

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
18/10/88

Origine :
DGR

MM et MMES les Directeurs

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Réf. :

DGR n° 2275/88

Plan de classement :

274					
-----	--	--	--	--	--

Objet :

ACCIDENTS DE LA CIRCULATION ET RECOURS CONTRE TIERS. ENQUETE SUR LE PROTOCOLE D'ACCORD "ORGANISMES SOCIAUX - ENTREPRISES D'ASSURANCES".

Il convient de faire le point sur la manière dont le protocole est appliqué.

Pièces jointes :

0	2
---	---

Liens :

Date d'effet :

1/11 au 30/11/88

Date de Réponse :

18 DECEMBRE 1988

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

18/10/1988

MM et MMES les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

Origine :
DGR

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

N/Réf. : DGR N° 2275/88

Objet : Enquête sur le Protocole d'Accord "Organismes Sociaux -
Entreprises d'Assurances"

Afin de faire le point sur la manière dont le Protocole est appliqué, et de mieux connaître son incidence sur les délais et le montant des règlements, la CNAMTS a déjà fait procéder à des enquêtes (circ. DGR n° 1677/84 du 02.11.84 et DGR n° 1819/85 du 21.10.85) dont les résultats vous ont d'ailleurs été communiqués.

Cependant, certaines des informations ainsi recueillies demandent à être précisées. Par ailleurs, la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 (Loi "Badinter") a sensiblement modifié les rapports entre les entreprises d'assurances et les organismes sociaux, notamment en imposant à ceux-ci des délais impératifs pour présenter leurs créances.

C'est pourquoi il a paru indispensable de procéder à une nouvelle enquête, **qui se déroulera du 1er novembre au 30 novembre 1988.**

A. OBJECTIFS DE CETTE ENQUETE

Les objectifs essentiels visés par cette enquête concernent les points suivants :

I - LES DELAIS

- 1°) Par circulaire DGR n° 2166/87 du 23 décembre 1987, je vous ai demandé divers renseignements permettant de mesurer le "degré de coopération" des sociétés d'assurances, notamment quant à l'information des caisses.

Bien que l'exploitation de ces renseignements ne soit pas terminée, il apparaît d'ores et déjà que le délai moyen écoulé entre la date de survenance de l'accident et la date de signalement par l'entreprise d'assurances est excessif.

La connaissance du délai moyen écoulé entre la date de survenance de l'accident et la date de consolidation constituera donc un élément d'information particulièrement intéressant.

- 2°) Le délai écoulé entre la date de production de créance par la caisse et la date de règlement définitif par la compagnie permet de mesurer la célérité apportée par celle-ci dans le paiement de sa dette.

Il pourra être utilement comparé à ce même délai tel qu'observé au cours des enquêtes précédentes.

- 3°) De même, le délai total écoulé entre la date de survenance de l'accident et la date de règlement définitif par la compagnie sera comparé à ce même délai, tel que mesuré antérieurement.

II - LA RESPONSABILITE DU TIERS

La CNAMTS souhaite notamment étudier la valeur des cas de barèmes comportant une part de responsabilité égale à zéro (cas n° 10, 11, 14, 15, etc...).

L'importance relative - en nombre de dossiers - des accidents pour lesquels l'exception de non-garantie est invoquée constitue également une information non négligeable.

III - LES REGLEMENTS PAR LES ASSUREURS

1°) Il s'agit tout d'abord de connaître le taux de couverture réel, c'est-à-dire le rapport précis entre le montant global des règlements des assureurs d'une part, et le montant global des débours des CPAM d'autre part.

2°) Il s'agit par ailleurs de déterminer dans quelle mesure la possibilité (§ C 5.22 du RAP) du règlement en capital des pensions et des rentes est utilisée, et si possible d'en calculer les conséquences financières.

B. PROCEDURE UTILISEE

Je vous demande de bien vouloir faire remplir le questionnaire dont modèle joint selon les instructions fournies en annexe.

L'ensemble de ces questionnaires devra être adressé à la CNAMTS - DGR/Division Réglementation, au plus tard le 18 décembre 1988, dans les conditions également précisées en annexe.

Pour tous renseignements complémentaires concernant l'application de cette circulaire, il convient de vous mettre en rapport avec la Division Réglementation :

- Monsieur Guillory
poste 91205.

L'Adjoint au Responsable
de la DGR

A. BOUREZ

@NV

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

DOSSIER REGLE DANS LE CADRE DU PROTOCOLE D'ACCORD "ORGANISMES SOCIAUX - ASSUREURS"

N° CPAM

1		3

ENQUETE DU 01/11/88 AU 30/11/88

N° de dossier :

CARACTERISTIQUES DE L'ACCIDENTE

1. Situation (Assuré = 1 - Ayant droit = 0)

--

2. Sexe (Homme = 1 - Femme = 2)

--

3. Année de naissance

6	7

DATES RELATIVES A L'ACCIDENT (jour, mois, année)

4. Date de l'accident

8					13

5. Date de consolidation mentionnée par la compagnie d'assurances à l'occasion de la demande de créance visée ligne 7

14					19

6. A défaut, date de consolidation ou de guérison retenue par la Caisse

20					25

7. Date de réception de la demande de créance adressée par la compagnie d'assurances faisant mention de la consolidation de la victime

26					31

8. Date de la production de créance par la Caisse

32					37

9. Date de règlement définitif par la compagnie d'assurances

38					43

CARACTERISTIQUES DE L'ACCIDENT

10. Risque (AT = 1 - AS = 0)

--

11. Numéro de cas du barème de responsabilité

--

12. Part de responsabilité du (ou des) tiers

45	46
47	49

Valeurs accordées par la Sécurité Sociale (Assuré)

13. Taux d'IPP en AT

50	52

14. Tierce personne en AT (oui = 1 - non = 0)

--

15. Catégorie de pension d'invalidité (1,2 ou 3)

--

Valeurs accordées dans le cadre du Protocole (Assuré ou ayant droit)

16. Taux d'IPP

56	57

17. Tierce personne (oui = 1 - non = 0)

--

58

Montant global des débours CPAM

18. Payés : PN - PE et arrérages

59							65
66							72

19. A payer : capitaux représentatifs (frais futurs, rentes et pensions)

Montant global des règlements Assureurs

20. Pour PN - PE et arrérages

73							79
80							86

21. Capitaux pour frais futurs, rentes et pensions réglés immédiatement

22. Montant global des capitaux pour frais futurs, rentes et pensions qui seront réglées par l'Assureur sous forme d'arrérages

87							83

PROTOCOLE D'ACCORD "ORGANISMES SOCIAUX - ENTREPRISES D'ASSURANCES"

ENQUETE DU 1er NOVEMBRE 1988 AU 30 NOVEMBRE 1988

Instructions relatives à l'établissement et à l'envoi des questionnaires

A. DOSSIERS VISES

Cette enquête porte uniquement sur les dossiers entrant dans le cadre du Protocole d'accord "organismes sociaux - entreprises d'assurances".

Ces dossiers se divisent en trois catégories.

1e catégorie - Les dossiers dans lesquels la responsabilité du tiers est, partiellement ou totalement, retenue

Dans cette catégorie, sont pris en compte les dossiers :

- pour lesquels la date de règlement **définitif** par la Compagnie d'Assurance intervient entre le 1er novembre 1988 et le 30 novembre 1988 ;

et

- pour lesquels aucune ambiguïté ne subsiste quant au barème de responsabilité appliqué :

- . soit que le dossier soit réglé sans qu'il y ait eu recours à la procédure d'escalade,
- . soit qu'un accord soit intervenu entre les parties, antérieurement à ce règlement.

Remarque : Le terme de règlement **définitif** est pris ici par opposition à celui de règlement **provisoire** tel que prévu par le RAP § 5-124. En effet, selon le RAP, un règlement ne peut être que provisoire ou définitif.

C'est ainsi qu'un règlement est réputé définitif - au sens du RAP - même si la pension ou la rente doit être réglée sous forme d'arrérages.

2e catégorie - Les dossiers dans lesquels la responsabilité du tiers est égale à zéro

Dans cette catégorie, sont pris en compte les accidents :

- pour lesquels, l'absence de responsabilité ne faisant aucun doute, le service "Contentieux" prend une décision de "classement" du dossier, dès lors que ce classement intervient entre le 1er novembre 1988 et le 30 novembre 1988,

ou

- pour lesquels, après échange de correspondances avec la compagnie, un accord sur cette absence de responsabilité est intervenu entre le 1er novembre 1988 et le 30 novembre 1988.

3e catégorie - Les dossiers pour lesquels l'exception de non-garantie a été soulevée

Je rappelle qu'aux termes du § B 3 du RAP, la caisse dispose d'un délai d'un mois pour contester la position de l'assureur (l'absence de contestation dans ce délai constituant une acceptation implicite de cette position).

Il en résulte qu'au cours de ce délai d'un mois, un dossier pour lequel l'exception de non-garantie a été soulevé doit, dans tous les cas, être considéré comme entrant toujours dans le cadre du Protocole.

Dans cette catégorie, sont donc pris en compte les dossiers pour lesquels l'exception de non-garantie a été invoquée par la Compagnie d'Assurances entre le 1er novembre et le 30 novembre 1988.

Remarque : Dans le cas très exceptionnel où l'assureur invoquerait la non-garantie alors que la responsabilité du tiers est égale à zéro, le dossier correspondant sera considéré comme relevant de la 2ème catégorie.

B - REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE

I. DISPOSITIONS GENERALES

Il convient d'établir un questionnaire **pour chacune des victimes**, et non un questionnaire par assuré.

N° de CPAM

Il s'agit du numéro de CPAM à 3 caractères.

N° de dossier

Attribué par la Caisse, **il doit permettre de retrouver le dossier contentieux correspondant** afin de faciliter d'éventuelles recherches.

II. DOSSIERS DE 1E CATEGORIE (Responsabilité du tiers retenue)

Toutes les zones doivent être servies, éventuellement en codant 0.

Caractéristiques de l'accidenté

- Année de naissance (ligne 3)

Cette date est à coder sur 2 caractères : par exemple 1921 doit être codé | 2 | 1 |

Dates relatives à l'accident (lignes 4 à 9)

Ces 6 dates sont à coder sous forme : jour, mois, année. Par exemple, le 19 octobre 1985 doit être codé | 1 | 9 | 1 | 0 | 8 | 5 |.

- Date de consolidation mentionnée par la compagnie d'assurances (ligne 5)

Si aucune date n'est mentionnée, coder en 0 la zone 14 à 19.

- A défaut, date de guérison ou de consolidation retenue par la Caisse (ligne 6)

Coder la zone 20 à 25 en 0 si une date de consolidation figure en zone 14 à 19.

Dans le cas contraire, la date à porter dans la zone 20 à 25 sera :

- **en AT** : la date de consolidation ou la date de guérison de l'accident selon qu'il y a, ou non, IPP.

- **en AS** : la date de reprise de travail ou la date de guérison.

- Date de production de la créance par la caisse (ligne 8)

Il s'agit uniquement de la production de créance définitive au sens de la Loi Badinter (circ DGR n° 1872/86 - relevé de décisions n°12).

- Date de règlement définitif par la Compagnie d'Assurances (ligne 9)
(voir remarque A. 1° ci-dessus).

Caractéristiques de l'accident

- Numéro de cas du barème de responsabilité (ligne 11)

Il s'agit des numéros de cas d'accident repris dans le barème de responsabilité joint au Règlement d'Application Pratique du Protocole et complété par les relevés de décisions n°11 (circ. DGR n° 1827 du 18.11.85) et n°20 (circ. DGR 2198 du 07.03.88).

Ce numéro est à coder sur 2 caractères.

Le cas n°16 bis sera codé 16.

Le cas n° 95 bis sera codé 97.

- Part de responsabilité du (ou des) tiers (ligne 12)

Cette information est à noter sur 3 caractères :

100 % par exemple (cas du tiers totalement responsable) : | 1 | 0 | 0 |

25 % : | 0 | 2 | 5 |

- Taux d'IPP

Qu'il s'agisse :

. du taux d'IPP accordé par la Sécurité Sociale en matière d'"AT" (ligne 13)

ou

. du taux d'IPP relatif aux prestations accordées dans le cadre du Protocole (ligne 16),

ce taux est à coder sur 3 caractères :

100 % d'IPP doit être codé : | 1 | 0 | 0 |

8 % : | 0 | 0 | 8 |

- **Montant global des débours CPAM**

La caisse doit **toujours** présenter les débours **à payer** (ligne 19) **sous forme de capital**, celui-ci étant déterminé par application :

- . du barème 5 V annexé au Protocole pour les frais futurs,
- . de l'arrêté du 17.12.54 pour les rentes "AT",
- . de l'arrêté du 23.11.62 pour les pensions "AS".

Cette règle est valable **même si la Caisse** n'a pas demandé la capitalisation de la pension ou de la rente.

En cas d'"AT" avec IPP < 10 %, le montant de l'indemnité en capital prévue à l'article D 434.1 du Code de la Sécurité Sociale doit figurer en ligne 18 ou 19 selon qu'il a, ou non, été réglé par la Caisse à la date de **production de créance**.

- **Montant global des règlements assureurs**

- . **Capitaux réglés immédiatement** (ligne 21)

On se trouve dans l'hypothèse où le règlement intervient immédiatement en capital (§ C 5.22 du RAP). Sinon, coder en 0 la zone 80 à 86.

- . **Capitaux qui seront réglés sous forme d'arrérages** (ligne 22)

Hypothèse inverse de la précédente.

Les cinq montants globaux sont à indiquer en francs en cadrant sur la droite de la zone :

1.500 F par exemple : | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | .

Toutes les sommes doivent être indiquées en Francs, et arrondies au franc supérieur.

III. DOSSIERS DE 2E CATEGORIE (Responsabilité du tiers égale à zéro)

Il convient également d'établir un questionnaire par victime. Toutefois, seules seront servies les rubriques :

- | | |
|---|--------------|
| - Risque (AT = 1 - AS = 0) | Zone 44 |
| - Numéro de cas du barème de responsabilité
(le cas 16 bis sera codé 16) | Zone 45 à 46 |
| - Part de responsabilité du tiers
(par définition égale à zéro). | Zone 47 à 49 |

Bien qu'ils ne donnent lieu à aucun remboursement par les assureurs, ces dossiers ne doivent pas être omis.

Les renseignements demandés ont notamment pour but de permettre à la CNAMTS d'apprécier la valeur des cas de barèmes comportant une part de responsabilité égale à zéro.

Remarque concernant l'ensemble des questionnaires (1e et 2e catégories)

Afin d'éviter toutes difficultés dans l'exploitation des informations fournies par les CPAM, et surtout dans l'appréciation des résultats, il est indispensable que ces informations ne donnent lieu à aucune ambiguïté.

Les questionnaires devront donc être complétés en respectant rigoureusement les instructions ci-dessus. Tout imprimé mal, ou incomplètement rempli sera considéré comme inexploitable.

IV. DOSSIERS DE 3E CATEGORIE (Non-garantie)

Pour les accidents en cause, aucun questionnaire n'est à établir.

Cependant, les caisses devront dénombrer scrupuleusement le nombre de dossiers (à raison d'un dossier par **victime**) pour lesquels la non-garantie a été soulevée par les compagnies d'assurances entre le 1er novembre et le 30 novembre 1988.

C- TRANSMISSION DES INFORMATIONS

A l'issue de l'enquête, et avant envoi à la CNAMTS, les questionnaires seront divisés en deux paquets distincts :

- l'un comportant uniquement les formulaires relatifs aux dossiers de 1ère catégorie ;
- l'autre, comportant uniquement ceux relatifs aux dossiers de 2ème catégorie.

Sur chaque paquet, la caisse portera la mention "Enquête sur le Protocole d'Accord "Organismes Sociaux - Entreprises d'Assurances" et indiquera le nombre de questionnaires correspondants.

L'ensemble devra être adressé à la CNAMTS :

**Division de la Gestion du Risque
Division de la Réglementation**

au plus tard le 18 décembre 1988.

Par ce même envoi, les CPAM ne manqueront pas d'indiquer le nombre de dossiers ayant fait l'objet d'une "non-garantie", **même si ce nombre est égal à zéro.**