

# Prescription d'un arrêt de travail en médecine d'urgence

## Prescription of a Paid Sick Leave in Emergency Medicine

L.-M. Joly · M. Roussel · N. Verin · V. Buvat · J.-F. Gehanno · V. Lvovschi

Reçu le 17 septembre 2021 ; accepté le 14 décembre 2021  
© SFMU et Lavoisier SAS 2021

**Résumé** La prescription d'un arrêt de travail (AT) est un acte médical qui concerne les salariés atteints d'une maladie (on parle alors d'arrêt-maladie) ou à la suite d'un accident (d'origine professionnelle ou non). Il s'agit de permettre au salarié de cesser son travail quand celui-ci est incompatible avec son état de santé, tout en lui maintenant des revenus financiers. Les urgentistes ne sont normalement amenés à effectuer que des AT initiaux ; ils ne sont pas concernés si le patient est hospitalisé ou opéré. L'AT doit être prescrit à sa juste durée en fonction de la maladie ou des lésions, et des caractéristiques du travail : suffisamment long pour que l'état de santé du salarié soit compatible avec la reprise du travail ; mais sans excès puisque l'argent qui est versé au salarié fait appel à la solidarité nationale par le biais de l'assurance maladie. En l'absence de complication, la durée prescrite doit permettre au salarié de revenir au travail sans visite supplémentaire chez son médecin traitant. L'estimation de la durée optimale d'un AT doit reposer sur la pathologie en cause, sur son expression symptomatique plus ou moins sévère, sur le terrain du patient, et sur les contraintes physiques liées à sa pratique professionnelle. Deux fiches élaborées avec l'assurance maladie sont présentées pour guider l'urgentiste dans le choix de la durée, l'une pour des urgences médicales fréquentes, l'autre pour des urgences traumatologiques non chirurgicales.

**Mots clés** Santé publique · Arrêt de travail

**Abstract** The prescription of a paid sick leave (PSL) is a medical act which concerns employees suffering from an illness (we are then talking about sick leave) or following an accident (of occupational origin or not). The goal is to allow the employee to stop working when it is incompatible with his state of health while maintaining his financial income. Emergency workers are normally only required to perform initial PSL; they are not concerned if the patient is hospitalized or operated on. The PSL must be prescribed at its proper duration according to the illness or injury, and the characteristics of the work: long enough for the employee's state of health to be compatible with the return to work; but without excess since the money paid to the employee appeals to national solidarity through health insurance. In the absence of any complication, the prescribed period must allow the employee to return to work without additional visits to his/her treating physician. The estimation of the optimal duration of a PSL must be based on the pathology in question, on its symptomatic expression more or less severe, in the patient's comorbidities, and on the physical constraints related to his professional practice. Two sheets developed with health insurance are presented to guide the emergency physician in the choice of duration, one for frequent medical emergencies, the other for non-surgical trauma emergencies.

L.-M. Joly (✉) · M. Roussel · V. Lvovschi  
Service des urgences adultes Charles-Nicolle,  
CHU de Rouen, université de Rouen,  
1, rue de Germon, F-76000 Rouen, France  
e-mail : Luc-Marie.Joly@chu-rouen.fr

N. Verin · V. Buvat  
Médecin-conseil, Assurance Maladie de Normandie,  
50, avenue de Bretagne, CS 76039,  
F-76039 Rouen cedex 01, France

J.-F. Gehanno  
Médecine du travail,  
CHU de Rouen, université de Rouen,  
1, rue de Germon, F-76000 Rouen, France

**Keywords** Public Health · Paid Sick Leave

La prescription d'un arrêt de travail (AT) est un acte médical qui concerne les salariés atteints d'une maladie (on parle alors d'arrêt-maladie) ou à la suite d'un accident (d'origine professionnelle ou non). Il s'agit de permettre au salarié de cesser son travail quand celui-ci est incompatible avec son état de santé, tout en lui maintenant des revenus financiers, mais temporairement et de façon dégressive avec le temps. La prescription est réalisée sur un formulaire « papier » (CERFA 50069#06) ou « en ligne » sur le site de l'assurance maladie pour les professionnels libéraux. Dans le cas d'un

AT pour accident du travail ou pour maladie professionnelle, l'emploi d'un formulaire spécifique est nécessaire (CERFA 50069#05).

## Conséquences pour le salarié

Pendant la durée de l'AT, le salarié va percevoir de l'argent pour compenser sa perte de salaire, sous deux formes :

- des indemnités journalières payées par l'assurance maladie égales à 50 % du salaire brut de base, calculé sur les trois mois précédents (plafonné à  $1,8 \times$  le salaire minimum interprofessionnel de croissance mensuel, soit environ 2 800 euros). Ces indemnités sont assorties d'un délai de carence d'un jour dans le secteur public et de trois jours dans le privé (sauf convention collective) ;
- des indemnités journalières complémentaires versées par l'employeur destinées à assurer au total 90 % du salaire (en prenant donc en compte ce qui a déjà été versé par l'assurance maladie) pendant les 30 premiers jours, puis 66 % pendant les 30 jours suivants, ces durées étant allongées en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise ou l'administration considérée. Un an d'ancienneté dans l'entreprise est requis pour en bénéficier.

Il s'agit là du cas général, mais des variations sont possibles selon le régime du travailleur, son statut (fonctionnaire ou non), le nombre d'heures travaillées sur les derniers mois, etc. D'éventuelles conventions collectives peuvent améliorer les droits du salarié, l'employeur assurant éventuellement la totalité du salaire ou des durées prolongées de versement des indemnités. On parle de subrogation quand l'employeur verse au salarié la totalité des indemnités (qu'il se fait rembourser par l'assurance maladie) pour éviter au salarié des démarches et des délais. La durée maximale de versement des indemnités est de trois ans si l'AT est permanent (par exemple en cas de maladie chronique grave ou avec des séquelles) et de 360 jours sur une période de trois ans s'il s'agit d'AT itératifs (qu'ils soient liés ou non à la même pathologie). Les indemnités, tant celles payées par l'assurance maladie que celles payées par l'employeur, sont soumises à un certain nombre de prélèvements sociaux et soumises à l'impôt.

Le salarié peut enfin percevoir un complément de revenu s'il avait souscrit un contrat d'assurance avec une prévoyance couvrant les AT. Ces contrats sont en général organisés de façon à maintenir le salaire en complément de ce que le salarié percevra de l'assurance maladie et de son employeur.

Dans le cadre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les montants et durées sont différents, plus favorables au salarié. Il n'y a pas de jours de carence, et la durée de l'AT est en général prolongée jusqu'à la guérison ou la stabilisation. De plus, ces coûts sont reportés sur les

employeurs (en totalité pour les entreprises de plus de 150 salariés, et en partie pour les autres), le but étant de les inciter à tout faire pour limiter les accidents du travail et les maladies professionnelles. En cas de chômage, un arrêt de « travail » doit être prescrit en utilisant le même formulaire. La sécurité sociale verse alors les indemnités journalières qui remplacent les allocations chômage, et dont le calcul repose sur les mêmes principes que ceux exposés ci-dessus. La durée des droits au chômage sera prolongée de la durée de l'AT.

## Conséquences pour le médecin prescripteur

La mission du médecin est de constater une incapacité de travail et d'en estimer la durée. La prescription de l'AT doit respecter un certain nombre de règles qui sont légalement déterminées dans les articles 28-50 et 76 du code de déontologie médicale et font l'objet d'une recommandation de bonne pratique disponible sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins [1]. Le médecin prescripteur doit obligatoirement avoir examiné lui-même le patient, et la date de l'avis d'AT doit correspondre à la date de cet examen. Le début de l'AT ne peut donc être fixé à une date antérieure à la constatation effectuée par l'examen médical.

Le médecin doit indiquer les éléments justifiant l'AT. Ces éléments d'ordre médical ne seront portés que sur le volet de l'AT destiné au service médical de l'assurance maladie, l'employeur n'y ayant pas accès. Il faut que les éléments (le diagnostic mais aussi les détails sur les limitations physiques liées à la maladie) soient assez précis pour que le médecin de l'assurance maladie puisse juger de la pertinence de l'AT et de sa durée.

L'AT doit être prescrit à sa juste durée en fonction de la maladie ou des lésions, et des caractéristiques du travail : suffisamment long pour que le salarié ne se retrouve pas en difficulté tant que son état de santé n'est pas encore compatible avec la reprise du travail ; mais sans excès puisque l'argent qui est versé au salarié fait appel à la solidarité nationale par le biais de l'assurance maladie.

Le médecin prescripteur de l'AT initial est censé fixer d'emblée une durée qui doit permettre au patient d'évoluer vers la guérison et de reprendre son travail sans autre consultation médicale. La décision d'une visite de reprise chez le médecin du travail est dictée par d'autres facteurs comme la durée longue de l'AT, l'existence de séquelle qui empêche de considérer qu'il y a eu guérison, ou les caractéristiques propres du poste de travail du salarié. Elle n'a pas pour objet de juger de la durée de l'AT, mais plutôt de s'assurer de la compatibilité entre l'état du salarié et son poste, et de proposer des aménagements éventuels de celui-ci dans la mesure des possibilités.

L'estimation de la durée optimale d'un AT doit reposer sur la pathologie en cause, mais également sur d'autres

facteurs comme son expression symptomatique plus ou moins sévère, le terrain du patient, et les contraintes physiques liées à sa pratique professionnelle. Si, en théorie, face à un même patient, deux médecins différents devraient prescrire la même durée d'AT, il existe une certaine hétérogénéité liée à la subjectivité des médecins et à la demande plus ou moins forte des patients. Dans une étude canadienne incluant des patients avec des traumatismes du coude ou du genou, les médecins urgentistes ont d'abord classé les patients en trois degrés de sévérité et les ont suivis jusqu'à leur reprise du travail [2]. Il existait ensuite une bonne corrélation entre le degré de sévérité et la durée d'AT, mais avec une importante variabilité entre les praticiens. Les médecins urgentistes avaient une tendance à surestimer les durées réelles d'absence au travail pour les AT courts (moins de cinq jours) et une tendance à les sous-estimer pour des AT longs (> 20 jours). Dans une autre étude canadienne, les médecins urgentistes interrogés sur la durée de leur prescription d'AT annonçaient des durées médianes de quatre jours en cas de syndrome grippal et de deux jours en cas de bronchite ou de gastroentérite, là encore avec de fortes variations [3]. Il a également été montré que la qualification d'un traumatisme en accident du travail influençait fortement les durées d'AT. Dans une thèse de médecine française réalisée en 2011, les durées d'AT après fracture de l'extrémité inférieure du radius traitées chirurgicalement variaient de sept mois chez les patients en accident du travail versus 1,1 mois chez les autres [4]. Une algodystrophie survenait dans 29 % des cas, toutes dans le groupe avec accident du travail. La même observation a été faite sur les plaies de la main en 2016 par l'équipe rouennaise de chirurgie de la main [5]. Les AT étaient en moyenne de cinq mois, mais trois fois plus longs en cas d'accident du travail. Ces résultats ne permettent cependant pas de conclure directement à un défaut de reproductibilité dans la fixation des durées d'AT. En effet, aucune de ces études n'a évalué l'attitude de différents médecins face à un même patient, et d'autres facteurs dont l'influence sur la durée d'AT est évidente (expression symptomatique plus ou moins sévère de la pathologie, terrain du patient, contraintes physiques liées à sa pratique professionnelle...) n'étaient pas pris en compte.

## Conséquences pour l'urgentiste

De par leur fonction, les urgentistes ne sont normalement amenés à effectuer que des AT initiaux. Si la pathologie évolue normalement, le patient ne doit pas avoir besoin de retourner voir son médecin traitant pour en faire prolonger la durée. L'urgentiste doit donc prescrire d'emblée la durée totale de l'AT qui lui semble adaptée. Une consultation chez le médecin traitant se justifie néanmoins si l'urgentiste souhaite que l'évolution médicale de la pathologie soit en même

temps suivie et vérifiée. La prolongation d'un AT ne peut être effectuée que par le médecin prescripteur de l'AT initial ou par le médecin traitant. Cette éventuelle prolongation n'intervient que si l'évolution est défavorable, par exemple en cas de complication. Il n'est cependant pas dans la mission des urgences de réaliser un certificat de prolongation, et le patient est renvoyé vers son médecin traitant ou vers un médecin spécialiste habituel du patient lorsque la pathologie qui justifie l'AT entre dans son champ de compétence. En l'absence de médecin traitant, le conciliateur de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), joignable au numéro national 3646, aide le patient à en trouver un. Si le patient est hospitalisé à la suite de son passage aux urgences, c'est au médecin du service hospitalier d'aval de réaliser, s'il y a lieu, un AT lors de la sortie. Pour la durée de l'hospitalisation, le bulletin de situation d'hospitalisation fera office d'AT et peut être envoyé à la CPAM par les proches si le patient n'est pas en état d'effectuer lui-même cette démarche. Dans tous les cas, la mention de la réalisation d'un AT doit figurer dans le compte rendu d'hospitalisation avec sa durée.

Pour ce qui est du temps de présence du patient aux urgences, il faut distinguer le bulletin d'hospitalisation (ou bulletin de situation) de l'AT. Le bulletin d'hospitalisation prouve la présence d'une personne à l'hôpital, que ce soit aux urgences ou en hospitalisation, sur la période mentionnée. Pour un simple passage aux urgences, il mentionne l'horaire d'arrivée et l'horaire de délivrance du bulletin qui correspond à l'horaire où le patient quitte les urgences. Il permet par exemple de justifier d'une absence au travail ou à l'école, ou de l'impossibilité d'honorer un rendez-vous. Il vaut pour AT, mais seulement durant la période de présence à l'hôpital. Si l'AT doit se prolonger après la sortie de l'hôpital, il faut alors rédiger un AT en bonne et due forme. Pour les simples passages aux urgences, il est en général inutile que le salarié adresse ce bulletin à l'assurance maladie, car il ne touchera aucune indemnité du fait du/des jours de carence.

Dans le but d'aider les médecins à fixer les durées d'AT avec une certaine homogénéité, l'assurance maladie et la Haute Autorité de santé ont produit des fiches « repères » par spécialité, avec des propositions de durée par pathologie et en fonction de l'intensité physique du travail, fiches sur lesquelles nous allons revenir ci-après [6]. Néanmoins, les pathologies vues aux urgences sont dispersées entre les spécialités d'organes correspondantes et les fiches, en particulier traumatologiques, mélangent de façon peu pratique les AT relevant de l'urgentiste et ceux relevant du chirurgien en cas d'opération. Considérant que les urgentistes ne vont réaliser les AT que dans les cas où le patient est sortant après sa consultation aux urgences, nous avons réalisé une sélection de ces pathologies « spécifiques des urgences ». Ont été exclues les pathologies pour lesquelles le patient est a priori hospitalisé et/ou opéré, considérant que la prescription de l'AT relèvera alors du médecin hospitalier et/ou du

Urgences médicales		Travail				Critères complémentaires à prendre en compte/aménagement de poste en lien avec le MdT	
		Sédentaire	Physique léger	Physique modéré	Physique lourd		
<b>Rhumatologie</b>							
Cervicalgie non spécifique en dehors des cervicalgies symptomatiques et/ou associées à des radiculagies	1	3	8	15	15	Charge supportée Mouvements du cou	Les situations bénignes peuvent ne pas nécessiter d'AT. Sévérité des symptômes/une attention particulière doit être accordée au bon positionnement du PT
Névralgie cervicobrachiale commune (hors difficulté de diagnostic). Traitement conservateur	15	15	21	42	42	Déplacements Temps de station debout	Intensité de la douleur et retentissement sur les gestes quotidiens. Lésions associées et existence de complications. Possibilité d'adaptation ergonomique temporaire du poste de travail ou de changement de poste en cas de travail physique lourd (avis MdT) * Si l'intensité des douleurs le justifie
Lombalgie commune (aiguë, subaiguë ou chronique)	0		5 *	(puis réévaluation)			
Sciaticque (hors sciaticque paralysante ou hyperalgique et syndrome de la queue de cheval)	2	5	21	35	35	Charge supportée	Étiologie de la sciaticque/la reprise du travail est possible avant disparition complète des douleurs, pourvu que la reprise soit progressive (aménagement temporaire du poste, des tâches). Une adaptation ergonomique du poste peut être souhaitable pour éviter les récurrences
<b>Ulcères de jambe avec prédominance veineuse</b>							
Ulcère de petite taille (traitement médical)	5	7	21	21	21	Déplacements	Comorbidités, éventuelles complications et/ou hospitalisation.
Ulcère étendu > 10 cm (traitement médical)	14	14	28	28	28	Position debout ou assise prolongée	Présence d'une thrombose veineuse profonde
<b>Maladies virales et bactériennes</b>							
Angine	3					Contact de population	Les situations bénignes peuvent ne pas nécessiter d'AT
Bronchite aiguë sans comorbidité	4	5	7			Charge supportée Environnement (gaz, poussière)	Pour certaines situations bénignes, l'AT peut être réduit à moins de 4 jours. Sévérité des symptômes (fièvre élevée), facteurs de risques associés

(Suite page suivante)

<b>Tableau 1 (suite)</b>				
<b>Urgences médicales</b>	<b>Travail</b>	<b>Critères complémentaires à prendre en compte/aménagement de poste en lien avec le MdT</b>		
<b>Sédentaire</b>	<b>Physique léger</b>	<b>Physique modéré</b>	<b>Physique lourd</b>	<b>Selon l'intervention, l'état général du patient et le niveau de l'activité</b>
Gastroentérite virale	3			Contact de population Sévérité des symptômes (déshydratation, douleur, vomissements, fièvre, maux de tête)
Grippe saisonnière	5	5		Des situations plus bénignes peuvent ne pas nécessiter + de 3 jours d'AT. Sévérité des symptômes (fièvre, courbatures, fatigue, maux de tête)
Sinusite maxillaire	3			Sévérité des symptômes en forme virale ou bactérienne. Facteurs de risques. Une information rassurante contribue à la reprise d'activité
<b>Troubles mentaux</b>				
Troubles anxiodépressifs mineurs	14			Dans certaines situations, l'AT peut ne pas s'avérer nécessaire. ATCD médicaux et psychiatriques, résultat examens. AT à réévaluer précocement pour éviter la chronicité. Une consultation précoce du MdT peut faciliter la reprise (mi-temps thérapeutique, adaptation du poste)

AT : arrêt de travail ; PT : poste de travail, MdT : médecin du travail

**Tableau 2** Guide des durées d'arrêt de travail pour les urgences traumatologiques non chirurgicales (d'après la Caisse primaire d'assurance maladie de Normandie [6], avec autorisation de reproduction)

Urgences traumatologiques	Travail				Critères complémentaires à prendre en compte/aménagement de poste en lien avec le MdT		
	Sédentaire		Physique		Au niveau de l'activité	Selon l'intervention, l'état général du patient et le niveau de l'activité	
	léger	modéré	lourd				
<b>Membre inférieur</b>							
Fracture des os du pied	10	14	21	28			
Fracture du Calcanéum	10	28	42	56	Déplacements		Gravité de la fracture, lésions associées, complication éventuelle. Possibilité d'adaptation ou de modification du PT par l'entreprise pour les postes très physiques. Avis précoce MdT)
Fracture de cheville unimalléolaire	35	56	63	91	Temps de station debout		Type et gravité de la fracture, existence de phlyctènes ou lésions associées (ligamentaire, vasculonerveuse), complication éventuelle (raideur articulaire, cals vicieux, troubles trophiques, algodystrophie). Avis précoce MdT
Entorse de la cheville	0	45/56		77/84	Sollicitation du membre inférieur		Gravité de l'entorse et présence de lésions associées. Possibilité d'adaptation ou de modification du PT : le recours au MdT peut être nécessaire. Le port d'une contention facilite la reprise précoce de la marche en sécurité. Il est recommandé d'éviter l'immobilisation totale et prolongée de la cheville
Fractures diaphysaires : tibia et/ou fibula	7	14	42	77	Charge supportée		Localisation de la (ou les) fracture(s), gravité de la fracture (ouverte, déplacée, simple ou complexe...). Nature du traitement, complication initiale (étendue des lésions cutanées, musculaires, vasculaires, nerveuses...), complication secondaire. Avis précoce MdT
Entorse du ligament du genou	0		3		Position debout		Dans certaines situations bénignes, un AT peut ne pas être nécessaire. Type de traitement et présence de lésions associées. Le port d'une contention peut faciliter une reprise précoce des activités physiques en sécurité
	3	7	14	21	Déplacements		
	3	7	14	21	Charge supportée		

*(Suite page suivante)*

Urgences traumatologiques		Travail			Critères complémentaires à prendre en compte/aménagement de poste en lien avec le MdT		
		Sédentaire	Physique léger	Physique modéré	Physique lourd	Au niveau de l'activité	Selon l'intervention, l'état général du patient et le niveau de l'activité
<b>Membre supérieur</b>							
Fracture des os de la main	Phalange	2	3	21	35	Sollicitation de la main	Côté dominant (?) et atteinte de la pince pouce-index, type et gravité de la fracture
	Métacarpien	3	7	28	42	Charge supportée	(par arrachement, lésions tendineuses, déplacées, comminutives, luxation, atteinte unguénales...). Aménagement temporaire du PT possible selon avis du MdT
Fracture du scaphoïde carpien		7		84	90		Côté dominant (?), type et gravité de la fracture, lésions associées et complication éventuelle. Un aménagement temporaire du PT peut être nécessaire
Entorse du poignet	bénigne	3	3	7	14	Déplacements	Côté dominant (?), lésions associées,
	moyenne	7	7	14	21	Sollicitations de la main	complication éventuelle. Possibilité d'adaptation
	grave	28	42	56	84	et du poignet	ou de modification du PT pour des postes très physiques selon avis du MdT. Le port d'une contention peut faciliter la reprise précoce de l'activité
Fracture de l'extrémité inférieure du radius		7	10	42	70	Sollicitation du membre supérieur	Côté dominant (?), type et gravité de la fracture (articulaire, déplacée, multifragmentaire, ouverte), lésions associées (fracture de l'ulna, os du carpe, lésion neurologique). Un aménagement temporaire du PT peut être nécessaire
Fracture du coude : extrémité inférieure de l'humérus		7	21	70	90	Charge supportée	Côté dominant (?), type et gravité de la fracture, lésions associées. Selon le besoin d'amplitude articulaire et de force, un aménagement temporaire du PT peut être nécessaire selon avis du MdT
Fracture du coude : tête radiale/extrémité supérieure de l'ulna (olécrâne coronoïde)		7	14	42	60		

(Suite page suivante)

Urgences traumatologiques		Travail				Critères complémentaires à prendre en compte/aménagement de poste en lien avec le MdT	
		Sédentaire	Physique léger	Physique modéré	Physique lourd	Au niveau de l'activité	Selon l'intervention, l'état général du patient et le niveau de l'activité
Fracture de l'extrémité proximale de l'humérus	10	14	60	90		Côté dominant (?), type et gravité de la fracture (déplacée, multifragmentaire), lésions associées (luxation, lésions vasculonerveuses). Un aménagement temporaire du PT peut être nécessaire	
Fracture de la clavicule	14	21	56	60		Côté dominant (?), type et gravité de la fracture, lésions associées, type de traitement. Un aménagement temporaire du PT peut être nécessaire	
Fracture de la Scapula	7	14	30	60			
Épaule : rupture des tendons de la coiffe des rotateurs	7 à 10	14 à 28	42	60	Charge supportée	Côté dominant (?). Étendue des lésions tendineuses (rupture totale, partielle ou transfixiante). Avis précoce du MdT. Selon le PT, une réorientation professionnelle est parfois nécessaire	
Épaule : tendinopathie de la coiffe des rotateurs	5	8	15	21		Des situations bénignes peuvent ne pas nécessiter d'AT. Intensité de la gêne, côté atteint. Travail au-dessus du plan des épaules. Avis précoce du MdT conseillé. Selon le PT, une réorientation professionnelle est parfois nécessaire	
Fracture de côte(s) isolée(s)	1-3	14	21	28	Amplitude des rotations du tronc	Déplacement de la fracture, complication éventuelle, intensité de la gêne douloureuse.	
Hors polytraumatisme	> 3	21	35	42	Déplacements Travail au-dessus du plan des épaules	Possibilité d'aménagement temporaire du PT selon avis du MdT (intensité de la douleur et gêne respiratoire)	

AT : arrêt de travail ; PT : poste de travail ; MdT : médecin du travail



chirurgical. Ces nouvelles fiches ont été validées par l'assurance maladie et la Haute Autorité de santé.

Le document produit par l'assurance maladie présente tout d'abord des « **urgences médicales** » courantes : pathologies rhumatologiques (par exemple la lombalgie commune ou la sciatique), problèmes d'ulcère de jambe, maladies virales et bactériennes (angines, bronchites, gastroentérites...) et les troubles anxiodépressifs mineurs (Tableau 1). Puis les « **urgences traumatologiques non chirurgicales** » courantes, dont le traitement est fonctionnel ou orthopédique, sans intervention chirurgicale. Il s'agit de fractures ou d'entorses. Les lésions sont classées d'abord pour le membre inférieur, puis pour le membre supérieur, et à chaque fois de la distalité vers le tronc (Tableau 2).

### Lecture pratique des tableaux de durées d'AT

La première colonne présente les pathologies concernées. La deuxième colonne présente les différents niveaux d'activités physiques effectuées dans le cadre du travail : travail sédentaire, physique léger, modéré ou lourd. C'est au médecin urgentiste de les apprécier en demandant au patient son métier et en faisant si besoin détailler le travail qu'il réalise au quotidien. La troisième colonne apporte des informations complémentaires indiquant sur quel item porte l'intensité physique décrite dans la colonne 2, et des éléments explicatifs pour le raisonnement qui doit conduire à fixer la durée de l'AT.

Voici quelques exemples :

- urgence médicale, en rhumatologie : pour une sciatique non paralysante et non hyperalgique, la durée de l'AT va varier entre 2 et 35 jours selon l'intensité physique du travail du salarié. La durée de l'AT est essentiellement influencée par le port des charges ;
- urgence médicale, maladie virale et bactérienne : la durée d'AT pour une gastroentérite virale est de 13 jours. Ce délai qui va bien au-delà de la guérison naturelle habituelle de la maladie a sans doute pour but d'éviter la transmission de l'infection à d'autres personnes ;
- urgence traumatique, entorse de la cheville de gravité moyenne : la durée d'AT va varier de 3 à 14 jours selon l'intensité physique du travail. Il faut déterminer si le salarié est obligé de rester debout ou s'il doit effectuer des déplacements. Les déplacements (motorisés ou non) que le salarié doit effectuer pour se rendre au travail doivent être pris en compte ;
- urgence traumatique, fracture isolée de la fibula : la plupart des fractures isolées de la fibula relèvent d'une immo-

bilisation qui peut être gérée par un médecin urgentiste. C'est donc à lui de prescrire l'AT. La durée d'AT varie entre 7 et 77 jours selon l'intensité physique du travail. C'est dans ce cas la charge supportée qui est l'élément de décision majeure.

### Conclusion

Nous avons rappelé dans cet article les grands principes régissant la prescription des AT. Nous avons présenté un document destiné aux urgentistes avec indication des durées d'AT pour des pathologies fréquentes en médecine d'urgence. Ces fiches ont été produites par une sélection à partir des documents préalables de l'assurance maladie et ne retiennent que les pathologies pour lesquelles l'urgentiste est le seul décideur de l'AT et de sa durée. Sauf complication ou nécessité de suivi médical, cette durée doit permettre au patient de reprendre son travail sans reconsulter chez son médecin traitant. Dans tous les cas, il s'agit de durées conseillées, et le médecin urgentiste prescripteur de l'AT peut indiquer des durées plus courtes ou plus longues s'il dispose d'éléments probants pour les justifier.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Références

1. Conseil national de l'Ordre des médecins (2019) <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/prescrire-arret-travail> (Dernier accès le 20 octobre 2021)
2. Beach J, Benoit M, Rowe BH, Cherry N (2012) Can emergency physicians predict severity and time away from work? *Occup Med* 62:648–50
3. Hayman K, McLaren J, Ahuja D, et al (2021) Emergency physician attitudes towards illness verification (sick notes). *J Occup Health* 63:e12195
4. de Benoit Rousseau B (2011) Durée de l'arrêt de travail après ostéosynthèse de fracture distale du radius par plaque antérieure (influence de l'accident du travail) Thèse de médecine Université Paris-Nord <http://hdl.handle.net/10068/875426> (Dernier accès le 20 octobre 2021)
5. Mouton JL, Houdre H, Beccari R, et al (2016) Surgical exploration of hand wounds in the emergency room: preliminary study of 80 personal injury claims. *Orthop Traumatol Surg Res* 102:1009–12
6. Caisse primaire d'assurance maladie de Normandie (2011–2015) Guide des durées d'arrêt de travail, d'après les données du site : AMELI - exercice libéral – Mémo et fiches d'aides à la pratique. 70 fiches accessibles <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos> (Dernier accès le 20 octobre 2021)