

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

05/10/92

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
le Médecin Chef de La Réunion
les Médecins-Conseils Chefs de Service
les Chirurgiens-Dentistes Conseils Chefs de Service
les Médecins Conseils
les Chirurgiens Dentistes Conseils
(pour attribution)
Mmes et Mrs les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

Réf. :

DGR n° 2784/92 - ENSM n° 1504/92

Plan de classement :

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

Objet :

GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE DU RISQUE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES
PROFESSIONNELLES.

Pièces jointes :



Liens :

Com.circ	DGR	2264/88	ENSM	1235/88
Com.circ	CABDIR	49/90	ENSM	1358/90
Com.circ	DGR	2506/90	ENSM	1363/90
Com.circ	DGR	4/91	ENSM	1411/91

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

ENSM/Dr WEILL - Dr PRESTAT - REGL/A. GIRARD - L. PROST

Téléphone :

42.79.31.48 - 42.79.32.72 - 42.79.35.91 - 42.79.32.07

**Direction de la
Gestion du Risque**

05/10/92

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
le Médecin Chef de La Réunion
les Médecins-Conseils Chefs de Service
les Chirurgiens-Dentistes Conseils Chefs de Service
les Médecins Conseils
les Chirurgiens Dentistes Conseils
(pour attribution)
Mmes et Mrs les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : DGR n° 2784/92 - ENSM n° 1504/92

**GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE
DU RISQUE ACCIDENTS DU TRAVAIL -
MALADIES PROFESSIONNELLES
(AT - MP)**

Une réflexion initiée par Monsieur le Ministre des Affaires Sociales, dans le cadre du groupe Dorion (*) a mis en exergue certains dysfonctionnements dans la gestion du risque AT-MP.

() Rapport Dorion sur "La Modernisation de la réparation des AT-MP" paru à la Documentation Française dont un exemplaire a été adressé à toutes les caisses et aux échelons régionaux et locaux du Service Médical.*

Par ailleurs, l'exploitation des statistiques technologiques de la CNAMTS sur les AT-MP montre une hausse constante :

- du nombre d'accidents du travail ayant entraîné un arrêt de travail :
 - + 3,19 % en 1990 par rapport à 1989
 - + 3,1 % au premier semestre 1991 par rapport au premier semestre 1990
- du nombre d'accidents mortels :
 - + 3,06 % en 1990 par rapport à 1989
- du nombre d'accidents avec incapacité permanente :
 - + 4,99 % en 1990 par rapport à 1989
- du nombre de maladies professionnelles reconnues :
 - + 9 % en 1990 par rapport à 1989.

Devant ces constatations, il nous est apparu utile de mettre en place un groupe de travail médico-administratif avec l'objectif de définir, dans le respect de la *circulaire CABDIR n° 49/90 - ENSM n° 1358/90 du 5 juin 1990*, les modalités de gestion de ce secteur.

La présente circulaire doit permettre de rationaliser et d'harmoniser la gestion du risque AT-MP afin de garantir la meilleure application possible de cette législation spécifique.

1 - MATERIALITE - IMPUTABILITE

1.1 - Matérialité

- **Application de l'article R. 441-10 du code de la Sécurité Sociale - Délai de contestation du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.**

Ainsi qu'il a été rappelé par *circulaire DGR n° 2506/90 - ENSM n° 1363/90 du 26 juin 1990*, la procédure de contestation préalable doit garder un caractère exceptionnel, et ne doit pas être utilisée de façon systématique.

Il appartient donc aux services administratifs et médicaux de définir en concertation les méthodes de travail permettant, dans le plus grand nombre de cas, de prendre une décision définitive d'acceptation ou de rejet du caractère professionnel :

- dans les 20 jours en matière d'accident du travail,
- dans les 60 jours en matière de maladies professionnelles.

Par ailleurs, le fait d'avoir procédé à la contestation conservatoire, ne doit pas avoir pour conséquence de traiter avec moins de célérité les dossiers concernés.

- **Instructions des dossiers**

Il convient de ne pas perdre de vue les modalités d'instruction des dossiers, définies aux articles R. 411-11 et suivants du code de la Sécurité Sociale.

Il y a lieu notamment de procéder aux interrogations (écrits ou au moyen d'enquêtes) de la victime, de l'employeur et des témoins et de ne pas se contenter d'entendre une seule des parties.

De même, il conviendra de confronter la déclaration d'accident du travail aux données portées sur le certificat médical initial et, pour ce faire, une concertation définie dans le cadre du protocole local d'actions concertées (PLAC) doit exister entre les services administratifs et médicaux.

1.2 - Imputabilité médicale

Ainsi que le rappelait la circulaire CABDIR n° 49/90 - ENSM n° 1358/90 du 5 juin 1990, l'avis du Praticien Conseil revêt un caractère obligatoire dans les situations de reconnaissance du caractère professionnel :

- des lésions ou maladies nouvelles apparaissant sur un certificat intermédiaire par rapport aux termes du certificat médical initial (Article R. 441-10-2ème alinéa du code de la Sécurité Sociale),
- de la rechute d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (Articles R. 441-16 et R. 443-3),
- du décès : l'article R. 434-34 prévoyant l'avis du Service Médical sur l'imputabilité du décès au fait accidentel ou à la maladie professionnelle,

- des pneumoconioses, l'avis du médecin-conseil étant obligatoirement requis pour déterminer les conditions de l'examen du malade, en dehors des affections ou complications cancéreuses (Article D. 461-8).

Certaines situations qui répondent à la définition des contrôles facultatifs (Cf. § 4-1 de la circulaire CABDIR n° 49/90 - ENSM n° 1358/90 du 5 juin 1990 précitée) justifient néanmoins un suivi particulier par le praticien-conseil et doivent figurer à ce titre au protocole local d'actions concertées.

Les situations les plus fréquemment rencontrées pour lesquelles l'avis du médecin-conseil est nécessaire concernent :

- les états médicaux dont la relation avec le fait accidentel n'est pas évidente,
- les certificats médicaux initiaux (CMI) avec des sièges ou des natures de lésions différentes de ceux qui figurent sur la déclaration d'accident du travail,
- toute anomalie constatée sur le CMI (par exemple : certificat médical initial ininterprétable, trop tardif, etc.).

Les modalités de transmission et de traitement des dossiers sont définies localement, sachant que le colloque médico-administratif présente les meilleures garanties de **rapidité de traitement** indispensable si l'on veut gérer efficacement ces dossiers.

Dès ce stade de tri préalable, le médecin-conseil peut mettre en oeuvre un suivi médical de certains dossiers.

2. - CONTROLE DES INDEMNITES JOURNALIERES ET DES SOINS

2.1 - Indemnités Journalières (IJ)

Seul le contrôle de la reprise du travail à temps partiel relève d'une obligation réglementaire (Cf. articles L. 433-1 et R. 433-15).

Hormis cette intervention obligatoire, les actions de contrôle figurant dans ce chapitre seront définies dans le protocole local d'actions concertées avec fixation des échéances et des modalités de gestion adaptées aux spécificités locales.

Leur impact sera évalué dans le bilan annuel du protocole local d'actions concertées.

Un effort tout particulier doit cependant être effectué en matière de contrôle des prescriptions d'arrêt de travail.

Il appartient donc à chaque caisse et échelon local de définir les modalités de contrôle précoce et de suivi de l'absentéisme en AT - MP.

Ce contrôle précoce devra répondre à la méthodologie des recherches d'informations médicalisées (RIM) en expertise de Santé Publique. La connaissance dans le risque AT/MP du motif médical des prescriptions d'IJ grâce au CMI permet d'orienter le contrôle.

Un suivi de l'absentéisme de longue durée sera assuré :

- d'une part, par fixation d'échéances de contre-visites lors des premiers contrôles effectués dans le cadre de RIM ou de tout autre mode de détection,
- d'autre part, par la mise en place d'échéances automatiques permettant un contrôle exhaustif des arrêts prolongés.

En aucun cas, un arrêt de travail ne saurait se prolonger au-delà d'une durée définie d'un commun accord dans le cadre du PLAC, que le terme soit fixe (par exemple : 30 jours), ou variable en fonction de critères diagnostiques, (par exemple : fracture du fémur = 90 jours ...), sans que sa justification n'ait été validée par le médecin conseil.

- Celui-ci détermine les modalités de suivi en fonction des éléments médicaux figurant sur les certificats :
 - * soit il fixe sur pièces une nouvelle échéance pour vérification,
 - * soit il provoque un contrôle "sur personne".

Lorsque l'état médical de la victime le permet, le médecin-conseil peut à tout moment proposer au médecin traitant une reprise du travail.

Cette reprise de travail peut s'accompagner d'une poursuite des soins jusqu'à fixation de la date de guérison ou de consolidation.

Les arrêts de travail prescrits au titre de l'assurance maladie, dans les suites immédiates d'une fin d'indemnités journalières en AT-MP pourront donner lieu à un suivi particulier.

2.2 - Hospitalisations

Une attention toute particulière doit être portée aux hospitalisations à distance du jour de l'accident, afin d'éviter les prises en charge d'états non imputables au fait accidentel.

2.3 - Soins sans arrêt de travail

Leur suivi pourra donner lieu à la mise en place d'un échancier de contrôle (durée initiale des soins prescrits, nature, fréquence des soins, etc. (par exemple : soins durant 30 jours).

3. - GUERISON - CONSOLIDATION

Aux termes des articles L. 442-6 et 433-17 du code de la Sécurité Sociale, l'avis du médecin-conseil est obligatoirement sollicité à l'occasion de la fixation de la date de guérison ou de consolidation de la blessure :

- dès réception du certificat médical descriptif final (CFD),
- lorsque ce certificat n'est pas fourni à la caisse.

Conformément aux dispositions de l'article R. 433-17 précité, la Caisse, après avis du médecin-conseil, notifie à la victime la date qu'elle retient comme date de guérison ou de consolidation de la blessure, et en informe le médecin-traitant. Si le certificat médical ne lui parvient pas dans un délai de dix jours à compter de la notification à la victime, la date notifiée devient définitive.

Lors de la réception d'un certificat médical descriptif de consolidation, si le médecin-conseil a des éléments médicaux suffisants (convocation antérieure, dossier médical, certificats médicaux suffisamment explicites...) pour conclure à l'absence de séquelles entraînées par l'AT ou la MP, il doit se conformer aux directives énoncées précédemment dans la *circulaire CABDIR n° 4/91 - ENSM n° 1411/91 du 14 février 1991* et faire notifier par la Caisse, une consolidation sans séquelles.

En cas de contestation, il convient de distinguer deux catégories de litiges :

- les litiges d'ordre médical portant sur l'état du malade, c'est-à-dire sur la notion d'existence ou non de séquelles. Ces litiges relèvent de l'expertise (Cf. Article L. 141-1 du code de la Sécurité Sociale),

- les litiges portant sur le taux de l'incapacité permanente, lesquels relèvent du contentieux technique (Cf. article L. 143-1 du code de la Sécurité Sociale).

Un rapport d'IPP doit systématiquement être établi par le praticien conseil lorsqu'il y a attribution d'un taux (même de 0 %).

Si une notification de consolidation sans séquelles est contestée, le médecin-conseil doit obligatoirement convoquer et examiner l'assuré. Au terme de cet examen, si le médecin-conseil maintient son avis d'absence de séquelles, il doit diligenter l'expertise, laquelle doit porter exclusivement sur l'état du malade et en aucun cas sur l'existence de séquelles **indemnisables** ou sur l'évaluation d'un taux.

Si au contraire le médecin-conseil découvre l'existence de séquelles indemnisables ou non, il doit impérativement établir un rapport d'IPP avec attribution d'un taux (éventuellement de 0 %). Cette décision sera notifiée à l'assuré avec indication de la Commission Régionale d'Invalidité et d'Incapacité Permanente comme voie de recours.

4. - L'INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE

4.1 - Première fixation

Les taux inférieurs à 10 % donnent lieu au versement d'une indemnité en capital.

Les échéances de révision seront fixées sur des critères médicaux d'évolution (en amélioration ou en aggravation) prévisible. **Toute révision pro forma, induisant donc un dérangement inutile de l'assuré, sera évitée.**

Attribution d'un coefficient professionnel

Dans l'attente de modifications des dispositions réglementaires dans ce domaine, la plus grande clarté dans la fixation de ce coefficient est de mise :

Son attribution nécessite :

- l'existence d'une IPP d'origine médicale,
- une perte de salaire réelle, évaluée au plus juste.

Ce coefficient professionnel ne peut être attribué que lors de la première fixation du taux d'IPP et, selon la jurisprudence de la Cour de Cassation, n'est révisable (à la hausse, ou à la baisse) qu'en cas de modification de l'état physique de la victime entraînant une révision du taux d'IPP.

L'article R. 434-35 repris par la circulaire DGR n° 1388/83 - ENSM n° 691 du 31 janvier 1983 et la jurisprudence font obligation au Service Médical de communiquer l'intégralité du rapport d'IPP à la victime sur sa demande, y compris le taux proposé par le médecin conseil, sauf cas particuliers liés à certaines pathologies dont le dévoilement sans précautions pourrait retentir sur l'équilibre psychologique de l'assuré.

L'attribution d'un coefficient professionnel doit donc être explicitement mentionnée et motivée sur le rapport d'IPP et son taux bien différencié du taux médical pour permettre aux instances du contentieux de juger en toute connaissance de cause de l'existence ou non de ce coefficient, et de son importance.

Son attribution et son taux peuvent être évoqués dans le cadre du colloque.

Cependant, comme il est indiqué dans son chapitre préliminaire, le barème actuel (Barème indicatif d'invalidité annexé au livre IV du code de la Sécurité Sociale) utilisé pour la réparation du risque professionnel prend déjà en compte de façon forfaitaire, le préjudice professionnel et non le seul préjudice fonctionnel selon le barème de droit commun.

Le coefficient professionnel représente donc un pourcentage surajouté pour préjudice professionnel **personnalisé** important.

4.2 - Révision

Les échéances relatives aux révisions seront fixées en fonction de considérations d'ordre exclusivement médical (Cf. § 4.1).

Les taux d'IPP donnant lieu au versement d'une indemnité en capital seront, sauf exception ou aggravation prévisible, attribués à titre définitif.

5. - RECHUTES

L'avis du Service Médical doit être obligatoirement sollicité pour la reconnaissance du caractère professionnel des rechutes invoquées.

Il convient de rappeler qu'en application de l'article R. 443-3 du code de la Sécurité Sociale, la Caisse dispose des délais de contestation préalable prévus à l'article R. 441-10 (20 jours en accident de travail et 60 jours en maladie professionnelle) pour contester le caractère professionnel de la rechute.

Ces déclarations devront donc être soumises dans les plus brefs délais au médecin-conseil pour lui permettre de se prononcer dans les délais réglementaires.

A l'issue de la période de rechute, un rapport d'IPP ne sera établi qu'en présence de modifications de l'état séquellaire décrit dans le précédent rapport, dans les autres cas un "retour à l'état antérieur" sera notifié.

Les cures thermales

Les demandes de cures thermales en AT-MP relèvent d'un contrôle obligatoire car elles sont assimilées à des rechutes.

6. - SOINS POST CONSOLIDATION

Pour éviter la dérive des "soins post-consolidation", définis par la circulaire ministérielle 209 SS du 16.09.1949, il convient de recadrer cette notion et de définir les modalités de traitement des dossiers de demande de prise en charge.

1er cas : la demande de soins fait immédiatement suite à la date de consolidation, et figure soit sur le certificat final descriptif même, soit sur un certificat immédiatement postérieur.

En fait, il s'agit souvent d'une proposition de date de consolidation trop précoce de la part du médecin traitant, et il appartient au médecin-conseil de prendre contact avec lui pour lui proposer de repousser cette date à la fin des soins actifs.

Il peut aussi s'agir de véritables soins d'entretien que nécessitent les séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle. Ces soins doivent présenter un caractère permanent ou tout du moins régulier, prévisible et programmable dans le temps. Ils doivent être définis par le médecin traitant en accord avec le médecin conseil pour une durée déterminée.

2ème cas : la demande de soins ne fait pas immédiatement suite à la date de consolidation.

Il existe également deux possibilités :

- soit il s'agit d'une aggravation temporaire de la lésion ou de la maladie qui implique la nécessité de soins même minimes. On se trouve en présence d'une rechute telle qu'elle est définie par l'article L. 443-2 du code de la Sécurité Sociale *"Si l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime la nécessité d'un traitement médical qu'il y ait ou non nouvelle incapacité temporaire, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie statue sur la prise en charge de la rechute"*.

Ainsi, la simple nécessité d'un traitement médical occasionnel, s'il est justifié et imputable à l'accident du travail, doit être considérée comme une rechute.

- soit on constate une aggravation définitive de l'incapacité permanente qui entraîne la nécessité de soins d'entretien permanents. Il s'agit alors de soins au titre de la circulaire 209 SS, ce qui n'exclut pas une révision de la rente d'incapacité permanente.

Dans tous les cas, les soins imputables à l'accident de travail ou la maladie professionnelle nécessités par l'état de la victime doivent être pris en charge au titre de la législation professionnelle, les frais occasionnés par ces soins n'étant en aucun cas compris dans le montant de la rente d'incapacité permanente.

7. - LIAISONS MEDECIN-CONSEIL - MEDECIN DU TRAVAIL (Imprimé S 6908)

L'Article R. 434-34 précise que dès lors que l'IPP présentée par la victime est susceptible de rendre celle-ci inapte à l'exercice de sa profession ou lorsque la victime ou son médecin traitant le demandent, l'avis du médecin du travail doit être recueilli par l'intermédiaire d'une fiche (imprimé S 6908) dont le modèle a été fixé par l'arrêté du 3 novembre 1989.

Or, il a été constaté que cet imprimé est inégalement utilisé, en dépit de son intérêt multiple :

- prévenir le médecin du travail des risques d'inaptitude avant la consolidation, afin de lui permettre de préparer l'insertion de la victime dans un poste adapté à son handicap,

- utiliser l'avis du médecin du travail comme élément objectif pour la détermination du coefficient professionnel. L'assuré doit être informé de cette procédure et de ces motifs (circulaire IMP n° 19/90 - ENSM n° 1331/90 du 8 janvier 1990).

8. - RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Compte tenu notamment des délais d'instruction des dossiers par les COTOREP, la procédure doit être déclenchée par le médecin-conseil le plus rapidement possible, dès lors que les séquelles prévisibles laissent entrevoir la nécessité d'un reclassement professionnel.

Il n'y a pas lieu d'attendre la date de consolidation pour mettre en oeuvre le processus.

Cependant la réglementation n'impose pas de faire coïncider la réadaptation avec la consolidation, et ne doit jamais être un obstacle à la fixation de cette date par le médecin-conseil sur les seuls critères d'évolutivité médicale.

9 - DECES

Les questions relatives à l'imputabilité d'un décès à un accident du travail ou une maladie professionnelle constituent un contrôle obligatoire (Cf. Article R. 434-34).

En vue d'une gestion optimale de ces dossiers, il est indispensable d'assurer le plus rapidement possible la concertation médico-administrative qui aura pour objectif :

- d'assurer la liquidation rapide des dossiers qui ne soulèvent pas de problème d'imputabilité,
- de déterminer le plus précocement possible la nécessité d'une autopsie en sachant bien que la mise en évidence par le médecin légiste d'une pathologie non accidentelle, n'entraîne pas obligatoirement la preuve que le décès est étranger au travail, car la présomption d'imputabilité joue en faveur de la victime.

Le déclenchement d'une autopsie ne peut se faire qu'avec l'accord des ayants droit.

Ils doivent être informés des implications d'un refus. La charge de la preuve est alors inversée. Dans ce cas, il appartient aux ayants droit d'apporter la preuve de l'origine professionnelle du décès.

Il convient de rappeler que les expertises réalisées sur pièces constituent un simple avis technique qui n'a pas la valeur probante d'une expertise "sur personne".

L'information des ayants droit des victimes se fera conformément aux directives de la *circulaire CNAMTS DGR n° 2264/88 - ENSM n° 1235/88 du 22.09.1988*.

10 - INSTRUCTION DES DECLARATIONS DE MALADIES PROFESSIONNELLES

Les modalités d'instruction des déclarations de maladies professionnelles soulèvent de nombreuses difficultés tant sur le plan administratif que médical.

Une directive spécifique sera communiquée au cours du quatrième trimestre 1992 aux caisses et aux services médicaux en vue d'une amélioration des procédures d'instruction de ces dossiers.

11. - SPECIFICITES DU CONTROLE DENTAIRE

En matière d'accidents du travail, les frais relatifs à la prothèse dentaire (autre que la prothèse maxillo-faciale) sont pris en charge dans deux cas :

- attribution, réparation et renouvellement des appareils nécessités par l'accident,
- réparation ou renouvellement de ceux que l'accident a rendus inutilisables.

Les demandes d'entente préalable pour prothèse au titre AT relèvent du contrôle obligatoire réglementaire.

- **Conditions générales d'attribution** (arrêté du 27 avril 1953)

Le droit de la victime à l'appareillage dentaire est déterminé exclusivement par l'état de sa denture consécutif à l'accident et sans qu'il y ait lieu de rechercher si cet état entraîne des troubles fonctionnels ou une déficience physiologique.

- **Types d'appareils** (arrêté du 27 avril 1953)

Prothèse dentaire mobile

Les appareils délivrés aux victimes d'accidents du travail sont ceux figurant à la nomenclature générale des actes professionnels, titre III, chapitre VII, section III, article 6 sans conditions d'attribution.

Couronnes dentaires

Les couronnes dentaires peuvent être prises en charge sous réserve que soient remplies les conditions d'attribution des couronnes dentaires prévues au titre III, chapitre VII, section III, article 2 de la nomenclature.

Prothèse dentaire fixe

- Le renouvellement d'une prothèse dentaire fixe existante peut être pris en charge, sur la base d'une couronne en alliage non précieux, par élément.
- Lorsque les conditions techniques ne permettent pas de rétablir l'état antérieur au moyen d'une prothèse mobile, la prise en charge d'un appareil de prothèse fixe peut être accordée à titre exceptionnel, sur la base d'une couronne en alliage non précieux, par élément.
- Lorsque des dents naturelles auront été extraites à la suite d'un AT, les prothèses correspondantes qui se succéderont dans le temps seront toujours prises en charge en AT.
- Par contre une prothèse existante cassée dans un AT ne sera réparée ou remplacée qu'une seule fois à ce titre.

- Lorsqu'une demande d'appareillage comprend le remplacement de dents au titre AT en même temps que d'autres dents dont l'état ou l'absence n'ont aucun rapport avec l'accident, il y a lieu de procéder à une ventilation et le remplacement de ces dernières sera pris en charge au titre de l'Assurance Maladie selon les conditions générales d'attribution.

Dans cette ventilation AT/Maladie du coefficient global de la prothèse, la répartition au titre AT est obligatoirement calculée en premier.

12. - CONTENTIEUX

Un tableau récapitulatif des voies de recours en AT-MP est joint en annexe.

13. - COORDINATION MEDICALE REGIONALE

Pour le Service Médical, la mission de coordination régionale de l'expertise médico-sociale doit procéder régulièrement à un bilan de la gestion des dossiers AT-MP, à partir d'un tableau de bord regroupant différents paramètres qui permettent de vérifier la pertinence et l'homogénéité des décisions prises.

Le Directeur

Le Médecin-Conseil National

Gilles JOHANET

Docteur J.M. BENECH

ANNEXE

**TABLEAU RECAPITULATIF DU CONTENTIEUX
RISQUE AT-MP**

NATURE DU LITIGE	VOIE DE RECOURS
<p>1°/ <u>Reconnaissance</u></p> <p>AT :</p> <p>Matérialité Caractère professionnel Imputabilité médicale de la lésion</p> <p>-----</p> <p>MP :</p> <p>Conditions du tableau non remplies</p> <p>Litige médical entre médecin conseil et médecin traitant sur le diagnostic des symptômes ou lésions pathologiques présentés par le malade</p>	<p>Contentieux Général Contentieux Général Expertise L. 141-1</p> <p>-----</p> <p>Contentieux général</p> <p>} } Expertise L. 141-1 }</p>
<p>2°/ <u>Répartition</u></p> <p>Montant des prestations en nature Montant des IJ Montant de la rente Existence d'une faute inexcusable</p> <p>-----</p> <p>Etat de la victime et justification de l'arrêt de travail, de soins soumis à entente préalable Date de guérison ou consolidation</p> <p>-----</p> <p>Taux d'incapacité permanente Nécessité d'une tierce personne</p>	<p>} } Contentieux général } }</p> <p>-----</p> <p>} } Expertise L. 141-1 }</p> <p>-----</p> <p>} Contentieux technique }</p>
<p>3°/ <u>Prise en charge d'une rechute</u></p> <p>Imputabilité médicale Réalité de l'aggravation</p>	<p>} Expertise L. 141-1 }</p>