

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

**Date :**

07/01/92

**Origine :**

DGR

ENSM

Mesdames et Messieurs les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

- de la CRAMIF et CRAM de STRASBOURG

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils  
Régionaux

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils

Chefs de Service des Echelons Locaux

Monsieur le Médecin Chef de Service de la  
Réunion

(pour attribution)

Mesdames et Messieurs les Directeurs

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour information)

**Réf. :**

DGR n° 2695/92 - ENSM n° 1461/92

**Plan de classement :**

274

**Objet :**

Recours contre Tiers

L'exercice par les Caisses des Recours Contre Tiers soulève de nombreuses difficultés. Compte tenu de l'importance financière de ce dossier, il importe que sa gestion soit plus efficace et que se développe une plus grande implication des organismes avec un renforcement de la collaboration entre les services du contentieux des Caisses Primaires et le service du contrôle médical.

**Pièces jointes :**

0 4

**Liens :**

|                            |                                                            |                          |
|----------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Date d'effet :</b>      | IMMEDIATE                                                  | <b>Date de Réponse :</b> |
| <b>Dossier suivi par :</b> | ENSM Dr WEILL - REGL. S. BOURGAULT - R. GOUEL - J. ABOUDOU |                          |
| <b>Téléphone :</b>         | 42.79.31.48 - 42.79.34.01 - 42.79.32.05 - 42.79.35.76      |                          |

@

**Direction de la  
Gestion du Risque**

|                  |                                                                                                                                                                            |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07/01/92         | Mesdames et Messieurs les Directeurs<br>- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie<br>- des Caisses Générales de Sécurité Sociale<br>- de la CRAMIF et CRAM de STRASBOURG |
| <b>Origine :</b> | Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux                                                                                                                      |
| DGR              | Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils                                                                                                                                |
| ENSM             | Chefs de Service des Echelons Locaux<br>Monsieur le Médecin Chef de Service de la Réunion<br>(pour attribution)                                                            |
|                  | Mesdames et Messieurs les Directeurs<br>- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie<br>(pour information)                                                                 |

**N/Réf. :** DGR n° 2692/92 - ENSM n° 1461/92

**Objet :** Recours Contre Tiers

L'exercice par les Caisses des recours contre les tiers responsables d'accidents survenus à des assurés sociaux n'est pas sans soulever de nombreuses difficultés, qui tiennent notamment à la détection malaisée des accidents, à la coexistence des règles de droit commun et de celles de la sécurité sociale et à la complexité des procédures.

La Cour des Comptes a d'ailleurs relevé que l'application par les caisses des dispositions législatives et conventionnelles relatives aux recours n'était pas satisfaisante.

Compte tenu de l'enjeu financier des recours contre tiers, il apparaît souhaitable d'améliorer leur rendement. Cette incidence économique est très importante, d'une part, du fait du volume des accidents et, d'autre part, en raison des sommes engagées pour de nombreux cas.

Pour exemple, on peut citer les chiffres de l'Observatoire National de la Sécurité Routière pour 1989 :

- 171.000 accidents corporels,
- 10.500 tués,
- 236.000 blessés (avec traitement ou hospitalisation).

Par ailleurs, il ressort d'une étude publiée par la CNAMTS en 1988 que le coût global des accidents de la route en 1984 pour le régime général est estimé à 7,5 milliards de francs et que le coût moyen d'une victime est de 25.100 F.

Cette circulaire a donc pour but de donner une nouvelle impulsion pour permettre une plus grande efficacité dans la gestion des recours contre tiers par les caisses et les services du contrôle médical dans le cadre des actions de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

Dans un premier temps, il est indispensable de tout mettre en oeuvre pour déceler le plus rapidement possible l'intervention d'un tiers dans les causes d'un accident survenu à un assuré social.

Il est également nécessaire que se développe une parfaite collaboration au niveau des Caisses Primaires entre le service contentieux et le service du contrôle médical.

Enfin, le service du contrôle médical doit s'impliquer davantage dans cette fonction à partir de deux mesures essentielles :

- **Gestion précoce du dossier par le service du Contrôle Médical**

En raison des délais fixés par la loi Badinter qui impose à la Caisse de présenter sa créance à la Compagnie d'Assurances dans un délai de quatre mois maximum après la notification de la consolidation, et pour résoudre le mieux possible les problèmes d'imputabilité, le dossier sera géré précocement par le Médecin Conseil dès que la notion de tiers sera connue.

**- Création d'une unité fonctionnelle particulière du Service Médical pour le recours contre tiers : Unité Fonctionnelle-RCT**

Elle comprendra :

un ou plusieurs médecin(s) conseil(s) ayant reçu une formation médico-juridique adaptée. L'importance et le mode de fonctionnement de cette unité relève de l'organisation spécifique à chaque échelon ou région du contrôle médical.

Ce médecin conseil sera le correspondant du contentieux de la CPAM, des médecins de compagnies d'assurances et des autres praticiens conseils de l'échelon chargés de la gestion des dossiers de leur secteur.

L'organisation des circuits et les modes de traitement des dossiers feront l'objet d'une annexe au PLAC (avenant et liste de questions facultatives cf. annexe 1). Cette annexe tiendra compte des modalités de fonctionnement propres à chaque caisse et/ou échelon local du contrôle médical.

## **1. RAPPEL DES TEXTES ET DES PRINCIPES GENERAUX DU RECOURS CONTRE TIERS**

### **1.1 Le droit à recours**

Lorsque l'un de ses assurés est victime d'un accident ou de blessures imputables à un tiers, la Caisse est fondée, aux termes de la Loi, à recouvrer auprès de ce dernier le montant des prestations qu'elle a été amenée à verser à cette occasion.

Le recours est fondé sur les articles L. 376-1 du Code de la Sécurité Sociale, pour les accidents du droit commun, et L. 454-1 pour les accidents du travail.

Par ailleurs, l'article 29 de la loi Badinter du 5 juillet 1985 vise au titre des tiers payeurs ayant droit à recours, les organismes de sécurité sociale. Il convient de préciser que la loi susvisée, dont l'objet principal est l'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation, comprend notamment dans les articles 28 à 34 certaines dispositions générales

relatives aux droits et obligations des tiers payeurs pour l'ensemble des accidents (accidents de la route et autres).

Bien que n'étant pas un texte fondant le recours contre tiers, il importe néanmoins de citer le protocole d'accord conventionnel du 24 mai 1983 signé entre les Organismes de Protection Sociale et les Sociétés d'Assurances. Il a pour but de régler les rapports entre les deux parties signataires concernant les accidents causés par des véhicules soumis à l'obligation d'assurance et par des bicyclettes.

## **1.2 Nature des accidents ouvrant droit à recours**

Il est rappelé que tous **les accidents, quelle que soit leur origine** peuvent entraîner un recours dès lors que la responsabilité totale ou partielle d'un tiers identifié peut être recherchée.

Il semble en effet que les Caisses réservent leur action spécialement aux accidents de la circulation dont le traitement relève du protocole d'accord conventionnel du 24 mai 1983 et s'intéressent très peu aux autres possibilités de recours. A cet égard, la Cour des Comptes a signalé au Ministère "que certains organismes vont même jusqu'à proscrire par des directives précises, l'ouverture de dossiers pour les accidents scolaires, les accidents sportifs et les accidents de la vie privée en général, sans examen préalable des circonstances de l'événement qui est la plupart du temps couvert par un contrat d'assurance".

Si certains accidents, de par leur nature, soulèvent des problèmes juridiques complexes, ils ne doivent pas, pour autant, être négligés. **L'attention des organismes est donc appelée sur le fait que les recours ne doivent pas se limiter à la récupération des débours occasionnés par les accidents de la circulation.**

## **1.3 Rappel des principes généraux du recours contre tiers (Cf. annexe 2)**

La Caisse doit servir à l'assuré, victime d'un accident imputable à un tiers, l'ensemble des prestations auxquelles son état lui ouvre droit. La victime ne peut renoncer volontairement aux dites prestations pour demander réparation intégrale au responsable, et ce en raison du caractère d'ordre public de la législation de sécurité sociale.

En principe, toute prestation en rapport avec l'accident considéré peut donner lieu à recours, à l'exclusion des prestations d'assistance (par exemple, Fonds National de Solidarité).

Le recours de nature subrogatoire s'exerce dans les limites de la part d'indemnité qui répare l'atteinte physique de la victime à l'exception des indemnités compensant un préjudice dit personnel ou extra patrimonial (pretium

doloris, préjudices esthétique et d'agrément, préjudice moral des proches après décès de la victime).

Pour déterminer sa créance, la Caisse fait la somme de toutes les prestations servies. Il est à noter que l'opportunité et l'étendue de celles-ci échappent au contrôle des juridictions, dès lors que le lien de causalité est établi entre l'accident et les prestations. Concernant les dossiers réglés dans le cadre du protocole d'accord, les Sociétés d'Assurances ne peuvent réclamer **qu'exceptionnellement** la justification des dépenses.

La Caisse procède à l'évaluation de l'assiette du recours selon les règles conventionnelles du protocole d'accord et/ou celles du droit commun pour les dossiers hors protocole. Cette assiette peut se trouver éventuellement réduite, par application d'un partage de responsabilité entre l'assuré et le tiers.

L'évaluation protocolaire est définitive, sauf aggravation, ceci impose de présenter une créance unique et globale intégrant en particulier les frais futurs.

## **2. LA DETECTION DES ACCIDENTS**

Elle ne répond à aucune règle particulière mais nécessite une attention particulière.

La connaissance d'un accident se fait au vu de la déclaration d'accident (en accident du travail) ou au vu de la case "accident" de la feuille de soins (en assurance maladie). Mais elle peut se faire également par des voies autres, telles que les sociétés d'assurances, les tribunaux, les hôpitaux, procès-verbaux de gendarmerie ou de police, presse...

### **2.1 Le signalement par l'assuré**

La connaissance par la feuille de soins implique que l'assuré n'ait pas omis de renseigner la case "accident", et que le service chargé de la liquidation des prestations exploite l'information et veille à ce qu'elle lui soit fournie.

#### **2.1.1. L'action auprès des assurés**

Il appartient à chaque Caisse d'attirer l'attention des assurés sur la nécessité de répondre à la question "s'agit-il d'un accident" sur chaque feuille présentée au

remboursement et relative à des soins consécutifs à un accident causé par un tiers :

Des actions de sensibilisation pourront être lancées

- soit par des campagnes d'information : messages sur les volets et décomptes ou autre support,
- soit par des actions périodiques systématiques de retours des feuilles de soins incomplètes,
- soit par tout autre mode à l'initiative de l'organisme.

Une étude portant à la fois sur une éventuelle modification de la feuille de soins pour la rubrique "accidents" et sur la création d'un imprimé national "déclaration d'accident", est actuellement en cours.

### **2.1.2 L'action auprès des établissements de soins**

Concernant les échanges d'information entre hôpitaux et Caisses, la CNAMTS n'ignore pas les sérieuses difficultés éprouvées par les Caisses tant pour les signalements que pour la connaissance du montant des frais d'hospitalisation, pour les établissements en dotation globale.

Ce problème fait actuellement l'objet d'une réflexion au plan national. Pour les autres établissements, les modalités d'une information au plan local sont laissées à l'initiative des organismes.

### **2.1.3 L'action auprès du service "de prestations"**

Quel que soit le mode d'organisation propre à chaque organisme, il importe que toutes les informations qui parviennent au service chargé de la liquidation des prestations au sujet d'accidents causés par des tiers soient transmises obligatoirement et le plus rapidement possible au service contentieux.

## **2.2 L'information par les sociétés d'assurances**

Dans le cadre du protocole d'accord conventionnel signé le 24 mai 1983, l'Assureur, dès qu'il a connaissance du numéro d'immatriculation ou de la date de naissance de

l'assuré social victime de l'accident doit informer la Caisse d'affiliation de l'assuré par l'envoi d'un avis.

Cette obligation d'information immédiate imposée aux Assureurs par le protocole n'est pas toujours respectée.

Malgré de nombreuses interventions en commission paritaire nationale d'application des représentants des organismes sociaux, l'information de la Caisse par l'Assureur demeure insuffisante et aucune solution satisfaisante pour remédier à cette situation n'a pu encore être dégagée.

### **2.3 Information par le Service Médical**

Le service médical doit signaler rapidement au contentieux tout dossier d'accident avec tiers responsable dont il a connaissance.

### **2.4 Autres sources d'information**

Des procédures au plan local peuvent être mises en place pour obtenir une meilleure détection des accidents.

## **3. LES CIRCUITS (cf. annexe 3)**

### **3.1 Le service du contentieux**

A réception du questionnaire accident ou de la déclaration d'accident du travail, le service contentieux prend la décision, au vu des circonstances du sinistre, de suivre ou non le recours. S'il décide de la poursuite, il en informe le service prestations et le service du contrôle médical, en transmettant à ce dernier photocopie du questionnaire accident ou tout autre support de renseignement.

Il adresse une réclamation à la Compagnie d'Assurances adverse ou au tiers si celui-ci n'est pas assuré, en joignant le relevé provisoire ou définitif des prestations servies.

A cet égard, il apparaît nécessaire de sensibiliser les agents du service prestations au recours contre tiers. En effet, il est indispensable que les liquidateurs se montrent particulièrement vigilants pour que tous les soins en rapport avec un accident soient bien mémorisés au fichier recours.

Dès que la feuille de soins est correctement remplie, cela ne doit entraîner aucun retard dans les remboursements.

### **3.2 Le service du contrôle médical (cf annexe 4)**

#### **3.2.1 Le médecin conseil de l'unité fonctionnelle-RCT**

Après transmission des dossiers RCT par le service contentieux, un tri est réalisé par le médecin-conseil d'après la description des conséquences de l'accident au vu des informations fournies par la victime avec sélection des dossiers pour lesquels des frais importants sont susceptibles d'être engagés.

**Par exemple :**

- ITT > 30 jours,
- hospitalisation > 1 semaine
- séquelles prévisibles des lésions,
- autres (à définir localement).

Les dossiers sélectionnés sont transmis au médecin-conseil et/ou au dentiste conseil du secteur géographique de l'assuré.

L'unité fonctionnelle RCT se charge de tenir un échéancier pour obtenir les réponses dans les délais prévus.

Les autres dossiers sont renvoyés immédiatement au contentieux et gérés par ce seul service.

#### **3.2.2 Le médecin conseil de secteur**

Il est chargé de la gestion quotidienne du dossier.

Cette gestion doit être particulièrement rigoureuse pour éviter les écarts de décisions avec le médecin des Compagnies d'Assurances.

Dès réception, il doit porter la notion de recours sur la fiche médicale et émettre un avis le plus précocement possible, soit d'après les éléments déjà présents au dossier, soit le plus souvent par convocation de la victime sur tous les

postes de préjudices pouvant être inclus dans le calcul de la créance et de l'assiette du recours.

## a) imputabilité des soins :

Si, au cours de l'examen, le médecin conseil découvre des lésions dentaires, il doit transmettre le dossier au chirurgien dentiste conseil qui donnera son avis sur l'imputabilité des soins dentaires.

## b) Imputabilité des hospitalisations,

## c) durée de l'ITT, fixation de la date de consolidation,

## d) dès que possible, fixation de la date de consolidation.

## e) Indemnisation des séquelles :

- . en maladie : invalidité, catégorie et pourcentage lié à l'accident, si état antérieur,
- . en accident du travail : IPP selon le barème de Sécurité Sociale.

Le reclassement professionnel ou le placement sont également à prévoir (chiffrage prévisionnel sans attendre la décision de la COTOREP ou de la CDES).

## f) Estimation des frais futurs médicaux et dentaires.

Il s'agit de frais certains ou prévisibles.

- Prestations continues dont les classes de forfait : une attention particulière est demandée aux praticiens conseils pour obtenir des Compagnies d'Assurances la reconnaissance des premières classes de forfait, très souvent récusées et qui, bien que ne représentant pas des sommes importantes pour chaque dossier, constituent globalement une masse financière non négligeable.

Le dentiste conseil ne doit pas oublier d'inclure dans le devis les frais futurs d'odonto-stomatologie, soins conservatoires et prothèse.

- Prestations occasionnelles : en détaillant la nature, la durée et le coût des soins ou hospitalisation à prévoir.

Tous ces avis sont transmis au médecin conseil de l'unité fonctionnelle RCT le plus précocement possible, sous forme de conclusions médico-administratives définitives.

Lorsque le médecin conseil a connaissance d'éléments de préjudice n'entrant pas dans la créance de la Caisse, il en informe le Service Contentieux.

### **3.2.3. Le médecin conseil de l'unité fonctionnelle RCT**

Transmet les avis provenant des praticiens conseils de secteur au service contentieux.

Effectue les relances auprès des praticiens conseils de secteur si les dossiers ne sont pas retransmis dans les délais.

Répond aux demandes complémentaires du contentieux au moment de l'établissement de la créance et de l'assiette du recours.

Etablit les statistiques d'activité du service médical pour le recours contre tiers.

## **4. REGLEMENT DES LITIGES**

### **4.1 Le service contentieux**

Concernant les dossiers "protocole", les contestations survenant entre la Caisse et l'Assureur sont réglées dans le cadre de la "procédure d'escalade", de chefs de service à membres de la direction, et soumis éventuellement à l'examen de la commission de conciliation, en cas de désaccord persistant. Concernant les dossiers "hors protocoles" et en cas d'échec d'une tentative amiable de recouvrement, il appartient au service d'apprécier si la voie judiciaire doit être retenue.

Lorsqu'il s'agit d'une question relative à l'évaluation médicale du dommage corporel, le service contentieux se met en rapport avec le service du contrôle médical.

Pour les dossiers "hors protocole", il doit notamment prévenir le médecin conseil de l'Unité Fonctionnelle - RCT des mesures d'expertise ordonnées par les juridictions, et l'informer au besoin des date, heure et lieu de l'expertise.

Pour les dossiers "protocole", si l'Assureur conteste notamment l'imputabilité des soins à l'accident ou si l'évaluation du préjudice proposé apparaît contestable (date de consolidation, taux d'IPP...), le contrôle médical devrait en principe être saisi. Toutefois, il est souhaitable, dans toute la mesure du possible, d'éviter la transmission systématique. Dès lors, le service doit, au vu des éléments du dossier (par exemple, écart important entre IPP Sécurité Sociale et IPP proposée), juger de l'opportunité de la saisie. Sur ce point, des accords fixant certains critères de transmission doivent être conclus entre les services concernés.

#### **4.2 Le service du contrôle médical**

Le médecin conseil de l'unité fonctionnelle - RCT règle les litiges selon les procédures prévues.

Pour les dossiers entrant dans le cadre du protocole :

- rapprochement entre le médecin conseil et le médecin de Compagnie d'Assurance,
- expertise amiable.

Pour les dossiers hors protocole :

- expertise judiciaire.

Dans les deux cas, il assiste autant que faire se peut aux expertises pour défendre ses conclusions.

### **5. AGGRAVATION**

Le circuit est identique, depuis le signalement jusqu'aux problèmes de litiges.

Il est important de rappeler que pour les dossiers "protocole", l'aggravation ne sera reconnue par la Compagnie d'Assurances que si elle aboutit à une majoration de l'IPP en droit commun et d'insister sur la nécessité d'obtenir une revalorisation même minime de cette IPP.

## **6. DONNEES STATISTIQUES**

### **6.1 Le service contentieux**

La circulaire DGR - n° 2645/91 du 16 juillet 1991, rappelle aux services contentieux leurs obligations en matière de statistiques "recours contre tiers". Une étude sur les produits édités par la chaîne RCT convergence est actuellement en cours.

### **6.2 Le service médical**

Le recueil des données pour le rapport d'activité du service médical distinguera :

- d'une part, les contrôles obligatoires (imputabilité, frais futurs) et les examens sur personne qui donneront tous lieu à l'élaboration d'un document "Indivi" Infomed et,
- d'autre part, les prestations nouvellement prises en compte traitées sur pièces (qui seront dénombrées en Infomed "Récap" selon méthodologie diffusée par ailleurs au service médical).

## **7. FORMATION**

### **7.1 Service du contentieux**

#### **7.1.1 Formation nationale recours contre tiers**

Des négociations sont actuellement en cours entre l'UCANSS et la CNAMTS en vue d'élaborer un module de formation sur ce sujet.

#### **7.1.2 Information nationale recours contre tiers**

Dès la fin de l'année, débiteront à la demande des Caisses des sessions d'informations régionales sur ce sujet.

## **7.2 Service médical**

### **7.2.1 Formation nationale recours contre tiers**

Un séminaire de formation médico-juridique est organisé à l'intention des médecins conseils et concerne plus particulièrement les médecins conseils qui auront en charge l'UFRCT (au moins un par échelon local).

Cette formation sera relayée auprès de l'ensemble des praticiens conseils de l'échelon local.

## **7.3 Documentation**

Un document de travail qui rappelle les textes et les principales données est en cours de confection. Il sera adressé aux Caisses et aux Services Médicaux au cours du 1er semestre 1992.

Le Directeur

Le Médecin Conseil National

*Gilles JOHANE*

*Claude BERAUD*

# ANNEXE 1

## **LISTE DES LIAISONS MEDICO-ADMINISTRATIVES SUCEPTIBLE D'ÊTRE MODIFIEE EN FONCTION DES NECESSITES LOCALES**

(Contentieux <=> SM / RCT)

### **D E T E C T I O N**

| CODE | LIBELLE DE LA QUESTION<br>OU DU SIGNALEMENT                                                                                        | COMMENTAIRE                                                                                                                                                                                                |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | Interrogation par le service médical<br><br>Accident du ...<br><br>Avez-vous connaissance du dossier ?<br><br>S'agit-il d'un RCT ? | Signalement émanant du Service Médical chaque fois qu'il décèle un accident pouvant donner lieu à un RCT<br><br>Appelle de la part du Service Contentieux une réponse et la transmission des informations. |

### **C I R C U I T**

| CODE | LIBELLE DE LA QUESTION<br>OU DU SIGNALEMENT                                                                                                                                 | COMMENTAIRE                                                                                                                                                                    |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | Interrogation par le Service Contentieux<br>Accident avec R.C.T.<br>Le ...<br><br>Nous vous informons de ce dossier et vous transmettons tous éléments en notre possession. | Ce signalement appelle une réponse du Service Médical :<br><br>– soit bilan médico-administratif précoce,<br>– soit avis que le dossier est classé sans suite car trop minime. |
|      | Interrogation par le Service Contentieux.<br>Les soins .....<br>Indemnités journalières .....<br>Hospitalisation .....<br>sont-ils en relation directe avec l'accident ?    | Interrogation ponctuelle du Service Administratif si les indications de l'assuré paraissent sujettes à caution.                                                                |

| CODE | LIBELLE DE LA QUESTION<br>OU DU SIGNALEMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | COMMENTAIRE                                                                                                                  |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | <p>Réponse du Service Médical</p> <p>Suite à votre signalement du .....</p> <p>Nous vous transmettons les conclusions médico-administratives du Service Médical sur les postes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ITT, ITP,</li> <li>- soins</li> <li>- hospitalisation,</li> <li>- consolidation,</li> <li>- invalidité (pourcentage lié à l'accident si état antérieur),</li> <li>- IPP,</li> <li>- frais futurs,</li> <li>- reclassement.</li> </ul> | <p>Conclusions du Service Médical servant au Contentieux pour l'établissement de la créance et de l'assiette du recours.</p> |

|                    |
|--------------------|
| <b>AGGRAVATION</b> |
|--------------------|

| CODE | LIBELLE DE LA QUESTION<br>OU DU SIGNALEMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | COMMENTAIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | <p>Interrogation par le Service Contentieux Accident du ...</p> <p>Aggravation en cours ?</p> <p>Et si oui :</p> <p>Prévisions médico-légales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soins</li> <li>- ITT, ITP,</li> <li>- hospitalisation,</li> <li>- consolidation,</li> <li>- invalidité (pourcentage lié à l'accident si état antérieur),</li> <li>- IPP,</li> <li>- frais futurs,</li> <li>- reclassement.</li> </ul> | <p>Une aggravation ne peut être envisagée que s'il y a aggravation du taux d'IPP (pour les dossiers gérés dans le cadre du protocole). Si le Praticien Conseil suspecte une aggravation, il doit en informer le Contentieux, indiquer les conclusions prévisionnelles médico-légales et en particulier le taux IPP prévisible pour que le Contentieux puisse établir sa réclamation en vue de la réouverture du dossier.</p> |

## LITIGES

### Dossiers gérés dans le cadre du protocole

| CODE | LIBELLE DE LA QUESTION<br>OU DU SIGNALEMENT                                                                                                                                                                  | COMMENTAIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | <p>Interrogation par le Service Contentieux</p> <p>Etes-vous d'accord avec les propositions de la Compagnie ?</p> <p>Si non, veuillez prendre contact avec le Médecin de la Compagnie d'Assurances.</p>      | <p>Si le dossier a été bien géré et l'assiette du recours évaluée en fonction du Droit Commun, un rapprochement des médecins est conseillé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– En cas d'accord, des conclusions communes signées par les 2 parties seront établies.</li> <li>– En cas de désaccord, le Médecin-Conseil en informe le contentieux.</li> </ul> |
|      | <p>Interrogation par le Service Médical</p> <p>Après échec du rapprochement, une procédure d'expertise s'impose :</p> <p>Quels noms d'experts proposez-vous ? ...</p> <p>Mission à confier à l'Expert...</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'Expert sera choisi d'un commun accord entre les parties.</li> <li>– La mission sera fixée conformément à l'annexe 7 du RAP.</li> </ul>                                                                                                                                                                                      |

### Dossiers gérés dans le cadre du protocole

| CODE | LIBELLE DE LA QUESTION<br>OU DU SIGNALEMENT                                                                                                                                                                          | COMMENTAIRE                                                                                                  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | Interrogation par le Service Contentieux<br><br>Etes-vous d'accord avec les propositions de la Compagnie dans le cadre de la transaction en cours ?                                                                  | Réponse du Service Médical en fonction de sa propre évaluation                                               |
|      | Interrogation par le Service Contentieux<br>Une expertise a été ordonnée<br><br>– soit elle aura lieu le ...<br>– soit la date ne nous a pas été communiquée.<br><br>Veuillez prendre contact avec l'Expert désigné. | Signalement du Service Administratif pour permettre au Médecin Conseil de l'UF/RCT d'assister à l'expertise. |

## ANNEXE 2

### PRINCIPES GENERAUX DE LA GESTION DU RECOURS CONTRE TIERS

**P.P** = PREJUDICE PATRIMONIAL - **P.E.P.** = PREJUDICE EXTRA PATRIMONIAL

|            | <b>Postes de Préjudice</b>                                                           | <b>Assiette de Recours</b>                                                  | <b>Créance des organismes sociaux</b>                                                                                                                             | <b>Offres d'indemnisation de la Compagnie d'Assurances</b>                                                                                                         |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PP</b>  | Frais de soins                                                                       | Frais réellement payés ou à payer                                           | Montant des remboursements effectués à l'assuré (prestations en nature) ou prévus (frais futurs)                                                                  | Faites dans un premier temps aux organismes subrogés (organismes sociaux, mutuelles, employeur) en fonction du montant de l'assiette du préjudice et de la créance |
|            | Incapacité professionnelle des salariés percevant des I.J.                           | Perte de salaire effective (salaire de base net)                            | - I.J. en A.M.<br>- I.J. en A.T.                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |
|            | Incapacité professionnelle des travailleurs ne percevant pas d'I.J.                  | Perte de salaire effective                                                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                    |
|            | Incapacité fonctionnelle des non travailleurs et ayants droit                        | Indemnisation composant l'ITT et l'ITP en droit commun                      |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                    |
|            | Incapacité permanente                                                                | Rente ou capital lié à l'IPP du fait des séquelles évaluées en droit commun | - A.T. : rente ou capital lié à l'IPP calculé selon la législation AT<br>- AS : invalidité :<br>. pension groupes 1 & 2<br>. % lié à l'accident si état antérieur | Faite dans un deuxième temps à la victime, si la créance est restée inférieure à l'assiette du préjudice                                                           |
|            | Tierce personne                                                                      | Frais évalués en droit commun                                               | - A.T. : majoration<br>- A.S. invalidité : majoration groupe 3                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |
| <b>PEP</b> | Pretium doloris, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, préjudice professionnel | Evaluation en droit commun                                                  |                                                                                                                                                                   | Faite à la victime dans tous les cas                                                                                                                               |

### ANNEXE 3

#### GESTION PRECOCE DES DOSSIERS RCT PAR LE SERVICE MEDICAL

SERVICE CONTENTIEUX  
ACCIDENT RCT IDENTIFIE



Tri des dossiers par le Médecin Conseil de l'UF-RCT  
au vu des éléments d'information sur les conséquences de l'accident



Retour au service Contentieux  
Conséquences médicales nulles ou  
minimes



Transmission du dossier au Médecin Conseil  
de secteur et/ou au Dentiste Conseil qui  
évaluent par les moyens les plus opportuns, le  
plus précocément possible et en double  
évaluation - droit commun, droit social  
(assurance maladie ou AT) :

- l'imputabilité des soins et des hospitalisations,
- la durée de l'I.T.T.,
- la date de consolidation,
- l'I.P.P., invalidité,
- reclassement professionnel,
- les frais futurs.

Retour du dossier à l'unité fonctionnelle  
médicale recours :

#### Le Médecin Conseil

RETOUR AU SERVICE  
CONTENTIEUX



- Formule les conclusions médico-administratives nécessaires au service contentieux pour établir la créance et l'assiette du préjudice.
- Gère les litiges médicaux avec les Médecins de Compagnies d'Assurance,
- Participe à l'élaboration des statistiques du service.

En cas d'aggravation, le circuit sera identique.

Le Service Contentieux pourra interroger ponctuellement le Service Médical UF/RCT, lors de l'établissement de la créance et de l'assiette du recours s'il subsiste des difficultés.

## ANNEXE 4

### LIAISONS INTERNES DU SERVICE MEDICAL

UF - RCT <-----> Praticiens de Secteur

| <b>LIBELLE DE LA QUESTION<br/>OU DU SIGNALEMENT</b>                                                                                                           | <b>COMMENTAIRE</b>                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interrogation par l'UF-RCT<br>Accident avec recours contre tiers le ...<br><br>Pouvez-vous procéder à l'estimation médico-légale de l'accident ?              | Evaluation précoce des postes de préjudice par le Médecin-Conseil de Secteur.<br><br>Si le Médecin Conseil découvre des lésions dentaires, il doit transmettre le dossier au service dentaire pour avis et l'inclure dans son estimation |
| Interrogation par l'UF-RCT<br>Suite au signalement du ...<br>Resté sans réponse au ...<br>Pouvez-vous nous tenir informés de la suite donnée au signalement ? | Relance du Médecin-Conseil de l'UF - RCT au praticien de secteur si non réponse dans les délais.                                                                                                                                         |