

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

16/01/89

Origine :

DGR

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

Réf. :

DGR n° 2294/89

Plan de classement :

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

Objet :

APPLICATION DE L'ARTICLE 14 DE LA LOI N° 85-677 DU 5 JUILLET 1985 TENDANT A
L'AMELIORATION DE LA SITUATION DES VICTIMES D'ACCIDENTS DE LA CIRCULATION, ET A
L'ACCELERATION DES PROCEDURES D'INDEMNISATION.

Cette circulaire explicite la conduite à tenir par les CPAM dans les différentes situations possibles.

Pièces jointes :

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

REGL : Mmes BOURGAULT et GOUEL - M. LEVY

Téléphone :

42.79.34.01 - 42.79.32.04

@

16/01/1989

Origine :
DGR

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

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

N/Réf. : DGR N° 2294/89

Objet : Application de l'article 14 de la Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation, et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

Antérieurement à la loi du 5 juillet 1985 rappelée en objet, aucun texte ne fixait de délai aux entreprises d'assurances pour indemniser les victimes d'un accident de la circulation. Parallèlement, les organismes sociaux n'avaient aucun délai à respecter pour présenter leurs créances à l'assureur lorsque la responsabilité, totale ou partielle, de l'auteur de l'accident avait été reconnue.

Or, l'article 12 de la loi du 5 juillet 1985 impose aux assureurs une limite dans le temps pour faire une offre d'indemnité à la victime. Par voie de conséquence, un délai est également imposé aux tiers payeurs - notamment aux CPAM - pour répondre à la demande de créance formulée par l'assureur (art. 14 - alinéas 2 et 3 de la Loi).

Ce texte étant d'ordre public s'impose à toutes les parties.

J'observe à ce sujet que le RAP du Protocole du 24 mai 1983- point c 5.12 - ne remet nullement en cause les règles fixées par ledit article 14.

Je rappelle par ailleurs que certains accidents de la circulation échappent au Protocole, alors même que leur auteur est régulièrement assuré auprès d'une Société adhérente par un contrat souscrit en France. C'est le cas, par exemple, pour les accidents survenus à l'étranger. Cependant, même si le litige donne lieu à décision judiciaire, les délais prévus par la loi n° 85.677 ne s'en imposeront pas moins à la CPAM.

Or, si ces règles sont généralement d'application assez simple, certaines difficultés ont amené la CNAMTS à interroger Monsieur le Ministre de la Justice sur l'interprétation à donner au texte face à des situations particulières.

J'insiste sur le fait que les questions ainsi posées sont strictement relatives à la mise en oeuvre de l'article 14 de la loi du 5 juillet 1985, indépendamment du Protocole.

La présente circulaire vise donc :

- à rappeler les règles d'application de l'article 14 de la "Loi Badinter",
- à porter à la connaissance des Caisses les précisions fournies par le Ministère de la Justice par courrier du 13 décembre 1988 (photocopie jointe en annexe).

I - LE TEXTE

L'article 14 de la "Loi Badinter" est ainsi rédigé :

"Dès lors que l'assureur n'a pu, sans qu'il y ait faute de sa part, savoir que l'accident avait imposé des débours aux tiers payeurs visés aux articles 29 et 33 de la présente Loi, ceux-ci perdent tout droit à remboursement contre lui et contre l'auteur du dommage. Toutefois, l'assureur ne peut invoquer une telle ignorance à l'égard des organismes versant des prestations de sécurité sociale.

Dans tous les cas, le défaut de production des créances des tiers payeurs, dans un délai de quatre mois à compter de la demande émanant de l'assureur, entraîne déchéance de leurs droits à l'encontre de l'assureur et de l'auteur du dommage.

Dans le cas où la demande émanant de l'assureur ne mentionne pas la consolidation de l'état de la victime, les créances produites par les tiers payeurs peuvent avoir un caractère provisionnel."

Il ressort précisément de ce texte :

- **concernant l'alinéa 2**, que le défaut de production dans le délai de quatre mois entraîne déchéance **dans tous les cas** et ce, que la demande émanant de l'assureur **fasse ou non** mention de la consolidation de la victime,
- **concernant l'alinéa 3**, que même dans l'hypothèse où la demande de l'assureur ne mentionne pas la consolidation, la créance produite n'a pas **automatiquement** un caractère provisionnel.

L'article 14 - 2ème alinéa - du décret n° 86-15 précise à ce sujet : "... les créances réclamées n'ont un caractère provisionnel que si le tiers payeur le précise expressément."

II - EXEMPLES PRATIQUES D'APPLICATION

Hypothèse A

- La demande émanant de l'assureur ne mentionne pas la consolidation de l'état de la victime.
- Date de la demande : 01.02.89
- a) la Caisse ne donne aucune suite)
à cette demande) déchéance de
)
- b) la Caisse produit sa créance posté-)
rieurement au 31.05.89, fin du délai) ses droits
de quatre mois)
- c) la Caisse produit sa créance avant le 31.05.89, mais ne mentionne pas son caractère provisionnel, comme le prévoit l'article 14 du décret n° 86-15 du 06.01.86 : la créance a un caractère définitif.

- Remarque : En principe, c'est donc seulement dans le cas d. que l'assureur sera amené, ultérieurement, à adresser une demande de créance faisant état de la consolidation.

- La demande émanant de l'assureur mentionne la consolidation de l'état de la victime.
- Date de la demande : 01.08.89

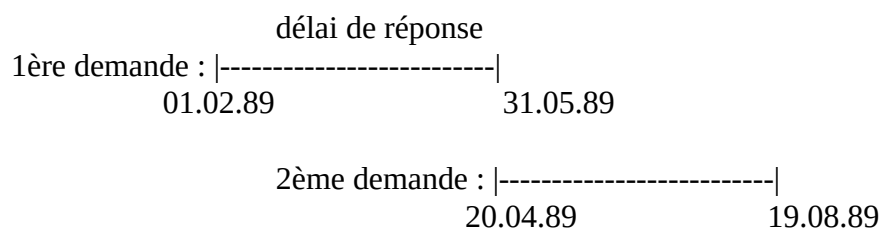
a) En tout état de cause, la créance de la Caisse a un caractère définitif.

b) Pour être recevable, elle doit être produite avant le 30.11.89.

c) Si elle est produite après cette date, mais qu'une créance provisionnelle a été présentée antérieurement (voir d. ci-dessus), la créance provisionnelle conserve toute sa valeur, et prend ainsi le caractère de créance définitive.

1°) Demandes de créance successives dans un délai inférieur à quatre mois

- 1ère demande (victime non consolidée) le 01.02.89
- 2ème demande (victime consolidée) le 20.04.89.



Si, le 20 avril 1989, la Caisse n'a pas encore répondu à la première demande, elle doit, **avant le 31 mai 1989**, produire sa créance **provisionnelle en précisant bien** que cette créance répond à la demande du 1er février 1989.

Elle doit ensuite adresser à l'assureur sa créance définitive, avant le 19 août 1989.

2°) Créance non chiffrable

La situation envisagée ici est celle où la Caisse, à l'expiration du délai de quatre mois à compter de la demande de l'assureur ne mentionnant pas la consolidation, n'a reçu aucune demande de remboursement (feuille de soins, volet AT,...), ni aucune demande de prise en charge hospitalière.

Dans ce cas, il y a lieu d'indiquer à titre provisionnel soit une créance d'un montant minimum (une consultation par exemple), soit même une créance de 1 F. **En effet, exciper d'une créance nulle n'éviterait pas la déchéance.**

3°) Consolidation anticipée

Certains assureurs font état, lors de la demande de créance adressée à la Caisse, d'une consolidation **future**.

Une telle pratique est tout à fait contraire aux dispositions de la Loi du 5 juillet 1985, ainsi qu'à la doctrine de la réparation du dommage corporel.

M. BARUBE

PJ : * Lettre ministérielle 133-O-E-10-K du 13 décembre 1988*