

Date :
06/09/1977

Origine :
CNAMTS

Réf. :
CNAMTS n° 302/1977
n /
n /
n /

Messieurs les Présidents
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Messieurs les Médecins-Conseils Régionaux

Plan de classement :

27	270	272				
----	-----	-----	--	--	--	--

Titre :

Contentieux de la Sécurité Sociale

Résumé :

La présente circulaire a pour objet de définir les modalités d'actions respectives des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et des Echelons Locaux du Service Médical dans les domaines suivants:

- Procédure suivie devant les Commissions de Recours Gracieux, lorsque le litige porte sur une question d'ordre médical,
- Contentieux du Contrôle Technique.

Pièces jointes :

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par:

M. DERLIN

Téléphone :

@

**Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés**

06/09/1977

Le Président
de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés

à

Origine :
CNAMTS

Messieurs les Présidents
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

(pour attribution)

Messieurs les Médecins Conseils Régionaux

(pour attribution)

Messieurs les Présidents
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour information)

N/Réf. : CNAMTS – N° 302/1977

Objet : Contentieux de la Sécurité Sociale.

Monsieur le Président,
Monsieur le Médecin Conseil Régional,

La présente circulaire – dont les principales orientations ont été fixées par le Conseil d'Administration de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés – a pour objet de définir les modalités d'actions respectives des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et des Echelons locaux du Service Médical dans les domaines suivants :

- procédure suivie devant les Commissions de Recours Gracieux, lorsque le litige porte sur une question d'ordre médical,
- Contentieux du Contrôle Technique.

1 – Procédure suivie devant les Commissions de Recours Gracieux lorsque le litige porte sur une question d'ordre médical

J'attire tout particulièrement votre attention sur le fait qu'il convient de bien distinguer :

- . les litiges d'ordre administratif qui relèvent directement du Contentieux Général,
- . les litiges d'ordre médical qui relèvent, sauf exceptions, de la procédure d'expertise médicale.

Or, sur le plan pratique, il a été constaté, au niveau de certaines Caisses Primaires d'Assurance Maladie, que cette distinction fondamentale était perdue de vue. Ainsi, certaines Commissions de Recours Gracieux sont parfois amenées soit à demander directement la mise en œuvre d'une expertise médicale soit, dans d'autres cas, à annuler une expertise médicale. La présente circulaire a pour objet de pallier ces anomalies.

11 – La Commission de Recours Gracieux peut-elle demander la mise en œuvre d'une expertise médicale ?

111 – Situation actuelle

La distinction entre « litige d'ordre administratif » et « litige d'ordre médical » n'est pas toujours aisée. Il s'ensuit que, dans un nombre non négligeable de cas, la voie de recours indiquée, sur la notification de refus émanant des Services de la Caisse, est la « Commission de Recours Gracieux » alors que le litige est d'ordre médical et relève donc de la procédure d'« expertise médicale ».

Dans un tel cas la « Commission de Recours Gracieux » de la Caisse est saisie par l'assuré alors qu'elle n'est pas compétente. La Commission, constatant qu'il s'agit d'un litige d'ordre médical ordonne ou demande qu'il soit procédé à la mise en œuvre d'une expertise médicale. L'expertise effectuée, le dossier revient devant la Commission de Recours Gracieux qui tire les conséquences administratives de l'avis médical émis par l'expert.

Sur le plan des principes, cette procédure n'est pas bonne. Il n'est pas satisfaisant, en effet, qu'une Commission de Recours Gracieux s'immisce dans un litige d'ordre médical : les litiges de cette nature relevant d'une autre procédure : l'expertise médicale.

Sur le plan pratique, il est fréquent que la Commission de Recours Gracieux demande la mise en œuvre d'une expertise médicale sans que l'avis du Médecin-Conseil ait été sollicité, ce qui constitue une anomalie. A cet égard, il paraît nécessaire que le Médecin-Conseil assiste systématiquement aux réunions de la Commission de Recours Gracieux ou, à défaut, que les litiges d'ordre médical lui soient préalablement soumis par le Secrétariat de la Commission de Recours Gracieux avant toute décision.

112 – Solution préconisée

Il est inévitable qu'un certain nombre de litiges médicaux parviennent devant la Commission de Recours Gracieux : la nature de certains refus – administratifs ou médicaux – étant difficile à déterminer au niveau des services de la Caisse.

Par ailleurs, il paraît peu souhaitable, sur le plan social, que la Commission de Recours Gracieux, une fois saisie, se déclare incompétente. En effet, l'assuré n'est pas responsable de la situation et c'est en toute bonne foi qu'il a saisi ladite Commission.

Par contre, le processus actuel – Commission de Recours Gracieux ordonnant ou demandant la mise en œuvre d'une expertise – n'est pas satisfaisant.

Dans ces conditions, saisie d'un litige d'ordre médical, La Commission de Recours Gracieux doit transmettre le dossier au Médecin-Conseil afin que celui-ci procède, le cas échéant, à la mise en œuvre de l'expertise médicale. Cette procédure paraît d'autant plus judicieuse que le Médecin-Conseil doit assister aux réunions de la Commission de Recours Gracieux.

L'assuré sera informé de cette décision.

Pour le Médecin-Conseil saisi du dossier, l'alternative sera la suivante :

- soit réformer l'avis défavorable initialement émis (compte tenu par exemple d'éléments nouveaux fournis par l'assuré), il n'y aurait alors plus de litige.
- soit maintenir sa position initiale auquel cas il devra mettre en œuvre immédiatement la procédure d'expertise médicale ;

12 – La Commission de Recours Gracieux peut-elle annuler une expertise médicale

Aux termes de l'article 7 du décret n° 59-160 du 7 Janvier 1959 :

« Quand l'avis technique de l'expert ... a été pris dans les conditions fixées par le présent décret, et notamment conformément aux prescriptions du cinquième alinéa de l'article 5, il s'impose à l'intéressé comme à la Caisse ainsi qu'à la juridiction compétente ».

L'avis de l'expert s'impose donc aux parties – assuré et Caisse Primaire d'Assurance Maladie. L'expertise ne peut être annulé qu'en cas de manquement à une formalité substantielle ou pour reprendre une formule de la Cour de Cassation, lorsque le déroulement anormal de la procédure a porté « atteinte aux droits de la défense ».

En principe, la Commission de Recours Gracieux, saisie par l'assuré d'un litige portant sur une expertise médicale, ne doit examiner, dans un tel cas, qu'un seul point : « Les Services de la Caisse ont-ils fait une juste application de l'avis de l'expert ? ».

En pratique, certaines Commissions de Recours Gracieux vérifient si l'expertise a bien été effectuée dans les formes prévues par le décret du 7 Janvier 1959. Dans la négative, elles annulent l'expertise effectuée et ordonnent la mise en œuvre d'une seconde expertise. Or, une telle procédure est contraire aux dispositions du décret du 7 Janvier 1959. En effet, l'avis de l'expert s'impose à la Caisse. De ce fait, la Commission de Recours Gracieux – émanation de la Caisse – ne saurait annuler une expertise. Seule une juridiction – Commission de Première Instance ou Cour d'Appel – peut procéder à

l'annulation d'une expertise effectuée en violation des dispositions du décret du 7 Janvier 1959.

Dans ces conditions, la Commission de Recours Gracieux, saisie par l'assuré d'un litige portant sur une expertise médicale, ne peut que vérifier si les Services de la Caisse ont fait une juste application de l'avis de l'expert. En aucun cas, elle ne peut annuler une expertise au motif que les formes du décret du 7 Janvier 1959 n'auraient pas été respectées (seule une juridiction a cette possibilité).

2 – Le Contentieux du Contrôle Technique

Afin d'améliorer l'action des Caisses en ce domaine et pour pallier les lacunes qui ont été constatées dans certaines circonscriptions, il paraît nécessaire de promouvoir une meilleure collaboration entre les services des Caisses Primaires d'Assurance Maladie d'une part, les Echelons locaux du Service Médical d'autre part.

Dans cet esprit, une liaison systématique devra être instituée entre Services Administratifs et Médicaux avec information réciproque des faits répréhensibles constatés, des suites données et insertion d'un bilan chiffré dans le rapport d'activité.

Sur le plan pratique, le schéma suivant devra être retenu dans les différentes hypothèses examinées ci-dessous.

21 – Cas où le Service Médical signale aux Service de la Caisse des faits répréhensibles qu'il a constatés

Les éléments médicaux ainsi signalés devront être rapprochés des constatations qui auront pu être faites sur le plan administratif par les Services de la Caisse. Il paraît indispensable, à ce niveau, qu'une coordination efficace et permanente s'instaure en ce domaine entre le Service Médical d'une part et les Services de la Caisse d'autre part tant au niveau de l'instruction du dossier qu'à celui du déclenchement d'une procédure éventuelle. A cet égard, les dossiers pourraient faire l'objet d'un examen conjoint par le Directeur de la Caisse et le Médecin-Conseils Chef.

De même, le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie devra, dans toute la mesure du possible, se rapprocher des organismes des autres régimes de Sécurité Sociale (régime agricole, régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles) afin que, le cas échéant, une action commune puisse être entreprise.

En tout état de cause, les Services de la Caisse devront informer le Service Médical de la suite qu'il réserve au signalement effectué, c'est-à-dire :

- soit « poursuites engagées » : la juridiction saisie devra alors être précisée (section des assurances sociales du Conseil Régional de Discipline de l'Ordre, Commission Médico-Sociale Paritaire Départementale, juridictions répressives ..). De même, le Service Médical devra être informé du déroulement de la procédure (appel, condamnations prononcées ..).

- soit « poursuites non engagées » : Dans cette hypothèse, les motifs de cette décision devront être précisés (avis défavorable du Conseil d'Administration, absence ou insuffisance de preuves ..).

22 – Cas où la Caisse Primaire d'Assurance Maladie peut directement déclencher l'action en fonction des éléments qu'elle a recueillis sur le plan administratif

Dans cette hypothèse, il paraît nécessaire que le Médecin-Conseil Chef de Service soit avisé et que les Services Administratifs informent le Service Médical des poursuites engagées ainsi que du déroulement ultérieur de la procédure et de sa conclusion.

23 – J'attire tout particulièrement votre attention sur le fait que les actions engagées dans les hypothèses prévues ci-dessus, devront l'être devant la « section des assurances sociales du Conseil Régional de l'Ordre » (organe juridictionnel dans lequel la Sécurité Sociale est représentée) et non devant la « Commission Régionale de Discipline ».

24 – Les statistiques suivantes devront être tenues respectivement au niveau du Directeur et au niveau du Médecin-Conseil Chef.

- Nombre de signalements émanant du Service Médical.
 - . Nombre d'actions engagées à la suite de ces signalements.
 - . Nombre de cas où les poursuites n'ont pas été engagées en raison de :
 - = Avis défavorable du Conseil d'Administration,
 - = Absence ou insuffisance de preuves,
 - = autres motifs.
- Nombre de recours engagés directement par les Services de la Caisse.
- Conclusion des procédures engagées.

Dans les deux cas, il y aurait lieu également de faire ressortir les délais nécessaires à l'aboutissement des affaires soumises au Contentieux, cela devant chacune des juridictions saisies.

Ces statistiques devront figurer dans les rapports d'activité respectifs de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et de l'Echelon local du Service Médical. Pour l'exercice 1977, ces statistiques porteront sur la période comprise entre le 1^{er} Septembre et le 31 Décembre.

Je vous serais obligé de bien vouloir me tenir informé des difficultés rencontrées, le cas échéant, dans l'application des dispositions de la présente circulaire.

Veillez croire, Monsieur le Président, Monsieur le Médecin Conseil Régional, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le Président,

M. DERLIN.