mesures qui vous seront proposées et apportées.

UN NUMÉRO GRATUIT D'ÉCOUTE ET D'ASSISTANCE

Les médecins inscrits au Tableau et les médecins en formation qui sont en difficultés peuvent composer le numéro vert **0800 288 038** qui donne accès à :

- Un soutien psychologique immédiat 24H/24 et 7 j/7,
 - Une assistance sociale du lundi au vendredi de 09 heures à 19 heures,
- et ce dans le respect de la confidentialité et du secret médical.**

Le suivi du médecin et son orientation se font dans le respect plein et entier de son libre choix.

DES ASSOCIATIONS D'ENTRAIDE À VOTRE ÉCOUTE

Le Conseil national de l'Ordre des médecins promeut et soutient des associations d'entraide :

ASRA, réseau d'aide aux soignants de Rhône-Alpes, www.reseau-asra.fr - 08 05 62 01 33

MOTS, Organisation du Travail et Santé du Médecin, www.association-mots.org, 0 608 282 589

IMHOTEP Contact - Imhotep - Normandie

L'AFEM, soutien moral et aide financière sous-différentes formes (Bourses d'études, Aides de rentrée ou de vacances, Secours d'urgence) 01 45 51 55 90



La CESP, encore un acronyme... Ô combien essentiel !



Dr Éric BRANGER, Vice-Président d'Action Practiciens Hôpital

L'article L4231-2 du code de la santé publique indique que le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP) peut s'occuper, sur le plan national, de toutes les questions d'entraide et de solidarité professionnelle, notamment des sinistres et des retraites.

En quoi consiste cette Commission d'Entraide et de Solidarité (CESP) du CNOP et quel est son cadre de fonctionnement ?

Adopté par le Conseil national en date du 11 janvier 1965, modifié par décision du même conseil en date du 3 juillet 1978, le règlement énonce les principes et les règles générales de fonctionnement de la Commission d'entraide et de solidarité professionnelle. Il comprend aussi le fonctionnement du fond catastrophe dont la création a été approuvée par le Conseil national du 8 novembre 1960. Il a été élaboré au sein de la Commission d'entraide et de solidarité professionnelle et adopté par le Conseil national le 19 mars 2012, après avis des Conseils centraux.

La Commission d'Entraide et de Solidarité dispose de

- **Fonds d'entraide** : « Les mesures d'entraide bénéficient aux pharmaciens ou à leurs ayants droit directs placés dans une situation financière personnelle grave. Elles consistent selon les cas en des allocations, des aides, des prêts, des exonérations de cotisation ou des avances. » Ces mesures sont financées au travers d'un budget dédié voté annuellement.
- **Fonds catastrophe** : « Les mesures de solidarité

professionnelle bénéficient aux pharmaciens en exercice afin de leur permettre de maintenir leur activité notamment en cas de sinistre, accident ou maladie. Elles consistent selon les cas en des aides, des prêts ou des exonérations de cotisation. » Ces mesures sont financées au travers d'un Fonds Catastrophe dont le solde fluctue en fonction des sorties et des entrées (remboursement des prêts).

Placée sous l'égide du trésorier du CNOP, ses trois moyens d'intervention habituels consistent en des :

- **Aides ponctuelles** notamment pour permettre d'assurer le minimum vital,
- **Prêts** (sans intérêts, maxi 30 K€ sur maxi 5 ans) pour permettre le maintien d'activité notamment en cas de sinistre (incendie, catastrophe naturelle) mais aussi en cas de maladie ou d'accident,
- **Exonérations de cotisation.**

Chaque demande soumise à la Commission d'entraide et de Solidarité professionnelle, fait l'objet d'un dossier qui est géré par la Direction administrative et financière de l'Ordre avec le concours de la personne concernée. Le dossier est à demander sur le site de l'Ordre ou à cesp@ordre.pharmacien.fr

A travers cette Commission d'Entraide et de Solidarité, l'Ordre soutient les pharmaciens faisant face à des situations difficiles. Parmi les interventions du CESP, nous pouvons citer la suite de l'ouragan Irma ou la période COVID.

APH remercie le président du CESP pour son aide à la rédaction de cet article.

Praticiens hospitaliers, VOUS PRENEZ SOIN DES AUTRES, L'APPA PREND SOIN DE VOUS !



Obtenez jusqu'à 50€
de carte cadeau pour le
parrainage d'un confrère !

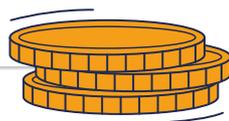
En tant que praticien hospitalier, vous êtes au cœur de l'action, au service des patients, confronté chaque jour à des défis humains et médicaux majeurs.

Mais qui prend soin de vous si un imprévu vient interrompre votre activité ? L'APPA, aux côtés des praticiens hospitaliers depuis plus de 40 ans, a conçu un contrat de prévoyance sur mesure, pensé pour répondre aux réalités de votre métier.

Grâce à ses solutions de **santé** et de **prévoyance**, l'APPA vous assure une couverture complète et adaptée à votre activité hospitalière, votre situation familiale et vos revenus, avec **des garanties négociées par vos pairs**, en vous garantissant une **gestion simple, rapide et humaine**. Et si vous aussi, vous rejoigniez vos 11 000 confrères déjà adhérents ?



**UNE PROTECTION
SOCIALE SANS
EXCLUSIONS (PRISE EN
CHARGE DES SPORTS À
RISQUES, DU BURN-OUT...)**



**100 % DE MAINTIEN
DES ÉMOLUMENTS
HOSPITALIERS NETS
DÈS LE PREMIER
JOUR DE PERTE DE
RÉMUNÉRATION**



**2 000€ DE GARANTIE
« MATERNITÉ »
POUR PALIER AU
MANQUE DE REVENUS
COMPLÉMENTAIRES SUITE
À LA SUPPRESSION DES
GARDES**



**JUSQU'À 60 000 € DE
COUVERTURE POUR
PROTÉGER LES REVENUS
COMPLÉMENTAIRES
(INDEMNITÉS, GARDES,
PRIMES ET ASTREINTES)**

PLUS D'INFOS



01 75 44 95 15
VOS EXPERTS EN PROTECTIONS
SOCIALES SONT DISPONIBLES
POUR RÉPONDRE À VOS
QUESTIONS

APPA.BESSE.FR
SIMULATION GRATUITE ET
POSSIBILITÉ D'ADHÉRER EN
LIGNE



Les propositions d'Action Praticiens Hôpital

POUR AMÉLIORER, ENTRE AUTRES, NOS CONDITIONS DE VIE ET D'EXERCICE PROFESSIONNEL

Dans le cadre des congés maladies (CMO, CLM, CLD)

- En cas d'arrêt maladie, quel que soit le motif (Congés Maladie Ordinaire, Congés Longue Maladie, Congés Longue Durée) : compensation de l'intégralité des revenus du praticien en incluant les émoluments de la grille salariale, les indemnités de sujétion et le TTA (gardes/astreintes + TTA - sur la valorisation de l'année N-1) et les primes (IESPE, PECH, PET, prime de chefs de service / chef de pôle / PCME).
- Pour les CLM et CLD et selon le code de la sécurité sociale au-delà de 3 ans d'IJ de la SS, il y a passage en invalidité :
 - Pouvoir obtenir un avis du Comité médical pour prolonger le congé et l'indemnisation ;
 - Versement d'une rente dont le montant reste identique au salaire.
- Le principe de subrogation doit être inscrit dans le CSP pour les praticiens, comme cela est précisé déjà pour d'autres statuts (comme celui des assistants).
- Reprise des travaux (arrêtés en 2023) de la réforme du comité médical.
- Simplification des démarches pour reprise à temps partiel thérapeutique et prolongation d'un temps partiel thérapeutique.

Dans le cadre de la grossesse

- ASA de droit pour toutes consultations médicales de la grossesse.
- Aménagement des conditions de travail si besoin, incluant " l'heure de grossesse " déjà attribuée aux personnels paramédicaux.
- Limitation stricte des obligations de service et en particulier arrêt du TTA, avec suspension du contrat de TTA.
- Arrêt des gardes et astreintes de droit dès le diagnostic de grossesse posé.
- Si allaitement maternel :
 - Allongement du congé maternité.
 - Dispense de garde et astreinte.
 - « Droit de tirage du lait »
- Complément de salaire indexé sur le TTA et les gardes ou astreintes réalisés dans les mois précédant la grossesse pour assurer au praticien le maintien de ses revenus sur cette période.

Dans le cadre de la parentalité

- Crèche H24 pour les enfants des professionnels de santé, y compris les praticiens hospitaliers, dans le lieu d'exercice du praticien.
- Pour les pères et les mères : diminution de droit de la quotité de travail de la naissance à la fin de la scolarisation des enfants (retour à l'ancien « temps réduit ») avec possibilité de retrouver sa quotité antérieure à l'issue.
- Priorisation sur les congés scolaires et sur la libération des mercredis pour les parents d'enfants en âge scolaire.
- Harmonisation des droits à congés liés à la parentalité avec ceux des paramédicaux, notamment 14 jours de congés après le deuil d'un enfant et non 3 jours. De la même manière obtenir la possibilité de poser des Autorisations Spéciales d'Absence pour « enfant malade » pour les enfants de moins de 16 ans ou ceux qui sont reconnus atteints d'un handicap.



Les recommandations d'Action Praticiens Hôpital pour votre prévoyance...

Suivant l'adage « mieux vaut prévenir que guérir » APH recommande à tous les PH ou PU-PH, titulaires ou contractuels, de souscrire une prévoyance pour garantir un niveau de revenu suffisant en cas de maladie.

Effectivement la maladie ou les accidents de la vie n'arrivent pas qu'aux autres et de nombreux praticiens, souvent par manque de temps ou méconnaissance, peuvent en cas de problèmes de santé, en plus de devoir gérer leurs difficultés médicales, se retrouver face à des pertes de salaires conséquentes.

La première des précautions qu'APH préconise est de prendre un médecin traitant qui assurera votre suivi médical tout au long de votre carrière qui vous aidera en cas de besoin et dans vos démarches administratives.

APH vous conseille de souscrire une prévoyance pour garantir un niveau de revenu qui vous permette de pouvoir vous concentrer sur vos soins.

Lors de la souscription d'un contrat de prévoyance, il est nécessaire d'analyser vos attentes et de comparer les offres proposées. Nous vous conseillons d'établir un comparatif en analysant :

- Les modalités à remplir sur le plan médical pour bénéficier des garanties souscrites.
- Le coût de la prestation en fonction des options choisies.
- Le délai de carence : période suivant la souscription du contrat à partir de laquelle les garanties entrent en vigueur et pendant laquelle l'assuré ne serait pas indemnisé.
- Le délai de franchise et les différentes modalités d'application qui diffèrent en cas de maladie ou d'hospitalisation pour que votre garantie soit activée.
- La compensation de la perte de salaire suite à la nouvelle législation ne prenant que 90 % de l'assiette de votre salaire incluant les primes sur les indemnités que vous percevrez. Idéalement votre contrat doit couvrir ce différentiel.
- La totalité de votre salaire net annuel incluant toutes les primes, la valorisation des gardes, des astreintes comme du TTA pour déterminer le montant que vous souhaitez garantir.
- Les critères d'exclusions.
- La durée de la couverture de la compensation versée par votre garantie. Idéalement la période à couvrir doit pouvoir aller jusqu'à l'atteinte de vos droits à retraite ou votre placement en invalidité.
- La possibilité en cas de reprise sur un temps partiel thérapeutique, de conserver un complément

de salaire pour compenser l'absence de garde ou d'astreintes jusqu'à votre reprise totale. Attention à la condition d'exclusion des assurances qui imposent de percevoir des Indemnités Journalières pour verser ces montants.

- La garantie incapacité totale ou partielle en comparant les modalités de détermination de ce taux, les exclusions et les modalités d'indemnisation.
- La garantie invalidité en comparant les modalités de détermination de ce taux, les exclusions et le taux d'indemnisation.
- La garantie décès en comparant les montants versés à vos ayants droits, les modalités de rente pour votre conjoint, pour vos enfants mineurs ou étudiants et le cas échéant en situation de handicap (rente éducation). Pensez bien vérifier que ce montant se cumule avec vos autres droits versés par la sécurité sociale et l'IRCANTEC.
- Les éventuels compléments d'assistance inclus comme les services à personne, l'accompagnement en cas de dépendance d'un proche ou encore l'aide juridique.

Une fois que vous avez obtenu plusieurs devis comparatifs, il vous conviendra de choisir votre contrat de prévoyance. APH rappelle la nécessité de réévaluer tous les ans votre prestation eu égard à vos besoins et au niveau de garantie que vous souhaitez pour maintenir vos revenus en cas de maladie ou d'accident.

APH au travers de ce numéro hors-série vous a détaillé vos droits. Nous espérons que ce document vous sera utile pour souscrire à une prévoyance pour vous couvrir, vous et votre famille, au cas où votre santé ne vous permettrait plus d'exercer votre métier. Pour terminer, sachez que nous poursuivrons auprès du gouvernement, des gouvernants notre combat pour que la prévoyance de tous les praticiens soit intégrée dans le pacte social à construire pour garantir à chacune et à chacun d'entre vous, les revenus en rapport avec l'intégralité de l'assiette de vos salaires de l'année précédant votre maladie, votre accident de travail.



GRATUIT ET CONFIDENTIEL



**VOUS ÊTES SOIGNANT
ET AVEZ BESOIN D'AIDE ?**

LE PROGRAMME M EST LÀ POUR VOUS

**NOUS CONTACTER
01 40 54 53 77**

**DU LUNDI AU VENDREDI
DE 09H30 À 17H**

WWW.PROGRAMME-M.FR



CONSULTEZ NOTRE SITE



MÉDECINS - INFIRMIÈRES - PHARMACIENS - KINÉSITHÉRAPEUTES - SAGES-FEMMES - VÉTÉRINAIRES