

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
26/06/90

Origine :
DGR
ENSM

Mmes et Mrs les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
Mmes et Mrs
les Médecins Conseils Régionaux
les Médecins Conseils Chefs
les Médecins Conseils
(pour attribution)
Mmes et Mrs les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

Réf. :

DGR n° 2506/90 - ENSM n° 1363/90

Plan de classement :

260	30				
-----	----	--	--	--	--

Objet :

GESTION DU RISQUE ACCIDENT DU TRAVAIL DANS LE CADRE DE LA NOUVELLE CIRCULAIRE D'ORIENTATION DES ACTIONS CONCERTÉES SERVICES ADMINISTRATIFS/SERVICES MEDICAUX.

La Cour des Comptes ayant relevé certaines anomalies relatives à la gestion du risque "AT-MP" dans certaines Caisses Primaires d'Assurance Maladie lors d'un précédent contrôle, effectué en 1988, un rappel de la réglementation s'avère nécessaire. Il porte sur les délais de contestation du caractère professionnel de l'accident, l'instruction des dossiers, la surveillance des arrêts de travail et des prescriptions de soins et les conditions de prise

en charge des soins après consolidation.

Données à intégrer dans le protocole d'action concertée CPAM/Echelons Locaux du Service Médical.

Pièces jointes :

--	--

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

REGL/A. GIRARD - P. JEULIN - ENSM/Dr WEILL

Téléphone :

42.79.35.91 - 42.79.32.07 - 42.79.31.48

**Direction de la Gestion du Risque
Echelon National du Service Médical**

26/06/90

Origine :
DGR
ENSM

Mmes et Mrs les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
Mmes et Mrs
les Médecins Conseils Régionaux
les Médecins Conseils Chefs
les Médecins Conseils
(pour attribution)
Mmes et Mrs les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : DGR n° 2506/90 - ENSM n° 1363/90

Objet : Gestion du risque accident du travail.

Mon attention a été appelée par la Cour des Comptes, sur certaines anomalies relatives à la gestion du risque "AT-MP" dans certaines Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

Les observations effectuées me conduisent à rappeler certaines instructions en la matière.

Ces instructions sont à intégrer dans les modalités d'application de la nouvelle circulaire d'orientation des actions du service médical et des actions concertées services administratifs/services médicaux (à paraître prochainement).

I - APPLICATION DE L'ARTICLE R. 441-10 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE - DELAI DE CONTESTATION DU CARACTERE PROFESSIONNEL DE L'ACCIDENT

Il résulte de l'enquête menée par la Cour auprès des Caisses Primaires que, bien que le délai imparti pour contester ce caractère professionnel de l'accident ait été porté de 15 à 20 jours par le décret n° 77-1075 du 24 septembre 1977, le plus grand nombre de caisses, surtout parmi celles qui ne disposent pas d'un service central spécialisé, éprouvent des difficultés réelles pour recueillir et exploiter dans le délai requis les informations permettant, dans les cas douteux, de fonder une telle contestation.

Certains organismes seraient alors tentés de dépasser le délai réglementaire.

En pratique, le plus souvent, la caisse qui n'est pas en mesure de prendre une décision rapide procède à la contestation conservatoire prévue à l'article R. 441-10 du Code de la Sécurité Sociale ; elle préserve ainsi tous ses droits, mais s'engage dans une procédure lourde avec enquêtes et relances sur pièces ou sur place et ouverture de délais de recours, alors que, dans la plupart des cas, cette mesure de pure précaution s'avère inutile, le caractère professionnel de l'accident étant finalement reconnu avant l'expiration du délai de 20 jours.

En conséquence, il me paraît indispensable de rappeler que :

- la procédure de contestation préalable prévue à l'article R. 441-10 précité doit garder **un caractère exceptionnel**, et ne saurait être utilisée de façon systématique.

A cet effet, il appartient aux services administratifs et médicaux de définir en concertation les méthodes de travail devant permettre à la Caisse, dans le plus grand nombre de cas, de prendre dans les 20 jours une décision définitive d'acceptation ou de rejet.

En matière de rechute, ce n'est que lorsqu'il s'avère que le service médical ne pourra prendre position dans les délais (examens complémentaires nécessaires, précisions demandées sur l'enquête etc...) qu'il y aura lieu de faire application de la procédure précitée.

- Le délai de 20 jours n'est pas opposable à la caisse en cas de déclaration frauduleuse.

Il résulte en effet d'une jurisprudence constante de la Cour de Cassation que n'est pas opposable à la Caisse Primaire l'absence de contestation du caractère professionnel de l'accident, dans le délai réglementaire, en cas de fausses déclarations de la victime, des témoins ou de l'auteur de l'accident (cf Cass. Sociale 7.03.68 CP de la Somme contre Dame veuve Alexandre ; 24 janvier 1974, Sieur Robert Belzanne contre CPAM de Seine et Marne, publiés respectivement au bulletin Juridique IB n° 20.1968 et 48.1974 rubrique E3 feuillets roses et Cass. Sociale du 28 janvier 1976 Sieur Dominguez Arroyo Enrique contre CPCAMRP).

II - INSTRUCTION DES DOSSIERS

1) Ouverture du droit

La Cour des Comptes a également relevé un certain laxisme au stade initial d'instruction du dossier :

- soit lors du contrôle de la matérialité de l'accident et de son caractère professionnel, qui se traduit par l'abandon presque total de l'interrogation écrite de la victime, de l'employeur ou des témoins,
- soit par la prise en compte des seules déclarations de l'employeur, sans examen des autres circonstances de l'accident,
- soit enfin par une définition trop restrictive des critères de déclenchement de la procédure de contestation alors que cette dernière s'avérerait nécessaire.

Une solution en la matière peut résider dans la présence d'une équipe d'inspecteurs spécialisés plus efficace que les inspecteurs polyvalents trop sollicités par des tâches trop diversifiées.

Dans ce domaine, la déclaration d'accident doit être normalement confrontée aux spécifications du premier certificat médical ce qui implique des compléments d'enquêtes (sur pièce et sur place), dans tous les cas douteux.

Une concertation permanente doit exister entre les services administratifs et médicaux, afin de procéder au règlement des dossiers dans l'intérêt des assurés, et dans le strict respect de la législation.

Il serait opportun que les modalités de cette concertation soient matérialisées dans le protocole d'action concerté signé par le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et le Médecin Chef de l'Echelon Local du Contrôle Médical dans l'esprit de la nouvelle circulaire d'orientation du service médical.

2) Surveillance des arrêts de travail et des prescriptions de soins

La Cour a constaté une augmentation de la durée moyenne des arrêts de travail, alors même que le coefficient de gravité des accidents est en régression.

Là-encore, "un suivi" des prestations accordées est souhaitable dans la mesure où les prestations versées au titre de la législation professionnelle peuvent être considérées comme plus avantageuses.

3) Dispositions pratiques

Dans le cadre du protocole d'action concertée susvisé, il serait utile de renforcer le colloque permettant l'étude commune par un responsable administratif et un représentant du service médical des certificats médicaux et des déclarations d'accident du travail et des maladies professionnelles.

Ce colloque permettra une meilleure appréciation de la relation de cause à effet entre l'accident et la lésion ainsi que de la durée de l'arrêt de travail et de la justification des prescriptions de soins.

Il y aura lieu, en particulier, de détecter les prescriptions abusives et de sanctionner les manquements les plus graves, en ne se limitant pas à de simples lettres d'avertissement et à une remise sous surveillance des prescripteurs ou fournisseurs alors que les intéressés relèvent des procédures conventionnelles et de poursuites ordinales ou judiciaires.

III - CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS APRES CONSOLIDATION

La Cour des Comptes a remarqué en la matière que les instructions contenues dans la circulaire ministérielle 209 SS du 19 septembre 1959 ont été perdues de vue ou considérées comme périmées.

Il convient donc de rappeler que certains états d'incapacité permanente peuvent s'accompagner, de façon qui doit demeurer tout à fait exceptionnelle, de la nécessité non moins permanente de recevoir des soins appropriés ou peuvent appeler une surveillance médicale constante et un traitement prolongé afin de prévenir une aggravation du taux d'incapacité permanente partielle, la stabilisation d'un état pathologique étant davantage liée à la notion de reprise du travail qu'à celle de la thérapeutique.

Lorsque, l'état de la victime étant consolidé, un tel traitement paraît nécessaire, les prestations correspondantes devront être attribuées en application de la circulaire ministérielle 209 SS précitée.

En effet, cette circulaire permet tout à la fois d'éviter l'utilisation détournée de la procédure de la rechute, et de limiter la prise en charge, au titre de la législation professionnelle, aux seuls soins nécessités par l'accident (il peut être utile de vérifier par des sondages a posteriori le respect de ces dispositions).

Comme l'a souligné la Cour des Comptes, l'évolution financière favorable du risque accidents du travail ne saurait justifier un relâchement dans les contrôles, d'autant que les dernières statistiques d'accident du travail pour l'année 1988 accusent une hausse inquiétante du nombre d'accidents, laquelle impose une vigilance particulière et ce, afin d'éviter tout dérapage en matière de dépenses.

De même, la préoccupation d'indemniser rapidement les victimes, ne doit pas faire perdre de vue la nécessité de régler les prestations en conformité avec la législation en vigueur.

Je vous demande donc de prendre, en tant que de besoin, les mesures nécessaires à la mise en oeuvre des présentes recommandations.

Le Directeur

Gilles JOHANET