

Date :
22/02/2000

Origine :
CABDIR

Réf. :
CABDIR n° 3/2000
n /
n /
n /

Mesdames et Messieurs les Directeurs
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

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)
Mesdames et Messieurs les Directeurs
- des URCAM

(pour information)

Plan de classement :

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

Titre :

Recours contre Tiers

Résumé :

Le recours par les caisses contre les tiers responsables d'accidents causés à des assurés sociaux soulève des problèmes complexes. Compte tenu de l'importance financière de ce dossier, il importe que les organismes s'impliquent davantage et assurent une gestion plus efficace des recours, laquelle passe par une collaboration étroite entre les services contentieux et les services médicaux

Pièces jointes : 3

Liens :

Ann.circ	DGR	1558/1984	DGR	2695/1992
Ann.circ	ENSM	821/1984	ENSM	1461/1992

Date d'effet :

IMMEDIATE

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

ENSM - Dr LAPORTE - DRIO/DPAS - Réjane GOUEL

Téléphone :

01.42.79.32.94

01.42.79.32.05

@

Le Cabinet du Directeur

22/02/2000

Mesdames et Messieurs les Directeurs
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine : CABDIR 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

Mesdames et Messieurs les Directeurs
- des URCAM

N/Réf. : CABDIR n° 3 / 2000

Objet : Recours contre Tiers

Les organismes sociaux sont tenus de servir à l'assuré social, victime d'un accident causé par une tierce personne, l'ensemble des prestations auxquelles son état lui ouvre droit.

L'auteur de l'accident n'échappe pas pour autant à son obligation de réparer le dommage.

Toutefois, la victime ne peut pas cumuler les prestations sociales et l'indemnité due en droit commun en application des règles de la responsabilité.

Le législateur a donc prévu un droit à recours des organismes qui interviennent dans la réparation du préjudice corporel d'une victime.

Ainsi, les caisses primaires peuvent, sur le fondement des articles L 376-1 (branche assurance maladie) et L 454-1 et suivants (branche accidents du travail) du Code de la Sécurité Sociale, exercer contre le tiers responsable une action en réparation des sommes versées suite à l'accident.

L'exercice de cette action conduit à l'application des règles de la responsabilité civile ou administrative (selon la qualité du tiers mis en cause). Elle implique également la connaissance des principes de la réparation du dommage corporel, différents de ceux de la réparation en droit social.

Ces règles sont complexes et l'intervention de plusieurs acteurs (victime, auteur du dommage, organisme social, employeur, mutuelle complémentaire...) ne facilite guère l'exercice du recours contre tiers.

Or, la complexité du traitement des dossiers recours contre tiers ne semble pas toujours avoir été prise en compte. En effet, la Cour des Comptes dans ses rapports au Parlement pour 1998 et 1999, relève que les moyens affectés à cette mission spécifique des services contentieux sont variables selon les caisses. Le recours contre tiers, action de gestion du risque, est, dans la grande majorité des cas, conçue comme une activité accessoire du contentieux.

La CNAMTS n'ignore pas les difficultés rencontrées par les caisses en la matière mais attache une importance particulière à cette mission en raison du coût financier important des accidents corporels. En effet, pour les seuls accidents de la circulation, le coût des dommages corporels en 1998 est estimé à 59,6 milliards de francs^①. Ainsi, il apparaît nécessaire d'affecter à cette mission tous les moyens indispensables et notamment un personnel qualifié en vue d'assurer une gestion optimale de ces dossiers.

Cette circulaire a donc pour but de donner une nouvelle impulsion pour permettre une meilleure gestion et un meilleur rendement du recours contre tiers, ce qui implique obligatoirement une étroite collaboration entre les services contentieux et les services médicaux.

Place du Service Médical dans le Recours Contre Tiers :

Le service médical, conseiller technique du service contentieux - RCT de la caisse doit être présent à toutes les phases de gestion du dossier. Il doit s'impliquer fortement dans le circuit :

- ☉ pour l'aide à la détection des recours.
- ☉ pour la gestion précoce des dossiers.
- ☉ pour éclairer le service contentieux sur toute question d'ordre médical (imputabilité, frais futurs...).

① Selon les éléments fournis par la Prévention Routière, ce montant se décompose comme suit :

- 34,7 milliards de francs : 8 918 tués à trente jours
- 13,4 milliards de francs : 33 496 blessés graves
- 11,5 milliards de francs : 134 558 blessés légers

Ce partenariat avec la CPAM formalisé par un Plan d'Actions Locales (P.A.L.) doit permettre le recouvrement par la caisse d'un maximum de créances dans les délais impartis par les textes.

Ainsi donc, les Unités Fonctionnelles (UF) polyvalentes (médicales ou dentaires) et l'UF-RCT concourent à une bonne gestion médicale du dossier RCT, à l'évaluation correcte des différents éléments du préjudice permettant à la caisse de chiffrer sa créance et d'évaluer l'assiette du recours. Les frais futurs nécessitent une attention privilégiée.

L'UF-RCT est le correspondant du contentieux de la CPAM, des médecins désignés par les 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 font l'objet d'une annexe au PAL (avenant et liste de questions facultatives cf. annexe 1). Cette annexe tient compte des modalités de fonctionnement propres à chaque caisse et/ou échelon local du service médical.

1. RAPPEL DES PRINCIPES GENERAUX DU RECOURS CONTRE TIERS

1.1 Nature des accidents ouvrant droit à recours

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 convient de distinguer :

- ceux causés par les véhicules soumis à l'obligation d'assurance ou par des bicyclettes. Ils sont gérés conventionnellement dans le cadre du protocole d'accord organismes sociaux - entreprises d'assurances du 24 mai 1983.

Le protocole comprend la convention proprement dite, un Règlement d'Application Pratique (R.A.P.) et des annexes.

- ceux n'entrant pas dans le champ d'application de la convention ci-dessus. Il s'agit, en fait, d'une catégorie hétérogène regroupant les accidents de la circulation hors protocole d'accord, accidents survenus à l'étranger, les accidents scolaires, médicaux, sportifs, coups et blessures volontaires, (survenus ou non sur les lieux du travail)...

L'évolution de la jurisprudence en matière de responsabilité devrait favoriser l'exercice de certains recours dans la mesure où celle-ci tend

de plus en plus vers une responsabilité objective, fondée sur le seul constat de la réalisation d'un fait dommageable. Les principales évolutions seront développées dans une prochaine circulaire, actualisant la circulaire DGR n° 9/94 du 4 février 1994.

1.2 Rappel des principes généraux du recours contre tiers (Cf. annexe 2)

La mise en jeu de la responsabilité d'un tiers n'exonère pas l'organisme social de son obligation de verser les prestations dues à l'assuré ou à ses ayants droit. Inversement, la victime ne peut renoncer au bénéfice des prestations sociales pour percevoir l'intégralité de l'indemnité de droit commun.

Cette indemnité de droit commun se compose de plusieurs chefs de préjudice, dont certains sont économiques (préjudice patrimonial) et d'autres personnels (préjudice extra-patrimonial). L'assiette du recours de la caisse, c'est-à-dire les sommes sur lesquelles celui-ci peut s'exercer, ne comprend que les préjudices économiques.

Les indemnités réparant le préjudice à caractère personnel (souffrances physiques ou morales endurées, préjudice esthétique et d'agrément et, en cas de décès de la victime, préjudice moral des ayants droit) sont exclues de l'assiette du recours des caisses.

L'assiette du recours est évaluée selon les règles du droit commun pour les dossiers hors protocole d'accord et selon les règles conventionnelles pour les dossiers protocole d'accord. Elle peut se trouver éventuellement réduite, par application d'un partage de responsabilité entre la victime et le tiers.

Le recours de la caisse, comme celui des autres tiers payeurs (caisse vieillesse, mutuelle, employeur...) a un caractère subrogatoire. Il n'y a pas d'ordre de priorité entre les créances des tiers payeurs. Lorsque le montant de la part d'indemnité affectée au remboursement des créances est insuffisant, il est réparti au prorata de chacune des créances en cause.

1.3. La créance de la caisse

La créance est constituée des prestations effectivement versées par la caisse et des prestations futures dès lors que leur lien de causalité avec l'accident est établi. Les prestations sont servies sous le contrôle des caisses selon les critères administratifs et médicaux qui leur sont propres.

Il appartient à la caisse, en cas de contestation de l'une des parties, de rapporter la preuve du lien de causalité entre les prestations et l'accident.

Plusieurs arrêts rendus par la Cour de cassation depuis 1994, dont un arrêt d'Assemblée Plénière du 7 février 1997 (Caisse Générale de Prévoyance des Marins c/ GAN et autres) autorisent les juridictions de droit commun à exercer un contrôle sur l'étendue des prestations servies et à vérifier l'existence d'un lien de causalité avec le dommage imputable à l'accident.

Les caisses doivent donc apporter une attention particulière au chiffrage de la créance et veiller à ne réclamer que les prestations en rapport direct avec l'accident.

2. LA DETECTION DES RECOURS

La connaissance par le service contentieux d'un accident susceptible d'engager la responsabilité d'un tiers est dépendante des informations qui lui parviennent en interne (services de liquidation, service médical, service accident du travail...) ou de correspondants extérieurs (compagnies d'assurances, hôpitaux, juridictions, avocats...).

Cette connaissance est imparfaite dans la mesure où les signalements ne sont pas toujours effectués par les différents partenaires.

Les signalements par les assurés sociaux sont souvent omis et quand ils sont effectués, ils ne sont pas toujours exploités par les services de liquidation.

Le développement des télétransmissions et la généralisation de la feuille de soins électronique risquent de rendre encore plus difficile la détection, et ce, alors même que le professionnel de santé doit indiquer, sur la feuille de soins électronique, si les actes ou prestations sont en rapport avec un accident et les éléments permettant d'identifier cet accident (art. R.161-42 CSS).

La CNAMTS est consciente de ces difficultés et recherche des solutions permettant d'y remédier (en agissant notamment auprès de la Chancellerie, de la direction des hôpitaux et des assureurs...).

Il appartient néanmoins aux caisses et aux services médicaux de veiller, en interne, au signalement de tous les accidents au service contentieux, de développer localement les sources de détection et de mener des actions de sensibilisation notamment auprès des assurés, des professionnels de santé, des hôpitaux, des juridictions.

3. LES CIRCUITS (cf. annexe 3)

La bonne gestion d'un dossier RCT nécessite un suivi précoce et le respect d'un certain nombre d'étapes obligatoires.

Ces étapes peuvent être déclinées comme suit :

- ❶ Détection des accidents pouvant générer un RCT (SA + SM)
- ❷ Confirmation du RCT (SA)
- ❸ Signalement du RCT au Service Médical (SA)
- ❹ Gestion médicale du RCT (SM)
- ❺ Exploitation des informations médico-administratives transmises par le Service Médical (SA)
- ❻ Chiffrage de la créance (SA)
- ❼ Gestion des litiges éventuels (SA + SM)
- ❽ Retour d'information en vue des statistiques (SA+SM)

3.1 Le service contentieux

La décision d'exercer un recours appartient exclusivement au service contentieux. Celui-ci, doit lors de l'ouverture d'un dossier recours, informer le service des prestations et signaler, en fonction de critères arrêtés dans le PAL, certains dossiers au service médical, notamment ceux comportant un arrêt de travail et/ou une hospitalisation.

Le signalement doit comporter obligatoirement :

- les identifiants de l'assuré
- si la victime n'est pas l'assuré, sa qualité et sa date de naissance
- la date de l'accident
- la nature du risque (AS-AT)
- le code statistique RC convergence : Accident de circulation Protocole (P) ou Hors Protocole (HP) Autres Accidents (AA)
- les éléments médicaux déclarés ou fournis par la victime ou l'assureur
- la date de forclusion pour produire la créance définitive, si elle est connue.

Tous les signalements sont adressés à l'UF-RCT. Les éléments médicaux ou la date de forclusion non précisés lors du signalement initial doivent être portés ultérieurement à la connaissance du service médical. Si un dossier signalé par le service contentieux et retenu par le service médical est classé sans suite, le service contentieux en informe immédiatement le service médical.

3.2 Le service médical

3.2.1 Le praticien conseil de l'UF-RCT

A réception des dossiers transmis par le service contentieux, un tri médicalisé est effectué par le praticien conseil et/ou le technicien, dans le cadre d'une aide à la décision.

Il est réalisé à partir des éléments médicaux déclarés ou fournis par la victime en fonction de critères médicaux de sélectivité prédéterminés afin de ne retenir en principe que des dossiers pour lesquels des frais importants sont susceptibles d'être engagés.

Critères médicaux de sélectivité proposés :

- gravité des lésions initiales
- lésions de la face ou de la tête, lésions dentaires
- présomption de frais futurs
- présomption d'invalidité ou d'IPP en AT

Les dossiers retenus sont transmis au médecin conseil et/ou au chirurgien dentiste conseil du secteur géographique de l'assuré, après avoir été échéancés.

L'unité fonctionnelle RCT se charge de tenir un échéancier pour obtenir les réponses dans les délais nécessités par la gestion du dossier.

Les dossiers non sélectionnés sont renvoyés immédiatement au service contentieux avec la mention « non retenu » par le service médical.

3.2.2 Le praticien conseil de secteur

Il est chargé de la gestion médicale du dossier de l'assuré. S'agissant d'un accident avec recours contre tiers, cette gestion doit être particulièrement rigoureuse pour éviter des divergences d'interprétation sur l'état de la victime avec les médecins des compagnies d'assurances.

Le praticien conseil de secteur étudie le dossier afin de donner à l'UF-RCT un **avis précoce prévisionnel ou définitif**.

1°) Le praticien conseil doit examiner la victime sauf impossibilité. Dans ce cas, le suivi sera effectué sur pièces jusqu'à ce que la convocation soit possible. Le praticien conseil doit :

- déterminer l'état antérieur,
- se prononcer sur l'imputabilité à l'accident des soins, des hospitalisations ou des arrêts de travail,
- signaler les prestations et les éléments permettant à la caisse de chiffrer sa créance :
 - hospitalisation en cours ou à prévoir
 - durée de l'arrêt de travail prévisionnel
 - date de consolidation
 - séquelles de l'accident :
 - possibilité d'une Incapacité Permanente Partielle (IPP) avec ou sans tierce personne en AT ou d'une Invalidité (catégorie à préciser)
 - reclassement professionnel
 - soins futurs à prévoir

Si au cours de l'examen, le médecin conseil constate des lésions dentaires non signalées auparavant, il transmet le dossier au chirurgien dentiste conseil pour examen. Dans la mesure du possible, la convocation sera faite le même jour par les deux praticiens.

2°) Si lors de l'examen précoce, la victime n'est pas consolidée, le dossier est suivi :

- selon les échéances prévues par la législation
- selon les échéances propres du praticien conseil

Le praticien conseil de secteur informe l'UF-RCT du suivi du dossier, des éléments nouveaux et de la date du prochain examen.

3°) A la consolidation des lésions, le praticien conseil de secteur propose à l'UF-RCT des conclusions définitives :

- soins particuliers avant consolidation (hospitalisation, appareillage...)
- durée de l'arrêt des activités
- consolidation, date
- taux IPP en AT
 - pension d'invalidité, catégorie, retentissement professionnel
- reclassement professionnel
- état détaillé des soins futurs (hospitalisation, soins, appareillage...)

3.2.3. Le médecin conseil de l'UF-RCT

- ❶ Effectue les relances auprès des praticiens conseils de secteur et leur signale la date de forclusion si les informations ne sont pas transmises dans les délais.
- ❷ Transmet au service contentieux les éléments permettant de chiffrer la créance et d'évaluer l'assiette du recours :
- Dans le cadre du signalement précoce du préjudice à partir des éléments transmis par les praticiens conseils de secteur :
 - ITT du _____ au _____
 - date de consolidation
 - IPP droit commun
 - IPP en AT
 - Invalidité- catégorie
 - reclassement professionnel
 - frais futurs : devis descriptif détaillé
- Dans le cadre du signalement tardif, il donne en outre un avis sur les conclusions du médecin ou du chirurgien dentiste de la compagnie sans omettre l'évaluation des frais futurs.
- ❸ Répond aux demandes du service contentieux lorsque le dossier n'a pas été retenu lors du tri sélectif ou à toute demande complémentaire dudit service.
- ❹ Gère les litiges médicaux (rapprochement amiable - expertise médicale amiable).
- ❺ Etablit les statistiques d'activité du service médical pour le recours contre tiers.

4. LES FRAIS FUTURS

4.1 Définition

Il s'agit de frais exposés postérieurement à la consolidation, laquelle est caractérisée par :

- l'absence d'évolutivité des lésions ou des séquelles,
- l'absence de soins actifs si ce n'est pour prévenir une aggravation,
- la possibilité de décrire un certain degré d'incapacité.

Qu'il s'agisse d'un dossier réglé dans le cadre du protocole d'accord ou du droit commun, le point de départ est le même.

En fait, la différence porte essentiellement sur l'estimation du préjudice desdits frais et leurs modalités de règlement.

En effet, le protocole d'accord encadre l'évaluation desdits frais pour la détermination de l'assiette conventionnelle du préjudice alors qu'en droit commun, il n'existe pas de norme.

4.2. Détection des frais futurs

Le service contentieux peut détecter l'existence de frais futurs à partir de certains éléments du dossier (certificats médicaux fournis par la victime, rapport d'expertise, IPP importante, présence d'appareillage, avis du praticien conseil de la caisse...).

Alors que la mission type d'expertise amiable protocolaire (annexe 7 du RAP) prévoit bien la rubrique « frais futurs », celle-ci ne figure pas sur toutes les missions d'expertise droit commun.

Dès lors, le praticien expert ne se positionnera pas sur ce poste, même si des frais futurs sont à prévoir. Il convient donc d'être vigilant sur ce point et le service contentieux doit, dans ce cas, se rapprocher du service médical.

4.3 Détermination des frais futurs

Il appartient au praticien conseil de déterminer très exactement les frais futurs nécessités par l'état de la victime et en relation directe avec l'accident.

L'avis technique du praticien conseil est indispensable car c'est à partir de cet avis que le service contentieux pourra chiffrer sa créance future et évaluer l'assiette du préjudice.

4.3.1 En Protocole

« Les frais futurs sont ceux dont la charge est certaine ou prévisible selon l'avis du médecin et pour la durée indiquée par celui-ci » (§ C 4.25 du RAP).

4.3.1.1 La détermination par l'UF-RCT

Le praticien conseil doit se prononcer sur le caractère certain ou prévisible desdits frais.

Le protocole prévoit que ces frais peuvent être viagers (Tableau A - annexe 6 du RAP) ou occasionnels (Tableau B - même annexe).

Les frais viagers correspondent à ceux qui seront nécessaires la vie durant de la victime alors que les frais occasionnels sont limités dans le temps (poursuite de traitement après consolidation, ablation du matériel d'ostéo-synthèse, par exemple).

Le praticien conseil doit indiquer la nature, la durée, la fréquence, au besoin le coût des prestations futures, conformément à la situation médicale examinée, en fonction des données actualisées de la science.

Deux notions seront apportées par l'examen médical du malade :

- l'état du malade au jour de l'examen.
- la notion de volume et de durée des frais futurs qui sera réglée par l'analyse de l'adaptation du malade à son handicap et du « médicalement nécessaire ou indispensable ».

Il est important que le praticien conseil puisse utiliser à cet effet l'outil SIAM pour évaluer la consommation médicale du blessé.

Le descriptif des frais futurs doit être étayé et explicable à tout moment.

La mise en forme comporte 2 étapes :

1ère étape médicale réalisée par l'UF gestionnaire du dossier : de quels soins le malade aura-t-il besoin, et sur quelle périodicité et durée ?

2ème étape médico-administrative réalisée par l'UF-RCT : établissement d'un état descriptif des frais futurs nécessaires, précisant le caractère occasionnel ou viager des frais, leur nature (hospitalisation, tierce personne, soins, appareillage), leur périodicité, éventuellement leur coût. Pour l'appareillage, le praticien conseil indique la nature, le nombre d'appareils nécessaires, principal et secondaire et le coût. Les différentes rubriques doivent être suffisamment détaillées, pour permettre au service contentieux de justifier la demande de frais futurs auprès de la compagnie d'assurances, de chiffrer sa créance et d'évaluer l'assiette conventionnelle du préjudice.

4.3.1.2. L'évaluation par le service contentieux

Au vu de l'état descriptif détaillé transmis par le service médical, le service contentieux établit un relevé des prestations futures envisagées, état qui lui permettra de chiffrer la créance et l'assiette conventionnelle du préjudice.

Il est impératif de ne pas confondre les notions de créance et d'assiette conventionnelle du préjudice.

- **Créance**

- état détaillé des prestations (nature, coût...) qui seront remboursées dans l'avenir par la caisse à la victime, sur la base de la législation Sécurité Sociale.

- **Assiette conventionnelle du préjudice**

- état établi conformément aux règles de l'annexe 6 du RAP (75% du coût réel pour hospitalisation, classe de forfait pour les soins...)

Le poste « frais futurs » soulève certaines difficultés, non encore résolues par la commission d'application. Ce thème ainsi que celui de l'aggravation fait l'objet d'une étude au sein du groupe de travail « Protocole d'Accord » composé de représentants des caisses nationales maladie et des sociétés d'assurances.

4.3.2 Hors Protocole d'Accord

La démarche pour la détermination des frais futurs par le praticien conseil de la caisse et le chiffrage de la créance par le service contentieux est la même que celle adoptée pour les dossiers protocole d'accord.

Par contre, l'appréciation de la nécessité des frais futurs et l'évaluation de leur coût pour la détermination de l'assiette droit commun relève de l'appréciation souveraine des juges du fond.

5. AGGRAVATION

Le circuit est identique, depuis le signalement jusqu'aux règlements des litiges.

5.1. Notion juridique

L'aggravation du préjudice suppose un préjudice antérieurement évalué qui vient à s'aggraver. Cette notion ne doit pas être confondue avec celle de préjudice nouveau, lequel n'a fait l'objet d'aucune évaluation ou réparation antérieure. L'aggravation du préjudice pose des problèmes au regard de l'autorité de la chose jugée. En effet, la réparation du dommage est définitivement fixée à la date du jugement ou de la transaction.

Ainsi, l'autorité de la chose jugée s'oppose à ce que la nouvelle demande ait le même objet que la décision antérieure.

La jurisprudence admet aujourd'hui l'indemnisation de l'aggravation du préjudice. La preuve incombe à la victime.

5.2. Notion médicale

L'aggravation peut se définir comme une modification des données médicales ayant servi à l'évaluation définitive du dommage indemnisé, et qui entraîne un nouveau dommage corporel en relation certaine et directe avec les lésions initiales.

L'aggravation peut être temporaire ou définitive. Dans le 1^{er} cas, il y a au minimum retour à l'état antérieur après mise en œuvre d'un traitement adapté. Dans le second cas, il y a alourdissement de l'état séquellaire.

Observation :

La question de la définition de l'aggravation pour les dossiers « protocole d'accord » est actuellement à l'étude.

6. REGLEMENT DES LITIGES

6.1. Le service contentieux

6.1.1. Dossiers Protocole

Les contestations sont réglées dans le cadre de la procédure conventionnelle de règlement des litiges, à savoir procédure d'escalade aux deux niveaux - Chef de Service, Direction - et saisine éventuelle de la commission de conciliation dans un délai de deux ans, sous peine de forclusion. Les modalités de présentation des dossiers devant la commission d'arbitrage seront rappelées par une prochaine circulaire.

En cas de litige d'ordre médical (imputabilité des soins à l'accident, durée de l'ITT, date de consolidation, taux d'IPP, nécessité de frais futurs...), le service contentieux interroge le praticien conseil de l'UF-RCT sur la nécessité de la mise en oeuvre d'un rapprochement amiable (C 4.32 du RAP) ou d'une expertise médicale amiable (C 4.33 du RAP). La mise en oeuvre des opérations appartient au service contentieux ou à la compagnie d'assurance.

En accord avec le service médical, le service contentieux propose à la société d'assurance la procédure retenue.

Lorsque la société d'assurance n'est pas d'accord avec la solution proposée, la procédure d'escalade et la saisine de la commission d'arbitrage peuvent être envisagées.

○ Rapprochement amiable

Le rapprochement amiable entre médecins respectifs de chacune des parties est une possibilité. Il ne s'agit pas d'une étape préalable obligatoire à la mise en oeuvre de l'expertise médicale amiable.

Le service contentieux invite la société d'assurances à lui communiquer les coordonnées du praticien qu'elle a désigné ou lui transmet celles du praticien conseil de la caisse.

○ Expertise médicale amiable

Le service contentieux doit nécessairement se rapprocher du service médical pour la désignation de l'expert et la mission à lui confier. La mission prévue par l'annexe 7 du RAP doit obligatoirement être utilisée. En cas de litige sur la détermination de l'expert, la procédure prévue par le § C. 4-3 du RAP est utilisée.

Après accord sur le nom et la mission, le service contentieux ou l'assureur contacte l'expert.

Le service contentieux transmet au service médical, les informations sur la date et le lieu de l'expertise, une copie de la mission et ultérieurement du rapport établi par l'expert.

Il est rappelé que l'expert doit mettre en oeuvre l'expertise dans les deux mois suivant la réception de la mission et adresser son rapport au plus tard dans le délai d'un mois suivant l'examen de la victime (Annexe 7 du RAP).

La gestion de ces dossiers implique une collaboration très étroite entre les deux services, lesquels doivent s'informer réciproquement des différentes étapes du dossier. Il est vivement recommandé de l'échéancier afin d'éviter des durées trop longues entre les différentes étapes successives.

6.1.2 Dossiers Hors Protocole

En cas de différend d'ordre médical, le service médical est informé et la solution à mettre en oeuvre est décidée conjointement. Si l'affaire fait l'objet d'une instance, les convocations pour les expertises doivent être transmises au service médical.

6.2 Le service médical

6.2.1 Dossiers Protocole

Lorsque le différend entre la caisse et l'assureur porte sur une question d'ordre médical, la Caisse demande l'avis de l'UF-RCT sur la procédure à mettre en oeuvre : rapprochement amiable et/ou expertise médicale amiable.

○ Rapprochement amiable

Si la compagnie est d'accord pour le rapprochement, le service contentieux transmet à l'UF-RCT le nom du praticien désigné par la compagnie pour gérer le dossier.

Le rapprochement doit être mis en oeuvre dans les plus brefs délais. Il peut se faire par tous les moyens possibles (téléphone - au cabinet de l'un des praticiens en convoquant si nécessaire l'assuré).

A l'issue du rapprochement, les praticiens de chacune des parties rédigent un compte rendu qui doit rappeler le litige et les conclusions : accord - accord partiel - désaccord. Il doit être signé par chacun des praticiens. Une copie du compte rendu est transmise au service contentieux.

○ Expertise médicale amiable

En cas d'échec du rapprochement amiable ou de refus de la compagnie de le mettre en oeuvre préalablement, l'expertise médicale amiable prévue par le protocole peut être envisagée.

• Choix de l'expert

La désignation de l'expert obéit à des critères précis qu'il est important de respecter. Le praticien conseil donne son avis sur le choix.

L'expert doit être choisi parmi les experts titulaires du diplôme relatif à la réparation juridique du dommage corporel ou ayant au moins 10 ans de pratique en droit commun, habituellement désignés par le tribunal du ressort du domicile de la victime (C. 4-33 du RAP).

• Détermination de la mission

Le praticien conseil doit être suffisamment informé du litige car il doit cerner parfaitement la ou les questions à poser à l'expert dans le cadre de la mission d'expertise amiable (annexe 7 du RAP).

• Observations écrites médicales

Le praticien conseil doit faire connaître à l'expert par écrit, les motifs de son désaccord avec le praticien désigné par la compagnie d'assurance.

• Assistance à l'expertise

Le praticien conseil qui a géré le dossier doit pouvoir assister à l'expertise.

• Rapport d'expertise

Le rapport d'expertise est adressé au service contentieux, seul interlocuteur reconnu dans le cadre du protocole. Il est nécessaire que le rapport soit transmis ensuite au service médical.

6.2.2 Dossiers hors protocole

Si le dossier est en cours de règlement amiable, une tentative de gestion amiable du litige peut être entreprise sur le mode du rapprochement amiable, avec en cas d'échec possibilité d'un recours à une expertise contradictoire amiable, sachant que, à tout moment, un règlement judiciaire peut être demandé par la partie la plus diligente.

Si le dossier fait l'objet d'une instance, le service contentieux avise le service médical des date et heure de l'expertise.

L'intervention du praticien conseil peut si nécessaire se réaliser sous forme d'observations écrites (ex dires) mais peut aussi requérir son assistance physique, notamment lorsque le dossier pose des problèmes d'imputabilité, lorsque des intérêts financiers importants sont en jeu (créance exigible ou future), notamment en cas de responsabilité médicale.

Après l'expertise, le praticien conseil rédige une note à l'attention du service contentieux résumant les conclusions médico-administratives de l'expertise. Il précise les prestations exclusivement liées à l'accident.

Cette note doit permettre à la caisse d'établir un relevé détaillé des prestations. Ces deux documents peuvent être adressés à la juridiction concernée.

Le règlement des litiges médicaux pour les dossiers hors protocole d'accord fera l'objet d'un développement particulier dans le guide pratique RCT de l'assurance maladie.

7. DONNEES STATISTIQUES

7.1 Le service contentieux

Les états statistiques adressés annuellement à la CNAMTS sont édités par la chaîne nationale RC convergence. Cette chaîne ne répondant plus aux besoins actuels des organismes va être remplacée par une nouvelle application.

Le cahier des charges est en cours de validation. La nouvelle application informatique pour la gestion des recours devrait être disponible fin 2000. De nouveaux états statistiques sont en cours d'élaboration.

Les caisses doivent adresser, pour l'exercice 1999, les états prévus par la circulaire DGR n° 2645/91 du 16 juillet 1991.

7.2 Le service médical

L'UF-RCT recueille les éléments nécessaires à l'élaboration des tableaux du rapport d'activité.

8. FORMATION

8.1 Le service contentieux

8.1.1 Formation nationale des personnels de contentieux

Dans le cadre de cette formation mise en oeuvre par l'UCANSS avec la collaboration de la CNAMTS, quatre modules sont spécifiques au recours contre tiers protocole et hors protocole d'accord à savoir :

- **Module 2** : Recours contre Tiers.
- **Module 3** : Protocole d'Accord - Droit des assurances.
- **Module 8** : Actualisation du module 3 (Barèmes de responsabilité, frais futurs...).
- **Module 9** : Rappel des règles applicables en matière de responsabilité et approfondissement de certains régimes de responsabilité, et notamment sportive et médicale.

Ces modules sont décentralisés dans les centres régionaux de formation et de perfectionnement. Il apparaît nécessaire que tous les agents des services contentieux gérant les dossiers recours puissent les suivre.

Par ailleurs, certains centres de formation ont signalé rencontrer des difficultés pour trouver des intervenants. Il est donc souhaitable, que les directeurs des caisses permettent à leur responsable de service contentieux de participer à l'animation desdits modules.

En effet, compte tenu de leur spécificité et de leur technicité, l'animation ou la co-animation par le personnel de l'institution doit être privilégiée par rapport aux intervenants extérieurs.

8.1.2 Information nationale Recours contre Tiers

Des sessions d'information locale ou régionale peuvent être mises en oeuvre à l'initiative des caisses.

La CNAMTS se tient à la disposition des organismes pour toutes difficultés rencontrées dans la gestion des recours contre tiers et pour participer aux réunions locales ou régionales.

8.2 Service médical

8.2.1 Formation nationale recours contre tiers

Un séminaire national de formation médico-juridique est organisé par la chaire de médecine légale à TOULOUSE à l'intention des praticiens conseils et concerne plus particulièrement les praticiens conseils qui ont en charge l'UF-RCT. L'objectif actuellement réalisé, est de disposer d'au moins un praticien conseil référent par échelon local.

8.2.2 Perfectionnement

Il semble nécessaire qu'un perfectionnement soit proposé aux responsables d'UF-RCT sur des thèmes ciblés et d'actualité.

Il est indispensable que les praticiens conseils s'occupant du RCT soient réunis régulièrement pour permettre entre eux des échanges et pour harmoniser les techniques face à nos partenaires des compagnies. Ces réunions peuvent être régionales mais également inter-régionales.

8.3 Documentation

8.3.1 Service contentieux

Le service contentieux doit être en possession d'un nombre de protocoles suffisants pour faciliter la gestion des dossiers. Il est rappelé que chaque décision de la commission d'application précisant ou modifiant les dispositions du RAP et de ses annexes fait l'objet d'une note diffusée à l'ensemble des gestionnaires, caisses et assureurs. L'ensemble de ces notes doit être conservé.

En effet, en cas de litige avec un assureur, il est toujours préférable de se reporter à la note initiale, même si celle-ci a été intégrée ultérieurement dans le Règlement d'Application Pratique.

La dernière mise à jour du protocole remonte à mars 1995. L'absence de nouvelle mise à jour s'explique par la décision prise par la commission d'application de procéder à une refonte du protocole, afin de le rendre plus lisible pour les gestionnaires.

Celui-ci ne devrait reprendre que les dispositions récentes. Ainsi, le protocole, sous sa forme actuelle, continuera à être utilisé pendant une période de transition. La sortie du nouveau protocole devrait intervenir dans le courant du 1er semestre 2000.

8.3.2 Service médical

La documentation à disposition de l'UF-RCT doit comprendre :

- ❶ **le protocole d'accord du 24 mai 1983 et les relevés de décisions de la commission paritaire d'application**
- ❷ **les documents de base sur la réparation du dommage corporel :**
 - les frais futurs
 - le barème d'IPP Droit Commun

Vous voudrez bien me faire connaître les difficultés que vous rencontrez dans l'application de cette circulaire.

Le Directeur

Gilles JOHANET

LISTE DES LIAISONS MEDICO-ADMINISTRATIVES MODIFIABLES EN FONCTION DES NECESSITES LOCALES

ANNEXE 1-1

1 GESTION PRECOCE D'UN DOSSIER RECOURS CONTRE TIERS		
1-1 LIAISON SERVICE CONTENTIEUX – SERVICE MEDICAL		
1.1.1	Accident du... avec Recours contre Tiers Nous vous informons de ce dossier : P = Protocole HP = Hors Protocole (circulation) AA = Autres Accidents	Ce signalement appelle une réponse du service médical : . soit le dossier est repéré puis classé sans suite car les lésions sont minimes, . soit bilan médico-légal précoce sur imprimé prévu à cet effet et suivi par le service médical jusqu'à consolidation et si nécessaire, évaluation des frais futurs. Seront éliminés du signalement : . les accidents sans hospitalisation, . les accidents sans arrêt de travail, . les accidents pour lesquels les lésions sont minimes.
1-2 LIAISON SERVICE MEDICAL – SERVICE CONTENTIEUX		
1.2.1	Accident le... Avez-vous connaissance du dossier ? S'agit-il d'un R.C.T ?	Signalement émanant du service médical chaque fois qu'il décèle un accident non repéré au contentieux et pouvant donner lieu à un RCT. Ce signalement appelle obligatoirement de la part du contentieux une réponse (positive ou négative) : S'il s'agit d'un RCT, le service contentieux transmet alors les éléments en sa possession.

LISTE DES LIAISONS MEDICO-ADMINISTRATIVES MODIFIABLES EN FONCTION DES NECESSITES LOCALES

ANNEXE 1-2

2 LITIGES D'ORDRE MEDICAL DANS LE CADRE DU PROTOCOLE		
2-1 QUESTIONS POSEES PAR LE SERVICE CONTENTIEUX AU SERVICE MEDICAL		
2.1.1	Etes-vous d'accord avec la proposition de règlement faite par la compagnie sur : . les soins . l'hospitalisation . la période d'ITT . la date de consolidation . le taux d'IPP . le reclassement professionnel . les frais futurs	Si OUI, le service contentieux transige avec la compagnie en fonction des éléments proposés par celle-ci et acceptés par le service médical. Si NON , un rapprochement de médecins ou une expertise médicale amiable peut être envisagée pour régler le litige. Le service contentieux se met d'accord avec la compagnie sur la procédure à mettre en œuvre, rapprochement amiable ou expertise médicale amiable. En retour, le service contentieux informe le service médical.
2.1.2	Veillez prendre contact avec le praticien conseil de la compagnie pour effectuer un rapprochement amiable sur...	Le rapprochement amiable portera uniquement sur les points litigieux. Des conclusions communes signées par les deux parties seront établies et transmises au service contentieux sur un imprimé prévu à cet effet.
2.1.3	Etes-vous d'accord avec la proposition de la compagnie sur le choix de l'expert et les questions à lui poser...	Le désaccord persiste à l'issue du rapprochement amiable ou la compagnie a refusé la mise en œuvre de celui-ci.

LISTE DES LIAISONS MEDICO-ADMINISTRATIVES MODIFIABLES EN FONCTION DES NECESSITES LOCALES

ANNEXE 1-3

2-2 LIAISON ENTRE LE SERVICE MEDICAL ET LE SERVICE CONTENTIEUX		
2.2.1	Après échec du rapprochement amiable, ou compte tenu du refus de la compagnie de le mettre en œuvre, nous vous proposons, en qualité d'expert :	Signalement effectué par le service médical.
	Docteur...	Les experts seront choisis selon les critères indiqués au § C 4.3 du RAP.
	Docteur...	
	Questions à poser à l'expert...	La question sera choisie dans la liste des questions annexées au RAP en fonction de la nature du litige (Annexe 7).
3 LITIGES D'ORDRE MEDICAL HORS PROTOCOLE		
3.1.1	Nous sommes informés d'une expertise judiciaire le... chez le docteur...	Information du service contentieux au service médical (uniquement pour les dossiers HP). L'assistance du médecin conseil à l'expertise est indispensable.
4 AIDE A L'ETABLISSEMENT DE STATISTIQUES PAR LE SERVICE MEDICAL		
4.1.1	Suite à votre action concernant l'accident du... de la victime... nous avons effectué un Recours contre Tiers d'un montant de... en matière de frais futurs.	Information systématique faite par le service contentieux au service médical chaque fois qu'elle reçoit un remboursement au titre d'un recours contre tiers. En cas de frais futurs payés sous forme de rente, le service contentieux indique le montant du capital.

PRINCIPES GENERAUX DU RECOURS CONTRE TIERS

P.P. = Préjudice Patrimonial
(préjudice économique)

P.E.P. = Préjudice Extra Patrimonial
(préjudice personnel)

	Postes de préjudice	Assiette du recours (1)	Créance des organismes sociaux	Règlement par le tiers ou sa compagnie d'assurances
P.P	Frais de soins	Frais réellement payés ou à payer	Montant des prestations en nature réglées à l'assuré ou à prévoir (frais futurs)	Règlement de la créance des organismes subrogés (organismes sociaux, mutuelles...) en fonction du montant de l'assiette du recours (préjudice patrimonial)
	Incapacité professionnelle des travailleurs percevant des I.J.	Perte de salaire en droit commun	- I.J en AS - I.J en AT	
	Incapacité professionnelle des travailleurs ne percevant pas d'I.J.	Perte de salaire en droit commun		
	Incapacité fonctionnelle des non travailleurs et ayants droit	Indemnisation compensant l'ITT ou l'ITP en droit commun		Règlement à la victime de l'indemnité complémentaire éventuelle si la ou les créances des organismes subrogés est ou sont inférieures à l'assiette du recours
	Incapacité permanente partielle	Séquelles IPP évaluées en droit commun (rente ou capital)	- AT : rente ou capital lié à l'IPP calculé selon la législation AT - AS : invalidité pension catégorie 1 & 2	
	Tierce Personne	Frais évalués en droit commun	- AT : majoration - AS invalidité : majoration catégorie 3	
	Préjudice économique en cas de décès	Evaluation en droit commun	- Capital décès - Rente AT servies aux ayants droit	
PEP	Souffrances endurées, Préjudice esthétique et d'agrément, Préjudice moral des ayants droit en cas de décès de la victime	Evaluation en droit commun		Les indemnités relatives au préjudice extra patrimonial sont réglées exclusivement à la victime.

(1) Pour les dossiers gérés dans le cadre du Protocole d'Accord, l'assiette du recours est évaluée selon les règles prévues par le § C 4 du RAP.

