

**Date :**  
05/02/2001

**Origine :**  
DRP  
ENSM

**Réf. :**  
DRP n° 7/2001  
ENSM n 5/2001  
n /  
n /

MMES et MM. les Directeurs  
des Caisses primaires d'assurance maladie  
des Caisses régionales d'assurance maladie  
des Caisses générales de sécurité sociale

Mmes et MM.  
les Médecins Conseils Régionaux  
les Médecins Conseils Chefs de service des Echelons Locaux  
M. le Médecin Conseil Chef de service de la Réunion

Pour attribution

**Plan de classement :**

260

**Titre :**

SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE DU DISPOSITIF DE RECONNAISSANCE DES AT/MP ISSU DU  
DECRET DU 27 AVRIL 1999.

**Résumé :**

La mission réalisée par l'audit général de la caisse nationale de l'assurance  
maladie a mis en évidence une marge d'amélioration dans la gestion.  
A partir de ce constat, des recommandations destinées à optimiser les procédures  
d'instruction sont données.

**Pièces jointes :** 0

**Liens :**

Com.circ	CABDIR	14/99		
Com.circ	DRP	18/99	ENSM	21/99

**Date d'effet :**

Immédiate

**Date de Réponse :**

**Dossier suivi par :**

Florence CORDENNER DRP - Odile VANDENBERGHE ENSM

**Téléphone :**

01.45.38.60.21

-

01.42.79.33.27

05/02/2001

MMES et MM. les Directeurs  
des Caisses primaires d'assurance maladie  
des Caisses régionales d'assurance maladie  
des Caisses générales de sécurité sociale

**Origine :**  
DRP  
ENSM

Mmes et MM.  
les Médecins Conseils Régionaux  
les Médecins Conseils Chefs de service des Echelons Locaux  
M. le Médecin Conseil Chef de service de la Réunion

Pour attribution

**N/Réf. :**        DRP n° 7/01 - ENSM n° 5/01

**Objet :** Suivi de la mise en œuvre du dispositif de reconnaissance des AT/MP issu du décret du 27 avril 1999.

En instituant des délais d'instruction strictement limités, le décret n° 99-323 du 27 avril 1999 a conduit les caisses primaires et les services médicaux à réexaminer et à optimiser leurs procédures internes de reconnaissance des AT/MP.

La direction des Risques professionnels et l'échelon national du Service médical, qui ont accompagné la mise en œuvre de la réforme, ont souhaité être en mesure d'évaluer les difficultés rencontrées sur le terrain, afin d'y trouver des réponses appropriées. C'est pourquoi nous avons demandé l'inscription d'une mission sur ce thème, à effectuer environ un an après l'entrée en vigueur du décret, au programme de travail de l'Audit général de la CNAMTS.

Réalisé auprès de cinq CPAM et ELSM, d'une CRAM et de deux ERSM, l'audit sur la mise en œuvre du nouveau dispositif a fait l'objet d'un rapport diffusé en octobre 2000 (CABDIR n° 799/00 – Audit Général n° 292/00).

Le premier enseignement à tirer de l'enquête réalisée est que, sauf cas marginaux, les délais réglementaires institués par la réforme du 27 avril 1999 se révèlent applicables. Le rapport d'audit permet de constater que les efforts entrepris par les caisses et les services médicaux pour maîtriser les délais tout en maintenant un bon niveau de qualité ont, globalement, porté leurs fruits.

Cependant, l'audit a également révélé qu'il existait un réel risque de reconnaissances implicites non voulues, qui doit impérativement être supprimé par une gestion plus rigoureuse des procédures.

Enfin, à l'occasion du sondage réalisé sur un important échantillon de dossiers, il a été constaté que certaines pratiques n'étaient pas conformes à la réglementation.

Sans reprendre point par point le contenu du rapport d'audit, la présente circulaire apporte un certain nombre de précisions sur les principales difficultés signalées et rappelle les règles applicables.

## **1. ORGANISATION DES PROCEDURES D'INSTRUCTION**

Comme l'avait fortement souligné le document de transmission de la CNAMTS du 25 mai 1999 (DRP n° 6393/99 – ENSM n° 1165/99), le succès de la mise en œuvre de la réforme reposait avant tout sur une organisation efficace de l'instruction. Ce document proposait un certain nombre de thèmes d'optimisation des procédures : suivi statistique, pilotage de l'instruction, maîtrise des délais internes et des délais externes.

L'annexe 6 du rapport d'audit est particulièrement riche en information à cet égard, dans la mesure où elle détaille toutes les étapes du processus en identifiant les facteurs de succès pour le respect des délais et en mentionnant les constats réalisés auprès des secteurs audités.

Nous ne saurions trop recommander aux services administratifs et médicaux de procéder à l'évaluation de leurs procédures à la lumière de ce tableau.

Conformément aux préconisations du rapport d'audit (L. 1.1.), il est indispensable de formaliser la procédure d'instruction (en veillant notamment aux relations CPAM/ELSM) et d'en assurer la diffusion interne.

Les procédures de supervision doivent être clairement organisées.

## **2. EXPLOITATION SYSTEMATIQUE DU CERTIFICAT MEDICAL**

En application de l'article L.441-6 du Code de la sécurité sociale, la caisse est destinataire d'un certificat médical indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles. L'envoi de ce document et celui de la déclaration n'étant pas toujours simultanés, il appartient à la caisse de veiller à la présence du certificat médical avant toute prise de décision.

Le constat fait dans le cadre de l'audit, (point 3.4.2. du rapport), de « présence massive de décisions de prise en charge sans CMI » est très préoccupant. En effet, cette pratique, diversement motivée par les organismes, ne permet pas de s'assurer que des lésions ont

été médicalement constatées, ni, si elles l'ont été, qu'elles paraissent bien être en rapport avec le fait accidentel déclaré et qu'elles ne nécessitent pas un avis du Service médical.

Selon des modalités qui peuvent différer en fonction de l'organisation des caisses, un rapprochement immédiat des pièces reçues par chacun (service central, centres d'assurance maladie) est impératif (cf. recommandation L.1.4. du rapport).

Ce rapprochement du certificat médical et de la déclaration donne lieu à la vérification de leur cohérence. L'absence de certificat, après relance de la victime, doit conduire à une décision de rejet.

### **3. RESPECT DU CONTRADICTOIRE AVANT DECISION**

Le rapport d'audit (point 3.5.) rappelle que « le non respect de certaines obligations réglementaires en matière d'information des parties [...] entraîne une exposition accrue pour la branche AT/MP, dans un contexte d'augmentation des contentieux ».

En effet, les tribunaux font aujourd'hui une interprétation large des obligations de la caisse en matière d'information de la victime et de l'employeur avant décision (articles R. 441-11 et R. 441-13) et sanctionnent systématiquement leur violation par la non opposabilité de cette décision à la partie requérante. Les caisses doivent donc veiller rigoureusement au respect du contradictoire dans l'instruction de la reconnaissance (cf. recommandation L.2.1.).

Conformément aux préconisations du rapport d'audit (recommandation N. 2.2.), la direction des Risques professionnels, qui a travaillé avec des caisses sur ce sujet complexe, diffusera prochainement une circulaire explicitant dans le détail la position de la CNAMTS sur la procédure contradictoire d'instruction.

La caisse doit permettre l'accès de la victime et de l'employeur au dossier à tout moment de l'instruction. En outre, elle doit, à l'issue de l'instruction, informer les deux parties que, le dossier étant clos et qu'aucun élément nouveau ne paraissant plus devoir intervenir, elles ont la possibilité de le consulter dans un délai de dix jours et de faire d'ultimes observations éventuelles avant décision. Cette procédure de « clôture de l'instruction » ne concerne pas les dossiers pour lesquels aucune réserve de l'employeur n'a été faite et qui n'ont nécessité aucune investigation de la part de la caisse.

La lettre de clôture de l'instruction (courriers Orphée at 00782 et at 00786) doit absolument être envoyée par pli recommandé avec demande d'avis de réception à l'employeur et à la victime, afin que la caisse puisse prouver, si nécessaire, qu'elle a respecté ses obligations.

#### **4. RECOURS AU DELAI COMPLEMENTAIRE D'INSTRUCTION**

Lorsque que la caisse estime que les investigations en cours ne pourront pas être achevées à l'échéance du délai de décision, elle doit recourir au délai complémentaire d'instruction et en informer la victime et l'employeur. Conformément à l'article R.441-14, 1<sup>er</sup> alinéa, l'avis de recours au délai complémentaire, lorsqu'il s'impose, est envoyé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Ce mode d'envoi doit impérativement être respecté à l'égard de la victime, faute de quoi la caisse ne pourrait pas prouver qu'elle a recouru au délai complémentaire et la victime pourrait se prévaloir d'une reconnaissance implicite.

Bien que les textes ne l'imposent pas, cet avis doit être clairement motivé (indications *précises* sur les investigations menées par la caisse), dans un souci de qualité du service.

Le rapport d'audit suggère d'automatiser l'envoi de l'avis de recours au délai complémentaire lorsque approche l'échéance du délai (recommandation N.1.1.). Ceci représenterait en effet une sécurité supplémentaire mais conduirait à envoyer des courriers non motivés et risquerait de faire naître des dérives de gestion. Il nous semble donc préférable de maintenir le dispositif actuel en veillant à la responsabilisation du gestionnaire, qui dispose déjà, dans Orphée, d'un échéancier avec fonction d'alerte visuelle.

#### **5. SUPPRESSION TOTALE DES PRISES EN CHARGE IMPLICITES**

L'audit a constaté (point 3.3.2.) « des cas de reconnaissance implicite non voulue bien que la quasi-totalité des dossiers puisse être traitée dans les délais réglementaires ».

Comme l'avait déjà souligné la CNAMTS (cf. circ. CABDIR n°14/99 du 9 décembre 1999), « la reconnaissance implicite pour absence de décision ne peut être que le signe d'un dysfonctionnement de l'instruction et doit être systématiquement évitée. [...] Dès lors, il convient de prendre systématiquement une décision sur chaque dossier, au plus tard avant la fin de la période complémentaire d'instruction ». Le rapport d'audit signale ainsi l'existence de défaillances dans la gestion du recours au délai complémentaire et dans la gestion des notifications de décision, qui débouchent sur des reconnaissances non voulues.

Cependant, comme l'indiquait le document de transmission du 25 mai 1999 (DRP n° 6393/99 – ENSM n° 1165/99), de nombreuses caisses recourent volontairement à la prise en charge implicite maîtrisée pour limiter les frais d'affranchissement. Il était annoncé que la CNAMTS devait prendre une position définitive sur ce point.

***La CNAMTS arrête le principe que toutes les décisions, sans exception, doivent désormais faire l'objet d'une notification à la victime ou à ses ayants droit :***

- *adressée par pli simple, lorsqu'il s'agit d'une décision de prise en charge (cette décision ne fait pas grief à la victime) ;*
- *adressée par pli recommandé avec demande d'avis de réception, lorsqu'il s'agit d'une décision de rejet (avec motivation et voies de recours).*

***Ainsi, la victime bénéficiera systématiquement d'une information sur ses droits et sera pleinement en mesure de défendre ses intérêts.***

S'agissant de l'employeur, l'article R. 441-14 ne prévoit pas de notification ni même d'information de la décision de prise en charge. Il prévoit en revanche, dans son 3<sup>ème</sup> alinéa, qu'en cas de refus, le double de la notification est envoyé pour information à l'employeur.

L'employeur pourra donc contester le caractère professionnel de l'accident à tout moment et au plus tard dans les deux mois qui suivront la réception de la notification du taux de sa cotisation AT/MP.

Ces dispositions, qui posent des problèmes d'articulation entre les contentieux CPAM (TASS) et les contentieux CRAM (CNIT), font actuellement l'objet d'une réflexion critique au sein de nos services. Les caisses seront informées des résultats de cette étude, qui est susceptible de déboucher sur des propositions de réforme.

Pour ce qui concerne les maladies instruites dans le cadre du système complémentaire, l'article D.461-30, 6<sup>ème</sup> alinéa prévoit que la décision est envoyée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à celui à qui elle fait grief (victime en cas de rejet, employeur en cas de prise en charge) et en pli simple à l'autre partie (employeur en cas de rejet, victime en cas de prise en charge).

## **6. INSTRUCTION IMPLIQUANT LE COMITE REGIONAL DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES**

Dans un souci de coordination et d'optimisation des délais d'instruction, il conviendra de formaliser les échanges entre la CPAM et le CRRMP notamment par la désignation, dans chaque organisme, d'un référent (recommandation L.3.5 du rapport d'audit) qui sera l'interlocuteur privilégié du médecin conseil responsable du secrétariat du comité.

Quant aux parties, en application du 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article D.461-30, la caisse informe la victime et l'employeur de la saisine du CRRMP, par courrier simple (contrairement à la recommandation L.2.2 du rapport d'audit prévoyant un envoi en LRAR). Les parties ont par conséquent connaissance de la procédure menée. Elles pourront par ailleurs recevoir, le moment venu, une notification de recours au délai complémentaire motivée par l'examen du dossier par le CRRMP. Cette notification est adressée en LRAR (cf. supra § 4).

Nous précisons à ce propos la nécessité de notifier un recours au délai complémentaire conformément à l'article R.441-14, pour tous les dossiers de maladies professionnelles le justifiant, *y compris les dossiers relevant du système complémentaire* (lettre ministérielle du 18 décembre 2000 - réf. DSS bureau 2c n°2000- 365 R).

Il est recommandé aux secrétariats des CRRMP de rédiger les avis motivés en séance et de les faire signer le jour même par les membres du comité afin de ne pas différer la transmission de ces avis aux organismes gestionnaires. Si cette procédure n'est pas réalisable dans l'immédiat, il convient de communiquer rapidement aux organismes, au besoin par télécopie ou téléphone, la nature de l'avis et ses motivations pour que l'organisme puisse notifier sa décision (cf. recommandation L.3.6).

## 7. L'APPLICATION NATIONALE ORPHEE

Le rapport d'audit indique que les CPAM auditées considèrent Orphée comme un outil qui les fait progresser dans le sens de la qualité, car il les aide à structurer leur démarche d'instruction des dossiers, mais qu'elles ont tendance à trop s'appuyer sur un outil qui n'est qu'une assistance et qui ne saurait résoudre l'ensemble des problèmes organisationnels (point 4.3.).

En effet, l'application nationale, qui a vocation à aider le gestionnaire dans l'organisation de son activité opérationnelle - notamment grâce à un échéancier et à une bibliothèque de courriers types -, ne saurait se substituer à lui, ni dans le choix des actes de gestion à effectuer en fonction des caractéristiques de chaque dossier, ni, a fortiori, dans la prise de décision. L'automatisation des actes de gestion et l'envoi de courriers sans intervention du gestionnaire doivent donc être, dans leur principe, limités.

Par ailleurs, le produit est évolutif. Des maintenances ont été réalisées depuis la période où l'audit a été effectué et d'autres sont en cours. On citera notamment la refonte complète de la bibliothèque des courriers et le développement de la fonction statistique, qui intéressent la gestion des délais d'instruction.



Un suivi dans le temps de l'application de la réforme devant permettre de s'assurer que les difficultés rencontrées sont résolues, nous demanderons l'inscription d'une nouvelle mission sur ce thème à un prochain programme de l'Audit général.

Le Médecin conseil national

Le directeur  
des Risques professionnels

Professeur Hubert ALLEMAND

Gilles EVRARD