

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

07/02/84

Origine :

DGR

ENSM

MM les Directeurs

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MM les Agents Comptables

MM les Médecins-Conseils Régionaux

MM les Médecins Chefs de Service

Réf. :

DGR n° 1558/84 - ENSM n° 821/84

Plan de classement :

30

Objet :

Rôle du Contrôle Médical dans la mise en oeuvre du Protocole

Pièces jointes :

Liens :

Com.circ

DGR

1453/83

AC

285/83

ENSM

746/83

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

07/02/84

MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)

Origine :
DGR
ENSM

MM les Agents Comptables
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MM les Médecins-Conseils Régionaux

MM les Médecins Chefs de Service
(pour attribution)

MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : DGR N° 1558/84 - ENSM N° 821/84

Objet : Rôle du Contrôle Médical dans la mise en oeuvre du
Protocole.

Depuis la mise en oeuvre des nouvelles procédures relatives aux recours contre tiers, il a été donné de constater, selon les Caisses, certaines divergences d'interprétation quant au rôle des Médecins-Conseils tel qu'il ressort du "Règlement d'Application Pratique".

Il a paru nécessaire de préciser quelle doit être l'action du Contrôle Médical dans les diverses phases de ces procédures.

1° - DETERMINATION DE L'ASSIETTE DU RECOURS (Paragraphe 5 du Règlement d'Application Pratique)

1 - Les frais et l'incapacité temporaire :

L'introduction du Protocole d'Accord "Organismes Sociaux - Assureurs", n'a en rien modifié les chaînes de liquidation et ne doit donc entraîner aucun changement dans les liaisons médico-

administratives, pour ce qui concerne l'imputabilité de ces prestations.

- Pour le risque "AT" : les documents sont bien répertoriés
- Pour le risque "AM" : la feuille de soins doit permettre de déterminer l'origine des frais.

Pour ces questions d'imputabilité, le recours au Contrôle Médical doit donc demeurer exceptionnel.

2 - Incapacité permanente :

Il a été admis que l'évaluation de l'IPP se faisait par référence au "barème fonctionnel indicatif des incapacités en droit commun" ; les taux ne peuvent donc pas être calqués sur ceux que l'on attribue en matière d'Accidents du Travail, puisque les facteurs d'appréciation ne sont pas superposables.

Le passage des dossiers au Contrôle Médical ne doit pas être systématique.

Dans une première phase, le Service contentieux compare le taux proposé, avec les données du barème droit commun.

S'il apparaît que le taux proposé par l'Entreprise d'Assurances est contestable et peut être discuté (notamment en cas d'écart notable), l'avis du Médecin-Conseil est sollicité.

En outre, s'il s'agit d'un dossier faisant l'objet d'un recours contre tiers, il est souhaitable dans toute la mesure du possible, que le Médecin-Conseil appelé à évaluer une IPP au titre "AT", ou à proposer une pension d'invalidité, indique le taux d'incapacité permanente correspondante en droit commun. Le Médecin-Conseil devra fournir ce même élément, dans l'hypothèse d'un accident pris en charge au titre maladie, et pour lequel la capacité de travail ou de gain n'est pas réduite des deux tiers, alors que l'Entreprise d'Assurance a proposé un taux de rente en droit commun.

3 - Frais futurs :

La prise en compte de ces frais devient, pour les Services "Contentieux" une obligation quasi-constante.

Des accords peuvent être pris entre les Services contentieux et le Contrôle Médical pour la fixation des critères évitant le recours systématique au Médecin-Conseil, du moins pour les classes de forfait les plus basses.

C'est ainsi, que tout dossier d'"Accidents du Travail" entraînant incapacité permanente étant obligatoirement transmis au Contrôle Médical, le Médecin-Conseil devra alors, en même temps qu'il fixe le taux d'IPP, se prononcer sur la demande éventuelle de frais futurs et sur la classe forfaitaire à envisager.

Pour ce qui concerne les accidents pris en charge au titre maladie, pourraient être soumis au Médecin-Conseil, par exemple les dossiers :

- ayant entraîné hospitalisation d'une durée $\geq$ 3 semaines
- ou un arrêt ou des soins continus d'une durée $\geq$ 3 mois
- ou pour lesquels le taux d'incapacité proposé par la Compagnie d'Assurances selon le barème de droit commun est $\geq$ 20 %.

Je rappelle à ce sujet que l'assiette du recours comprend les frais de reclassement professionnel. En conséquence, dès lors qu'apparaît la nécessité d'une rééducation professionnelle, les frais correspondants doivent être pris en compte dans l'évaluation des frais futurs, quelle que puisse être la décision ultérieure de la COTOREP.

A l'inverse, pour les dossiers non soumis au Contrôle Médical, il conviendrait qu'un accord entre le Service Médical et le Service Contentieux fut passé afin d'orienter, a priori, le classement de certains traumatismes tels que :

- traumatismes cervicaux ou crâniens sans lésion organique, qui pourraient être classés au forfait n° 1
- lombalgies à récurrences probables : forfait 1 ou 2
- etc...

J'ajoute que la conclusion de tels accords doit respecter l'esprit de la circulaire 393 visant le contrôle sélectif.

Enfin, un "suivi" devra être organisé afin de comparer les forfaits proposés et les dépenses réelles et de réviser éventuellement les positions adoptées.

A cet effet, et si possible pour chaque classe du forfait, cinq dossiers "Accidents du Travail", feront l'objet d'un tel "suivi". Les résultats en seront communiqués à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie - Division de la Réglementation - courant décembre 1985.

II° - LES LITIGES :

Ils sont évoqués dans la circulaire DGR - n° 1453/83 - ENSM - n° 746/83 - AC - n° 285/83 du 3 juin 1983 - paragraphe 2.3. - page 3.

"Rapprochement" entre Médecins des deux parties :

- 1 - Si la Caisse n'est pas d'accord sur l'évaluation qui lui est soumise, il y a lieu, dans un premier stade, de procéder à un "rapprochement" entre Médecin-Conseil et Médecin de la Compagnie d'Assurance, dans le respect des règles professionnelles.

Cette concertation peut se faire par tous moyens, tels que téléphone, lettre, rencontre, afin d'aboutir à un accord sur les évaluations proposées.

Mais il ne s'agit pas, ici, de l'arbitrage prévu dans le protocole, et il n'y a pas lieu d'utiliser les imprimés prévus pour l'arbitrage. Le Médecin-Conseil précise simplement à la Caisse sur quelle base l'accord s'est fait ; sinon, il suggère d'engager la procédure d'arbitrage prévue dans le Règlement d'Application Pratique (RAP).

2 - L'arbitrage :

Il s'agit d'une "expertise" amiable. La procédure de l'expertise amiable, telle que prévue à l'annexe 7, n'incombe pas au Contrôle Médical placé auprès de la Caisse.

Le Médecin-Conseil peut être appelé à donner son avis sur le choix de l'Expert ; mais il ne s'agit pas d'un avis obligatoire. De plus, il ne doit pas communiquer son dossier personnel, celui-ci étant couvert par le Secret Médical. Les renseignements que détient le Médecin-Conseil ne sont d'ailleurs pas indispensables au Médecin chargé de donner son appréciation, puisque ce dernier examinera la victime avec le dossier médical produit par celle-ci.

Il est souhaitable que le Médecin-Conseil puisse assister à l'expertise, mais sa présence ne saurait être systématique ; elle ne s'impose que dans les cas particulièrement difficiles à trancher ou si le Médecin-Conseil l'estime nécessaire.

Il va de soi que le Protocole d'Accord Organismes sociaux - Assureurs, ne doit en rien modifier les dispositions de la circulaire 393, visant le Contrôle Sélectif, et ne peut conduire à la création d'une nouvelle catégorie de contrôles obligatoires.

Des accords doivent être pris entre les Services Contentieux et le Service Médical pour que les dossiers complexes soient étudiés en dehors de ce cadre.

Docteur Jean MARTY
Médecin-Conseil National

Pour le Directeur et par Délégation
Le Directeur Adjoint chargé
de la Gestion du Risque

R. VASSEUR