

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

19/02/92

Origine :

DGR

ENSM

MMES et MM les Médecins-Conseils Régionaux

M le Médecin Chef de LA REUNION

MMES et MM les Médecins Chefs des Echelons Locaux
(pour attribution)

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

Réf. :

DGR n° 2707/92 - ENSM n° 1467/92

Plan de classement :

30	254				
----	-----	--	--	--	--

Objet :

GESTION MEDICALE DE L'INVALIDITE.

Mise à jour des directives de la Circulaire SDAM 125/72 - MCN 33/72 dans l'optique des directives de la circulaire d'orientation CABDIR 49/90 - ENSM 1358/90 du 5 juin 1990.

Pièces jointes :

0	3
---	---

Liens :

Com.circ	MCN	33/72		
Com.circ	SDAM	125/72		
Com.circ	CABDIR	49/90	ENSM	1358/90

Date d'effet :

IMMEDIATE

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Dr Gilbert WEILL - Mme JAFFLIN

Téléphone :

42 79 31 48 - 42 79 32 06

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux

19/02/1992

MMES et MM les Médecins-Conseils Chef des Echelons Locaux

Origine :
DGR
ENSM

M le Médecin Chef de LA REUNION

(pour attribution)

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

(pour information)

N/Réf. : DGR N° 2707/92 - ENSM N° 1467/92

Objet : Gestion Médicale de l'invalidité.

Mise à jour des directives de la Circulaire SDAM 125/72 - MCN 33/72
dans l'optique des directives de la circulaire d'orientation CABDIR 49/90 -
ENSM 1358/90 du 5 Juin 1990.

JP PHELIPPEAU
P.J. : 3
@NV

Docteur Alain ROUSSEAU

PLAN

INTRODUCTION

1 - ATTRIBUTION DES PENSIONS D'INVALIDITE

1.1 Attribution

1.1.1 Texte réglementaire

1.1.2 Modes d'entrée

- a) Après une fin d'indemnités journalières
- b) En dehors de toute période d'indemnisation

Usure prématurée de l'organisme

Autres

1.2 Catégories d'invalidité

1.3 Révisions

1.4 Affections déjà indemnisées ou préexistantes à l'immatriculation

- Indemnisation à un autre titre
- Pathologie antérieure au début de l'activité salariée.

2 - PASSAGE DES INDEMNITES JOURNALIERES A LA PENSION D'INVALIDITE ET LA PREVENTION DE L'INVALIDITE

2.1 Stabilisation

2.2 Bilan médico-socio-professionnel

- Contenu du bilan à 12 mois
- Bilan du 24ème mois

3 - HARMONISATION DES DECISIONS ET ROLE DE L'ECHELON REGIONAL

- L'harmonisation reste d'actualité
- Deux niveaux d'harmonisation : Echelon Régional, Echelon Local

- . Bilan médico-socio-professionnel
- . Sondage et enquête
- . Tableau de bord

4 - LE CONTENTIEUX

4.1 Stabilisation

4.2 Capacité de gain

4.3 Usure prématurée de l'organisme

4.4 Etat antérieur

5 - CONCLUSIONS

1 - ATTRIBUTION DES PENSIONS D'INVALIDITE

1.1 Attribution

1.1.1 L'attribution d'une pension d'invalidité à un assuré dont les droits administratifs sont ouverts repose sur :

L'article L.341.1 : "L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme".

L'article R 341.2 : "Pour application des dispositions de l'article L 341.1 :

1° L'invalidité que présente l'assuré doit réduire au moins des 2/3 sa capacité de travail ou de gain ;

2° Le salaire de référence ne doit pas être supérieur au tiers de la rémunération normale mentionnée audit article".

L'article L 341.3 : "L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle :

1° Soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail ;

2° Soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues au 5° de l'article L 341.1 ;

3° Soit après stabilisation de son état, intervenue avant l'expiration du délai susmentionné ;

4° Soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

L'appréciation médicale, est le critère fondamental de décision. Cependant, le Médecin Conseil doit procéder à une évaluation globale de l'incapacité de travail ou de gain, en tenant compte des aptitudes socio-professionnelles.

1.1.2 Les modes d'entrée en invalidité peuvent se regrouper en deux grandes catégories :

a) Elle peut survenir immédiatement après une fin d'indemnités journalières

1) Le plus fréquemment l'état du malade sera stabilisé (ou consolidé en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail).

Le passage en invalidité peut survenir à la demande de l'assuré ou à l'initiative de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, sur proposition du Médecin Conseil qui a constaté que l'état médical de l'assuré est demeuré identique au (ou aux) contrôle(s) et que cet état n'est plus susceptible d'une amélioration telle, qu'une reprise d'une activité salariée soit envisageable (sous réserve que cette stabilisation se solde pour l'assuré par une incapacité de travail ou de gain supérieure aux 2/3).

En cas de stabilisation à l'initiative du Médecin Conseil, le point de départ de la pension d'invalidité devra être fixé de telle sorte que la pension prenne effet :

- 3 mois au moins après la date de décision,

- et au premier jour d'un mois.

En cas de demande directe, le point de départ de l'invalidité est la date de la demande.

2) Plus rarement, le malade arrivera en fin de droits aux indemnités journalières. Le Médecin Conseil se prononce alors sur l'existence ou non d'une incapacité de gain au moins égale aux 2/3.

Le fait d'arriver au bout des 3 ans d'arrêt de travail, n'entraîne pas automatiquement une mise en invalidité.

Cependant, à ce stade, il est souvent illusoire d'envisager une reprise de travail. On doit donc éviter cette situation, en particulier, en pratiquant un bilan complet du malade après 12 mois d'arrêt de travail, puis après 24 mois.

b) La mise en invalidité peut survenir en dehors de toute période d'indemnisation en Assurance Maladie :

- Lorsque la demande s'inscrit dans le cadre de l'usure prématurée de l'organisme le Médecin Conseil doit apprécier si l'ensemble de la pathologie présentée par le malade correspond à une incapacité de travail ou de gain au moins égale aux 2/3.

- Enfin, l'assuré peut lui-même déposer une demande de pension d'invalidité (article L 341-8) dans le délai de douze mois qui suit :

. Le défaut d'initiative de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, dans les quatre cas prévus à l'article L 341.3.

. Le rejet d'une précédente demande de pension ou la suppression d'une pension antérieurement accordée. Dans ce cas, l'état d'invalidité est apprécié à la date de la nouvelle demande.

1.2 Catégories d'invalides

Il existe trois catégories d'invalides qui sont définies par l'article L 341-4 :

- 1) Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2) Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque :

Le facteur décisif du classement est donc fondé sur l'appréciation faite par le Médecin Conseil de l'état de l'assuré. En ce qui concerne la catégorie I, il doit s'en tenir strictement à sa définition médico-sociale, en se rapportant à une profession quelconque.

- 3) Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

L'appréciation de cette obligation résulte de données médicales. Cependant, le Médecin Conseil en tant qu'expert, doit se donner les moyens de connaître la situation réelle de l'invalidé dans son cadre de vie selon la grille jointe (Annexe 1).

L'attribution de la majoration pour tierce-personne est essentiellement une situation de fait qu'il appartient d'apprécier en chaque cas d'espèce.

1.3 Révisions

Article L 341-9 : La pension est toujours concédée à titre temporaire. Elle a effet à compter de l'expiration de l'un des délais mentionnés à l'article L 341-3 ou à compter de la date de consolidation de la blessure ou de la stabilisation de l'état.

Article L 341-11 : La pension peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'intéressé.

Article L 341-13 : La pension est, sous réserve des dispositions de l'article 341-14 supprimée ou suspendue si la capacité de gain devient supérieure à un taux déterminé.

Cependant, la fixation d'une éventuelle date de révision d'une pension d'invalidité à l'initiative du Médecin Conseil, reste une décision exclusivement motivée par des raisons d'ordre médical. Il n'y a donc, dans ce cas, aucun systématisme à appliquer. La circulaire ENSM 1411/91 du 14 février 1991, donne des orientations précises sur ce sujet.

- L'attribution d'une pension peut être définitive d'emblée.
- Après 50 ans, les révisions à l'initiative du Médecin Conseil devront être exceptionnelles et argumentées. Toute révision systématique liée à l'âge est proscrite.
- Une invalidité catégorie III sera le plus souvent définitive sauf cas particulier, expliqué dans le rapport médical.

Lorsque la capacité de gain est redevenue supérieure à 50 %, la pension doit être supprimée. Toutefois, la nécessité de soins prolongés et coûteux peut parfois justifier une

suspension de l'invalidité qui maintient l'exonération du ticket modérateur pour les soins.
La suspension n'est pas une étape obligatoire vers la suppression.

En cas de nouvel arrêt de travail d'un assuré bénéficiant d'une pension d'invalidité, ou ayant une pension suspendue, le Médecin Conseil doit proposer dès que possible, une stabilisation avec soit retour à l'état antérieur, soit attribution de la catégorie d'invalidité correspondant au nouvel état médical.

1.4 Affections déjà indemnisées ou préexistantes à l'immatriculation

- a) Les assurés déjà indemnisés à un autre titre (législation sur les accidents du travail ou sur les pensions militaires ou invalidité d'un autre régime de Sécurité Sociale) pour une pathologie donnée, ne pourront pas prétendre à une pension d'invalidité du régime général pour cette même affection. Par contre, si l'état subit une aggravation, non susceptible d'être indemnisée par application de ces législations, ou si l'assuré présente une affection nouvelle, il peut bénéficier d'une pension d'invalidité, si le degré d'incapacité de gain devient supérieur aux 2/3, toutes pathologies confondues.
- b) Lorsqu'il existe un état pathologique préexistant à l'activité salariée, qui ne s'est pas aggravé pendant celle-ci, il n'est pas possible d'accorder une pension d'invalidité, le Médecin Conseil devra, le cas échéant, orienter l'assuré vers la COTOREP en vue de l'obtention d'une Allocation d'Adulte Handicapé (AAH).

Par contre, en cas d'aggravation de cet état, depuis le début de l'activité salariée, ou en cas d'apparition d'une affection nouvelle, une pension d'invalidité pourra être attribuée si la capacité de gain est réduite de plus des 2/3, toutes pathologies confondues.

Ainsi le Médecin Conseil doit être vigilant lorsqu'il est amené à examiner, dans le cadre de la surveillance de l'arrêt de travail, un malade présentant une pathologie préexistante à l'immatriculation.

Il ne doit pas maintenir les indemnités journalières lorsqu'il y a retour à l'état antérieur qui permettait au malade de travailler.

Il serait difficilement acceptable de laisser courir trois ans d'indemnités journalières, pour arriver à un refus d'invalidité, motivé par un état antérieur non aggravé.

2 - PASSAGE DES INDEMNITES JOURNALIERES A LA PENSION ET PREVENTION DE L'INVALIDITE

2.1 Dans la majorité des cas, il est possible, au cours de la première année, d'établir un pronostic médical estimant si l'affection en cours est :

- . soit guérie ou proche de l'être,
- . soit stabilisée ou consolidée ou proche de l'être,
- . doit toujours évolutive.

Durant cette période le Médecin Conseil ne doit pas hésiter :

- A orienter, le plus précocement possible, vers un reclassement professionnel s'il estime que la malade aura des difficultés à reprendre son activité antérieure,
- A fixer une reprise de travail,
- A proposer une invalidité si l'état est stabilisé avec incapacité de gain au moins égale aux 2/3.

2.3 Pour tout arrêt de travail prolongé, et au plus tard avant la fin du 12ème mois, le Médecin Conseil devra établir un bilan médico-socio-professionnel complet, selon modèle joint (annexe 2).

Ce bilan prendra la forme d'un rapport détaillé comprenant :

- . Un volet socio-professionnel : dernière profession et autre(s) emploi(s) exercé(s), période d'inactivité avec motif (chômage ou autres...), formation professionnelle, possibilité de reclassement ou de rééducation professionnelle.
- . Une partie médicale, qui, outre le résultat de l'examen clinique, détaillera les antécédents, la pathologie initiale et son évolution, les examens complémentaires, la thérapeutique en cours, ou envisagée, sera précisée. L'existence d'un état antérieur ou des séquelles d'un accident du travail sera notée et discutée en fonction de la pathologie ayant motivé l'arrêt de travail.
- . Médecin Conseil et Médecin Traitant, devront avoir échangé leurs points de vue sur le diagnostic, la thérapeutique et le pronostic.

Le Médecin Conseil aura intérêt à prendre contact avec le Médecin du Travail et/ou le Service Social.

- . Dans ses conclusions, le Médecin Conseil devra, de manière précise, motiver sa décision : reprise du travail, prolongation des indemnités journalières, date de reconvoction, proposition d'invalidité.

Un rapport semblable sera rédigé avant le 24ème mois d'arrêt de travail. Il devra essentiellement motiver la poursuite des indemnités journalières.

3 - HARMONISATION DES DECISIONS ET ROLE DE L'ECHELON REGIONAL

L'harmonisation des décisions reste d'actualité. Dans les régions, des différences parfois importantes persistent entre les échelons locaux en ce qui concerne la mise en invalidité. Une harmonisation des décisions est donc toujours nécessaire, mais les moyens pour aboutir à une meilleure homogénéité doivent évoluer.

La Commission Médicale de l'Invalidité, dans la forme prévue par la Circulaire 125/72 du 4 mai 1972, n'a plus sa raison d'être.

Cette harmonisation des décisions s'exerce à deux niveaux, Echelon Régional et Echelon Local, grâce aux moyens suivants :

- Bilan médico-socio-professionnel rédigé par le Médecin Conseil et transmis au Médecin Chef de Service de l'échelon local.
- Sondage, enquête ponctuelle ou rétroactive, réalisés à partir des bilans médico-sociaux professionnels ou des rapports d'invalidité qui ne seront plus transmis systématiquement à l'Echelon Régional mais qui resteront disponibles à sa demande.
- Mise en place, au niveau de chaque échelon local, d'un tableau de bord dont les paramètres seront : le nombre de pensions d'invalidité attribuées et leurs catégories par rapport à la population protégée (Cf rapport d'activité), le mode d'entrée, la fixation ou non d'une date de révision, le nombre de révisions par 10.000 personnes protégées, la durée d'arrêt de travail avant la mise en invalidité (< ou = à un an, 1 à 2 ans, 2 à 3 ans).

En fonction des résultats de ce tableau de bord et éventuellement d'autres statistiques, l'Echelon Régional et les Echelons Locaux, définiront conjointement et au moins annuellement :

- des objectifs d'harmonisation,
- une méthode de travail,
- des modalités d'évaluation.

Un bilan du niveau de réalisation des objectifs fixés et une analyse des causes éventuelles de résultats insuffisants seront faites avec l'échelon régional avant la détermination de nouveaux objectifs.

Cela pourra se faire à l'occasion de réunions de service intéressant tous les Médecins Conseils au plan local.

De toute façon, l'harmonisation régionale ne peut espérer être efficace qu'au contact direct avec le terrain, ce qui suppose que l'échelon régional se rende régulièrement dans les échelons locaux.

L'échelon régional doit assurer un appui technique :

- #. D'une façon plus générale, il participe à toute action de formation et de perfectionnement en ce domaine.
- # A ce titre, il répond à toute interrogation des échelons locaux sur les problèmes de réglementation. Lorsque certains cas posent un problème médico-administratif complexe, il peut apporter ses conseils sur l'avis à donner.
- #. Par ailleurs, lors de la formation des nouveaux Médecins Conseils, il assure une première étape de l'harmonisation des décisions.

4 - LE CONTENTIEUX

Les voies de recours sont, comme toujours, différentes, selon la nature du refus effectué.

4.1 Si le litige porte sur la stabilisation de l'état, le contentieux relève alors de l'expertise prévue à l'article L 141-1 du Code de la Sécurité Sociale.

4.2 Si le litige porte sur la capacité de gain restante, le contentieux relève de la Commission Régionale d'Invalidité et d'Incapacité Permanente.

4.3 En cas de refus de pension d'invalidité dans le cadre de l'usure prématurée de l'organisme, le litige porte sur l'état ou le degré d'invalidité et le contentieux relève de la Commission Régionale d'Invalidité et d'Incapacité Permanente.

4.4 Cas particuliers d'un état antérieur à l'immatriculation, ou d'une pathologie déjà indemnisée.

4.4.1 Un état antérieur préexistant à l'immatriculation qui ne s'est pas aggravé depuis cette date, et/ou qui ne présente pas de pathologie nouvelle, ne peut justifier d'une invalidité, dans ce cas, le recours est l'expertise L 141-1. Par la suite, si l'expert conclut à une aggravation, le Médecin Conseil doit apprécier si l'état global entraîne une incapacité supérieure aux 2/3 et le contentieux relève de la CRIIP.

4.4.2 Si cet état antérieur s'est aggravé pendant l'activité salariée, ou qu'un fait médical nouveau survienne, le Médecin Conseil devra apprécier, lorsque la situation sera stabilisée, si l'état global entraîne une incapacité au moins égale aux 2/3. En cas de refus, le contentieux relève de la Commission Régionale d'Invalidité.

4.4.3 Tant que la pathologie est évolutive, le litige concerne la stabilisation et relèvera de l'expertise prévue à l'article L 141-1 (un tableau récapitulatif est joint en annexe 3).

5 - CONCLUSIONS

L'invalidité reste un temps important de l'expertise médico-sociale. Le Médecin Conseil doit avoir le souci surtout de sa prévention.

La médicalisation de toute décision doit être de règle à tous les stades.

Le bilan qui doit être réalisé avant le 12ème mois est un examen charnière, au cours duquel le Médecin Conseil doit prendre position.

ANNEXE 1

APPRECIATION DES CONDITIONS D'OCTROI DE LA MAJORATION POUR TIERCE PERSONNE
(à joindre au rapport d'invalidité)

<p>Nom :</p>	<p>Matricule :</p>	
<p>Prénom :</p>		
<p>Adresse :</p>		
<p>Malade examiné</p>		
<input type="checkbox"/> au cabinet	<input type="checkbox"/> au domicile	<input type="checkbox"/> en établissement hospitalier
<p>1 : Peut-il se lever seul, se coucher seul ?</p> <p>2 : Peut-il s'asseoir, se lever seul d'un siège ?</p> <p>3 : Peut-il se déplacer seul dans son logement ? (y compris en fauteuil roulant)</p> <p>4 : Peut-il s'installer seul dans son fauteuil roulant et en sortir seul ?</p> <p>5 : Pourrait-il se relever seul en cas de chute ?</p> <p>6 : Pourrait-il quitter seul son logement en cas de danger ?</p> <p>7 : Peut-il se vêtir ou se dévêtir totalement seul ? Peut-il se vêtir ou se devêtir partiellement seul ?</p> <p>9 : Peut-il manger et boire seul ?</p> <p>10 : A-t-il besoin d'aide pour aller uriner et aller à la selle ?</p> <p>11 : Peut-il mettre seul son appareil orthopédique ?</p> <p>12 : En cas de troubles psychiques, présente-t-il un danger grave pour lui-même ou pour autrui ?</p>	<p><i>OUI</i> <i>NON</i></p>	
<p>COMMENTAIRES</p>		

CONCLUSION

L'intéressé est-il dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce-personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ?

OUI

NON

Provisoirement

Définitivement

Date de révision envisagée :

A _____, le
Nom et signature du Médecin Conseil

BILAN MEDICO-SOCIO-PROFESSIONNEL

12ème mois d'arrêt de travail

24ème mois d'arrêt de travail

IDENTITE

Nom patronymique :

Prénom :

Nom marital :

Matricule :

Adresse :

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'INTERESSE

Date de début des 3 ans :
(L324-1)

Notion de recours contre tiers* :

OUI

NON

Date de début de l'arrêt de travail en cours :

Période(s) indemnisée(s) à temps partiel :

AVIS DU MEDECIN-CONSEIL

Etat évolutif justifiant la prolongation de l'arrêt de travail jusqu'au :

Etat compatible avec la reprise d'une activité salariée le :

Etat permettant une reprise d'activité à temps partiel (Art. L 323-3) jusqu'au :

à la stabilisation, date prévue :

Invalidité à prévoir

à la consolidation, date prévue :

Catégorie

à forclusion

Date et signature du Médecin Conseil :

* s'assurer que le signalement au contentieux est réalisé.

EXAMEN

EXAMEN DE LA SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

A) - Situation de famille :

B) - Dernier emploi au moment de l'arrêt :

- Métiers antérieurs et formation professionnelle :

Si pas d'activité, pourquoi ?

C) - Un reclassement ou une rééducation professionnelle sont-ils envisagés ?

EXAMEN MEDICAL

Selon le plan suivant : (1) Anamnèse - (2) Notion d'ALD et d'ETM - (3) Examen - Constatations Cliniques - Examens complémentaires - (4) Diagnostic - (5) Thérapeutique en cours.
Nb - Ne pas omettre d'indiquer les états pathologiques pour lesquels l'intéressé bénéficie déjà d'une rente ou pension (AT - Art. 115) - Et les états antérieurs à l'immatriculation.

DISCUSSION ET MOTIVATION DE LA DECISION

Date

Nom et signature du Médecin Conseil :

CONTENTIEUX EN MATIERE D'INVALIDITE

Tableau Récapitulatif

NATURE DU LITIGE	VOIES DE RECOURS
Réduction de la capacité de gain	Commission Régionale d'invalidité et d'incapacité Permanente (CRIIP) (1)
Détermination de la catégorie d'invalidé	CRIIP (1)
Modification de la catégorie	CRIIP (1)
Absence d'incapacité de gain des 2/3 dans le cadre de l'usure prématurée de l'organisme	CRIIP (1)
Etat non stabilisé	Expertise selon l'article L 141-1 du Code de la Sécurité Sociale (2)
Etat antérieur à l'immatriculation non aggravé depuis celle-ci et absence d'affection nouvelle	Expertise L 141-1 (2)
Etat déjà totalement indemnisé par une autre législation (AT-Art. 115) et absence d'affection nouvelle	Expertise L 141-1 (2)

(1) Un rapport médical d'invalidité doit être rédigé lorsque la voie de recours est la CRIIP

(2) Si l'expert infirme la décision du Médecin Conseil, celui-ci devra alors statuer sur la réduction de la capacité de gain (supérieure ou inférieure à 2/3) avec comme recours CRIIP.