

Scénario

Le français au travail : l'arrêt maladie

Document 1

Mon premier arrêt maladie



Activité - Introduction au thème et contextualisation :

- Quel type de document ? (un reportage, une information, une publicité)
- Où se déroule la scène (chez un particulier, dans un commerce, etc.)
- Combien de personnage et quel type de personnage (famille, commerçants etc.)
- Qu'est-ce qu'il se passe ? (il y a un problème, il s'agit d'une information etc.)
- Est-ce que le problème est réglé ? Que faut-il faire ? etc.

Document 2

Activité (compréhension orale)

1. La personne qui appelle veut

- des informations sur une offre d'emploi
- prévenir de son absence parce qu'elle est malade
- prévenir qu'elle ne viendra pas à un rendez vous

2. La personne est

- une patiente
- une salariée de l'entreprise
- une cliente de l'entreprise

3. Quels documents la personne doit-elle envoyer ?



le formulaire d'arrêt maladie



l'ordonnance



sa carte vitale

sa demande de congé

4. La personne reprend le travail

- dans une semaine
- dans un mois
- on ne sait pas

5. La secrétaire prévientra

- Madame Hair
- les R.H
- les RH et le service où la salariée travaille

Document 3
Activité 1 (compréhension écrite)

Vous revenez de chez le médecin. Vous devez envoyer votre arrêt maladie à votre employeur. Complétez la fiche et préparez votre enveloppe.

cerfa
n°10170*06
PRN-PRE

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 3, à adresser à votre EMPLOYEUR ou au POLE EMPLOI

(art L.102-4-1, L.102-4, L.315-2, L.321-1, L.323-6, L.329-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, D.613-10, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-10-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation : _____

nom et prénom : _____
(nom de famille - de naissance -, mais, 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 : _____

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui date : _____ non

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR
dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : _____ n° téléphone : _____
e.mail : _____

adresse : _____

les renseignements médicaux

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____ inclus
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et - en chiffres

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse
* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

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

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du _____

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

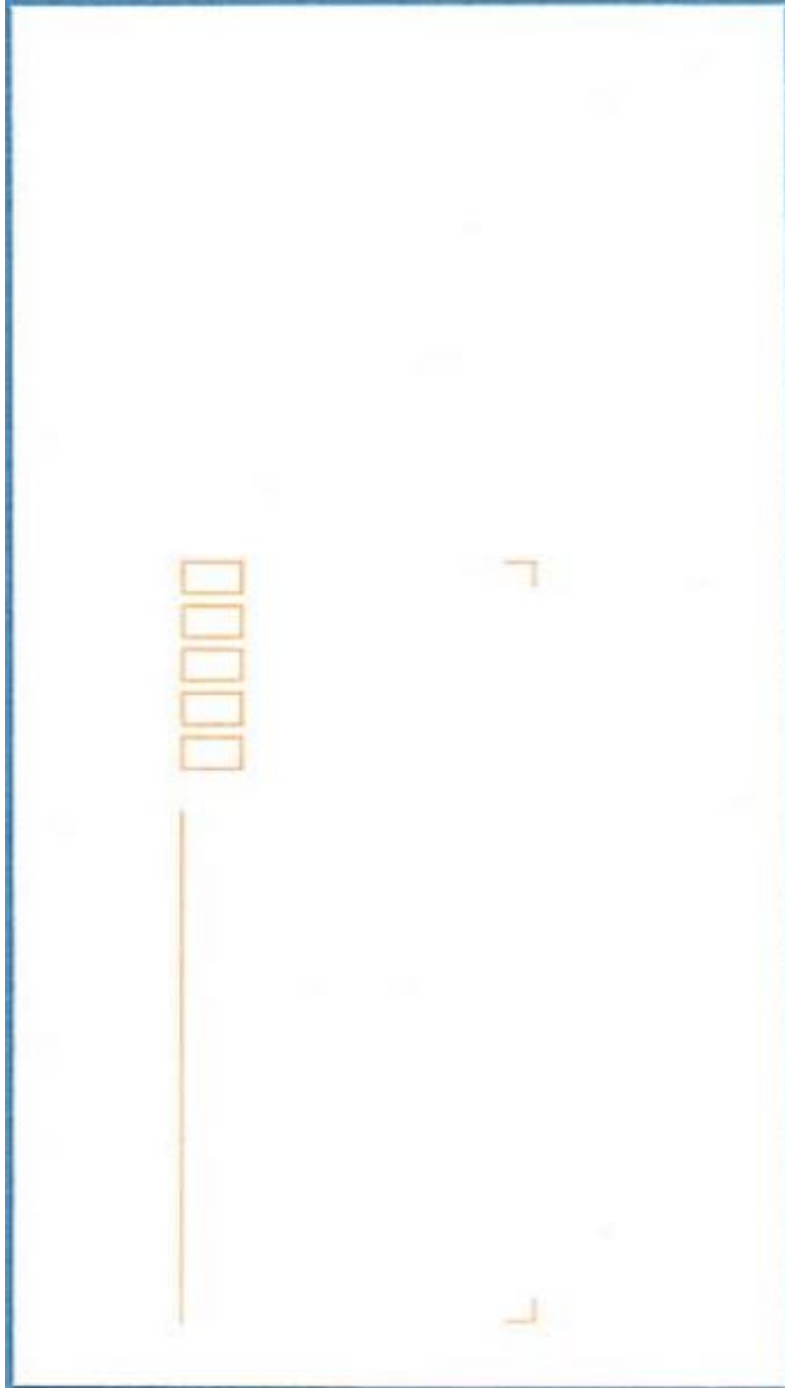
identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant : _____

date : _____ signature du praticien

PRN-PRE S3116h

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.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-10, 441-1 et suivants du Code pénal et article L. 514-17-1 du Code de la sécurité sociale).







Document 4

Activité 2 (compréhension écrite)

cerfa n° 50069#04 **avis d'arrêt de travail** **notice**

à destination du patient

Après avoir complété les rubriques "assuré(e)" et "employeur" :

- **Si vous êtes salarié(e)**  Adressez au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**, les volets 1 et 2 de cet avis. Adressez le volet 3 à votre employeur. Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaires établie par votre employeur.
- **Si vous êtes sans emploi**  Remplissez la case "précisez votre situation" (ex : chômage, licenciement, démission...). Des indemnités journalières peuvent éventuellement vous être attribuées. Adressez au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**, les volets 1 et 2 de cet avis. Adressez le volet 3 à votre ASSEDIC.
- **Si vous exercez une profession indépendante**  Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre Caisse Maladie Régionale et conservez le volet 3.
- **Si vous êtes fonctionnaire**  Adressez les volets 2 et 3 à votre employeur et conservez le volet 1 comportant des données médicales. Vous devrez présenter le volet 1 à toute requête du médecin agréé de votre administration (circ. FP/4 n° 2049 du 24 juillet 2003 - NOR FPPA0300112C).

En cas d'envoi tardif, vous vous exposez à une réduction du montant de votre indemnisation (art. D.323-2 du Code de la sécurité sociale pour les assurés du régime général).

accident causé par un tiers :

Si votre arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers, vous êtes tenu d'en informer votre organisme d'assurance maladie (art. L.376-1 du Code de la sécurité sociale). Dans ce cas, cochez la case prévue à cet effet.

Quelle que soit votre situation, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile sauf en cas de sorties libres (art. L.323-6 du Code de la sécurité sociale),
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical (art. L.315-2 du Code de la sécurité sociale),
- de vous abstenir de toute activité non autorisée (art. L.323-6 du Code de la sécurité sociale).

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières.

Votre médecin est tenu de préciser les éléments médicaux justifiant votre arrêt de travail conformément à l'article L.162-4-1, 1^{er} alinéa du Code de la sécurité sociale.

N'ouvre pas droit à indemnisation, la prolongation d'un arrêt de travail prescrite par un médecin autre que le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, **sauf dans les cas** où elle est prescrite à l'occasion d'une hospitalisation ou par le médecin remplaçant l'un de ces médecins ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant (art. L.162-4-4 et R.162-1-9-1 du Code de la sécurité sociale).

En dehors de ces cas, l'assuré(e) doit justifier, par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie, de l'impossibilité du médecin prescripteur de l'arrêt initial ou du médecin traitant de prescrire la prolongation.

Dans tous les cas, l'assuré(e) ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré(e) indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel la prolongation n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

1. si je suis salarié(e), j'envoie à mon employeur le volet

- 1
- 2
- 3

2. si je suis sans emploi,

- Je n'envoie pas ma fiche d'arrêt de travail
- J'envoie ma fiche d'arrêt à Pôle emploi

3. lorsque je suis en arrêt maladie, je peux aller me reposer où je veux

- Si je demande l'autorisation à ma caisse primaire
- Sans demander l'autorisation à ma caisse primaire
- Je ne peux pas sortir de mon département

4. Lorsque je suis en arrêt maladie

- Je dois respecter des heures de sorties
- Je sors quand je veux
- Le médecin me donne le droit ou non de sortir quand je veux

5. si je ne respecte pas les délais,

- Ça n'est pas grave
- Je risque une amende
- Je peux perdre mes indemnités journalières

Document 5. A vous de jouer ...

Activité (expression orale)



Qui ? Quand ? Quoi ? Où ?

Comment ? etc.



Citoyenneté – Et en France, comment ça se passe ?

Suggestions d'aspects à aborder :

- **Droits et obligations des salariés – arrêt de travail (secteur privé ou public), indemnisations**

Liens utiles :

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N526>

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N512>

- **Médecine du travail**

Lien utile : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2211>