



LE TRAVAIL ET LA SEP

Ecole de la SEP, le 11 avril 2015

Dr Valérie CHIPIER, Médecin du travail
Mme Nathalie RAYMOND, Assistante de Service Social

INTRODUCTION

- Origine de la mise en place de cet atelier
 - Principalement des personnes jeunes touchées par la SEP et encore en activité → réflexion avec l'APF à la mise en place d'un atelier sur le travail
 - Questions sur le travail abordées avec l'assistante sociale avec 2 personnes sur 3
 - Place centrale du médecin du travail lors de la consultation multidisciplinaire



- Beaucoup de personnes se posent des questions sur leur avenir professionnel:

- Faut-il parler de la SEP à mon employeur?
- Comment peut-on l'aborder?
- Qu'est-ce que la Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)?
- Comment puis-je aménager mon poste de travail?
- Comment puis-je aménager mon temps de travail?
- Qu'est-ce que l'invalidité?
- Quel est le rôle du médecin du travail?



VOS INTERLOCUTEURS PRIVILÉGIÉS

- Le médecin du travail
- La MDPH
- L'employeur
- Votre médecin traitant ou votre neurologue
- L'assistant de service social du personnel...
- La Sécurité Sociale: CPAM, RSI, MSA...





RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

**dans le suivi de salarié(e)s
porteur d'une SEP**

- L'**adhésion** à un service de Santé au Travail est **obligatoire** pour toutes les **entreprises** occupant des salariés
- donc « presque » tous les salariés relevant du droit privé doivent avoir un médecin du travail.



RÔLE LÉGISLATIF DU MDT :



- Exclusivement **préventif**
- Consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail et éviter la désinsertion professionnelle
- Notamment en surveillant :
 - les **conditions d'hygiène** du travail
 - **l'adaptation à la situation** de travail
 - **l'état de santé** des salariés
- Conseiller : le chef d'entreprise, les salariés, les représentants du personnel, les services sociaux
...



LES MOYENS DONT DISPOSENT LE MDT

1 - Les examens médicaux : les visites
médicales

2 - L'action en milieu de travail : les visites
de poste



VOTRE MÉDECIN DU TRAVAIL PEUT VOUS AIDER ...

Dans votre **ENTREPRISE** :

- Il est le **seul lien** entre votre employeur et vous pour ce qui concerne votre santé sous couvert du **secret médical** et professionnel.
- Il est le seul à pouvoir **connaître votre état de santé et votre poste de travail** dans votre entreprise.
- Il est le seul à pouvoir vous **maintenir dans une activité professionnelle adaptée** à votre situation de santé ... pour que votre travail soit un véritable facteur de santé ...





RÔLE DE LA MDPH (MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES)

- La MDPH a été mise en place dans le cadre de la loi handicap du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

- Constitution du dossier:
 - dossier administratif
 - certificat médical



Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH



N° 13788*01



Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et de la ville



N° 13787*01

A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : _____
 Nom d'épouse ou nom d'usage : _____
 Prénom(s) : _____
 Sexe : Masculin Féminin
 Nationalité : Française EEE ou Suisse Autre
 Date de naissance : _____
 Lieu de naissance : Code postal : _____
 Commune : _____
 Pays : _____
 Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____
 N° de sécurité sociale : _____
 Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____
 Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :
 Le n° : _____ Dans quel département? _____

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : _____ Rue : _____
 Complément d'adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____
 Adresse électronique : _____
 Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
N° et Rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Fax :	_____	_____
Adresse électronique :	_____	_____

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

Confidentiel

Certificat médical Destiné à être joint à une demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Nom de naissance : _____
 Nom d'épouse : _____
 Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____
 Adresse : _____
 N° d'immatriculation sécurité sociale : _____
 N° de dossier auprès de la MDPH (si connu) : _____

➔ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES) et il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du _____, il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M. _____

A _____ le _____ Cachet

Signature du médecin

➔ Dans les autres cas : Veuillez compléter le certificat médical suivant

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :

Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.

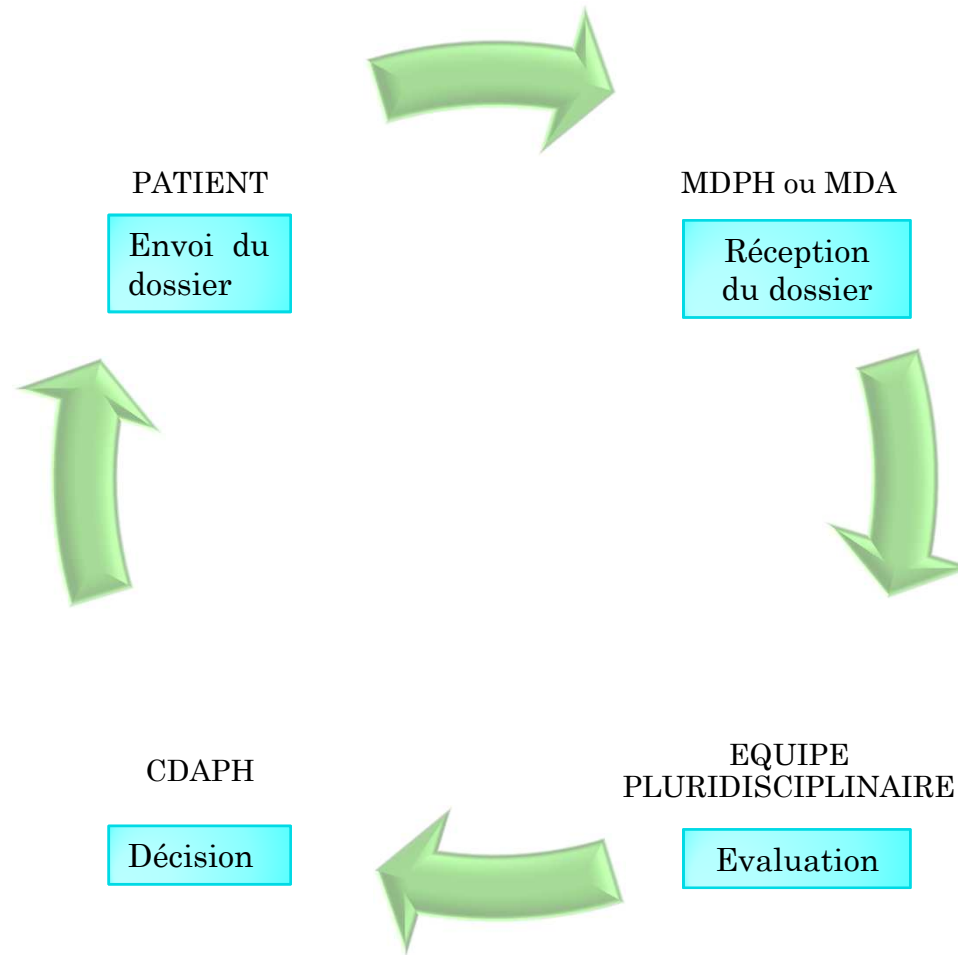
Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils le joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

* «Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.» (Article L.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

LE CIRCUIT DU DOSSIER MDPH



LA RECONNAISSANCE QUALITÉ TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (RQTH)

- Ce dispositif s'adresse aux personnes occupant un emploi ou aux personnes en recherche d'emploi.

« est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques »



○ Le Médecin du Travail peut vous aider dans vos démarches de demande de **RQTH** :

- Démarche personnelle
- Sans lien avec l'employeur
- Sans lien avec la CPAM
- N'apporte aucune aide financière directe
- Permet de faire valoir des droits réservés aux personnes handicapées
- Pour une durée déterminée
- ...



SAMETH

(SERVICE D'AIDE AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS)

- Uniquement si le salarié a une RQTH
- Accompagnement dans des démarches administratives pour se maintenir dans l'emploi
- **Aides financières** pour l'adaptation des postes, études ergonomiques, compensation du handicap, l'aménagement du véhicule
- Aide pour une éventuelle **réorientation professionnelle** : bilan de compétences, ...



CAP EMPLOI

- Missions: accueillir, informer et accompagner les personnes reconnues handicapées dans leur recherche d'emploi pour favoriser leur insertion.
- Organisme financé par l'AGEFIPH (*Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées*) et le FIPHFP (*Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique*).



L'ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ (AAH)

Elle concerne les personnes qui n'ont pas assez cotisé pour ouvrir droit à la pension d'invalidité ou les personnes qui ont de faibles revenus.

- avoir un taux d'incapacité **au moins égal à 80%** ou s'il est compris **entre 50 et 79%**, avoir une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi,
- être âgé de moins de 60 ans.





RÔLE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- Les dispositifs vous permettant d'aménager votre temps de travail varient d'un régime à l'autre:
 - Les salariés du privé → CPAM peuvent faire appel à différents dispositifs : arrêt maladie, temps partiel thérapeutique, pension d'invalidité
 - Les personnes exerçant dans le secteur public → CNRACL, MGEN, MNT... peuvent quant à elles solliciter : le congé de maladie ordinaire, le temps partiel thérapeutique et le congé longue maladie
 - Les indépendants → RSI peuvent solliciter en fonction de leur statut, de leur situation médicale et de la durée de cotisation l'arrêt maladie et l'invalidité
 - Les exploitants agricoles → MSA pourront également solliciter l'arrêt maladie et l'invalidité en fonction de leur statut et de leur durée de cotisation



- Chaque régime ayant des spécificités qui lui sont propres il convient de vous renseigner auprès de votre caisse de sécurité sociale ou auprès de juristes spécialisés en droit du travail ou encore auprès du service social de la caisse dont vous dépendez.



Si vous relevez du régime général, votre médecin du travail peut vous aider, toujours en lien avec votre médecin thérapeute qui reste le prescripteur face à la CPAM, à solliciter:

- Arrêt maladie « soupape »
- Temps Partiel Thérapeutique :
 - Prescrit par votre médecin thérapeute
 - Fait suite à un arrêt maladie d'au moins 5 jours à temps complet
 - Durée déterminée
 - Sur un formulaire Cerfa
 - Accord de la CPAM/Employeur/Médecin du Travail
 - Modulable
 - Renouvelable ...
- Accompagnement dans une démarche de demande d'invalidité



cerfa
n°10170*05
PRN-PRE

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 1, à adresser
au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M, le Médecin-Conseil

selon L. 1624-1 et al., L. 1624-4, L. 2151, L. 2271-1, 5ème al., L. 3236, L. 3761, L. 613-20, R. 3212, R. 3231-1, D. 323-2, D. 613-18, D. 613-23 ou Code de la sécurité sociale, L. 734-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

nom et prénom

(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

ville

n° téléphone :

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

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

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole

sans emploi date de cessation d'activité : précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui date : non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui non

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

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

cochez la case correspondante (voir notice 3) :

médecin remplaçant le médecin traitant

ou le médecin prescripteur initial

médecin spécialiste consulté

à la demande du médecin traitant

à l'occasion d'une

autre cas précisez et indiquez le motif :

hospitalisation

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone :

adresse

e.mail :

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres ;
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres

inclus

sans rapport* en rapport* avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport** en rapport** avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui à partir du : non

(l'assurée doit être présente) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 18 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du : (voir notice 4)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du : au :

(voir notice 5)

sans rapport** en rapport** avec une affection de longue durée (voir notice 1)

** une des deux cases doit être obligatoirement cochée

éléments d'ordre médical (voir notice 6)

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres :

identification du praticien
(nom et prénom)

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

PRN-PRE S3116g

La loi 78-17 du 6-1-78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quotisque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).



MERCI DE VOTRE ATTENTION



Ecole de la SEP Avril 2015

