

# L'expertise en Sécurité Sociale

## L'expertise L 141-1

### Ce qu'est l'expertise L 141-1

- Les avis médicaux pris par les médecins conseils des Services Médicaux de l'Assurance Maladie peuvent être contestés par les assurés sociaux et dans certains cas par leur médecin traitant.
- En cas de contestation d'un avis portant sur l'état de santé du bénéficiaire, la voie de recours légale est l'expertise médicale L 141-1.
- C'est une procédure précise, spécifique, inscrite dans le Code de la Sécurité Sociale. Sa mise en œuvre permet une solution rapide à des litiges portant sur des prestations revêtant un caractère alimentaire (Indemnités Journalières) ou un intérêt thérapeutique.
- Ses conclusions s'imposent aux parties dans sa forme habituelle (contentieux entre un assuré ou son médecin traitant et la Caisse d'Assurance Maladie). Elle ne représente qu'un avis technique si elle est diligentée à la demande du Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale.

### Ce que n'est pas l'expertise L 141-1

#### Le contentieux général

Le contentieux général porte sur les refus administratifs de la Caisse. Il concerne les litiges portant sur les immatriculations, les droits aux Indemnités Journalières, les ouvertures de droits aux prestations.

Les contestations sont à adresser en premier lieu à la CRA avant une éventuelle saisine du TASS, de la Cours d'Appel puis de la Cours de Cassation.

- CRA : Commission de Recours Amiable
- TASS : Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale
- Cours d'Appel (chambre civile, avec l'aide d'un avocat)
- Cours de Cassation

## Le contentieux technique

Le contentieux technique concerne les contestations d'avis sur invalidité, inaptitude et attribution de taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) en accident du travail (AT) ou maladie professionnelle (MP).

- Invalidité : incapacité de travail ou de gains > 2/3 avant 60 ans (catégorie I, II et III).
- Inaptitude : incapacité totale à la poursuite d'une activité professionnelle (ou mise en danger grave pour la santé ou la vie) entre 60 et 65 ans.
- Taux d'IPP en AT ou en MP : permet l'attribution d'un capital ou d'une rente.

Les trois niveaux de juridiction sont :

- le TCI : Tribunal du Contentieux de l'Incapacité,
- le CNIT : Cours Nationale de l'Incapacité ou de la Tarification,
- la Cours de cassation.

## L'expert "L 141-1"

- L'expert missionné pour l'expertise L 141-1 doit trancher un désaccord médical portant sur l'état de santé d'un patient. Après examen du patient et des pièces qui lui sont fournies par les parties il émet un avis médical qui sera transmis au Service Médical de la Caisse. Seules ses conclusions (oui/non, avis favorable/défavorable) seront transmises aux services administratifs de la Caisse.
- Il existe une liste de médecins experts "L 141-1" de sécurité sociale.
- DU d' Etudes Relatives à la Réparation Juridique du Dommage Corporel.
- Lorsqu'une expertise est diligentée, le médecin conseil du Service Médical de l'Assurance Maladie propose trois noms d'experts "L 141-1" au médecin traitant du patient en litige avec la Caisse d'Assurance Maladie.

## Les principaux motifs d'expertise L 141-1

Les contestations conduisant à la mise en œuvre de l'expertise L 141-1 concernent le risque maladie et le risque accident du travail - maladie professionnelle (AT-MP).

### Le risque maladie

- **Contestation d'un avis de fin de versement d'indemnités journalières (stabilisation) : l'état du patient n'est plus évolutif, il peut bénéficier d'un traitement au long cours mais l'arrêt de travail n'apporte plus rien en terme de soins.**
- **Contestation de refus d'exonération du ticket modérateur (ALD 30, pathologie "hors liste", poly pathologie invalidante) : les critères d'exonération selon les recommandations du Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale ne sont pas réunis.**

### Le risque AT-MP

- **Contestation de consolidation ou guérison : "la consolidation, selon l'article 93 de l'arrêté du 8 juin 1951 portant règlement intérieur des caisses primaires, est le moment où à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent sinon définitif tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechute et de révision possible".**
- **Contestation de refus de rechute : il n'y a pas de présomption d'imputabilité des lésions demandées au titre d'une rechute en AT-MP, la rechute est acceptée en AT si les lésions invoquées sont en lien unique direct et certain avec le traumatisme initial.**
- **Contestation de refus de lésion nouvelle : une lésion nouvelle est prise en charge au titre d'un AT-MP si elle est imputable à la lésion initiale (chronologie, mécanisme physiopathologique).**
- **Contestation de refus de soins post consolidation : les soins post consolidation sont pris en charge au titre d'un AT-MP s'ils sont imputables à cet AT-MP et médicalement justifiés.**
- **Contestation de refus d'imputabilité d'un malaise ou d'un décès**

### L'expertise "TASS"

**Une expertise L 141-1 peut être diligentée à la demande du Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale, avant dire droit.**

**La ou les questions sont posées par le magistrat qui constate en cours d'instance une difficulté d'ordre médical relative à l'état du malade.**

**Son déroulement est identique à celui de l'expertise L 141-1 "classique".**

Ses conclusions ne s'imposent pas au magistrat, il s'agit d'un avis technique destiné à l'éclairer.

### Le délai de contestation

Le délai de contestation d'une décision de la Caisse d'assurance maladie dépend du risque (maladie ou AT-MP).

Il court à partir de la date de réception par l'assuré de la notification de décision de refus (courrier en recommandé avec accusé de réception).

#### Le risque maladie

En risque maladie le délai de contestation est d'un mois.

#### Le risque AT

En risque AT-MP ce délai est de deux ans.

### La procédure d'expertise L 141-1

#### 1) Déclenchement

- Le patient conteste une décision médicale notifiée par sa Caisse d'assurance maladie :

par lettre recommandée avec accusé de réception,

en précisant clairement la nature de sa contestation,

en joignant à son courrier une copie de la notification contestée,

et en désignant le médecin traitant qui le représentera lors de l'expertise.

- En AT-MP, l'expertise L 141-1 est directement diligentée par le Service Médical de l'assurance maladie en cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil de la Caisse. C'est le cas lorsque le patient adresse à sa Caisse d'assurance maladie un certificat de prolongation d'arrêt de travail par son médecin traitant, après une notification de consolidation ou de guérison.

**- Dans tous les cas le médecin conseil du Service Médical de l'assurance maladie :**

**informe par courrier le patient et son médecin traitant qu'une expertise est diligentée,**

**demande au médecin traitant de choisir deux experts "L 141-1" et propose une liste de trois noms,**

**adresse au médecin traitant le protocole d'expertise comportant le résumé du litige, l'avis du médecin conseil et les questions qui seront posées à l'expert.**

**- Le médecin traitant :**

**choisit deux experts (le deuxième sera désigné en cas de carence du premier),**

**mentionne son avis et éventuellement celui du patient sur le protocole d'expertise avant de le renvoyer au médecin conseil.**

**- En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil pour le choix de l'expert ou de non réponse du médecin traitant dans le mois suivant le déclenchement de l'expertise, il est demandé au Directeur de la DDASS de procéder au choix l'expert sur sa propre liste.**

**- Après désignation de l'expert, le médecin conseil du Service Médical de l'assurance maladie adresse le dossier à l'expert. Ce dossier est composé par :**

**le protocole d'expertise comportant le résumé du litige, l'avis du patient, du médecin traitant et du médecin conseil et les questions posées à l'expert,**

**le courrier de contestation du patient ou le certificat de prolongation du médecin traitant,**

**toutes pièces qu'il jugera utile (comptes-rendus de consultation ou d'hospitalisation, résultats d'examens complémentaires, certificats et déclarations d'AT ou de MP).**

## **2) Mission de l'expert**

- Si l'expert accepte la mission il convoque le patient, son médecin traitant et le médecin conseil du Service Médical de l'assurance maladie dans les cinq jours suivant la réception de sa mission (art R 141-4 du Code de la Sécurité Sociale).
- Après l'examen du patient, du protocole d'expertise, des pièces du dossier et d'éventuels documents complémentaires fournis par les parties, il rédige son rapport et ses conclusions motivées.
- Il transmet ses conclusions dans les 48 h suivant l'expertise au médecin conseil ainsi qu'au médecin traitant pour le risque maladie et au patient en AT- MP.
- Il transmet son rapport d'expertise complet dans les 15 jours au médecin conseil du Service Médical de l'assurance maladie.
- L'expert peut se faire aider d'un avis sapiteur dans l'exercice de sa mission. Il signera cependant personnellement ses conclusions.

## **3) Notification de l'avis de l'expert**

- Les conclusions de l'expert sont notifiées à l'assuré par sa Caisse d'assurance maladie par lettre recommandée avec accusé de réception en cas d'expertise à l'initiative du patient ou de la Caisse.
- Les conclusions de l'expert en cas d'expertise à l'initiative du Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale ne s'imposent pas au tribunal. Elles constituent un simple avis technique.

### **Le respect du secret médical**

- Les conclusions de l'expert ne comportent pas d'éléments médicaux. Elles se limitent à la réponse aux questions posées (oui / non, avis favorable / défavorable) et seront transmises par le médecin conseil du Service Médical de l'assurance maladie aux services administratifs de la Caisse.
- Rapport d'expertise comporte des éléments couverts par le secret médical. Il sera transmis au médecin conseil qui l'adressera au médecin traitant en maladie et au patient en AT-MP.

- Pièces médicales sont à adresser au médecin conseil du Service Médical de l'assurance maladie.

### La rémunération de l'expert

- L'expert L 141-1 est rémunéré par la Caisse d'assurance maladie par l'intermédiaire d'une note d'honoraires (3.5 C pour un omnipraticien, 2 CS pour un spécialiste, 2 CNpsy pour un neuropsychiatre, 6 C pour un professeur des universités, un spécialiste d'un C.H.R. faisant partie d'un C.H.U., un praticien hospitalier affecté à une U.E.R.).

- Le médecin traitant assistant à l'expertise est rémunéré (1.5 C pour un omnipraticien, 1 CS pour un spécialiste, 1 CNpsy pour un neuropsychiatre, 3 C pour un professeur des universités, un spécialiste d'un C.H.R. faisant partie d'un C.H.U., un praticien hospitalier affecté à une U.E.R.).

- Cas particuliers :

des honoraires de carence de l'assuré sont prévues (ils correspondent au montant d'une consultation),

en cas de recours à un sapsiteur, celui-ci est rémunéré,

les examens complémentaires éventuellement demandés par l'expert peuvent être pris en charge après avis du médecin conseil.

## **L'évaluation de l'IPP en AT**

### **Fixation du taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) :**

- lors de l'évaluation des séquelles physiques ou psychiques d'un accident du travail (AT) ou d'une maladie professionnelle (MP),
- pour permettre de chiffrer l'indemnisation par la Caisse d'assurance maladie,
- l'IPP est un pourcentage compris entre 0 et 100 attribué à la victime par le médecin conseil du Service Médical de l'assurance maladie.

### **La fixation d'un taux d'IPP a lieu :**

- après la consolidation d'un AT ou d'une MP,
- après la consolidation d'une rechute d'AT ou de MP.

### **Mécanisme d'attribution d'un taux d'IPP :**

- convocation de la victime au Service Médical de l'assurance maladie pour examen par le médecin conseil,
- attribution d'un taux par application du barème indicatif d'invalidité accident du travail et maladies professionnelles (l'article L 434-2 du Code de la Sécurité Sociale dispose, dans son premier alinéa, que le taux d'IPP est déterminé compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité),
- rédaction d'un rapport d'IPP par le médecin conseil du Service Médical de l'assurance maladie (document médico-légal qui n'est pas la propriété exclusive de la Caisse et peut être transmis à la victime et produit devant les instances).

### Les spécificités de l'IPP en AT :

- prise en compte d'un déficit physiologique (limitation d'amplitude articulaire, amputation, déformations entraînant une gêne fonctionnelle),
- en tenant compte de facteurs associés au déficit physiologique (nature de l'infirmité, état général, âge, facultés physiques et mentales, aptitudes et qualifications professionnelles),
- et des capacités de travail (synthèse entre la réparation d'un préjudice corporel et la réparation d'un préjudice économique),
- un coefficient professionnel majorant le taux d'IPP peut être attribué.

### Le calcul du taux d'IPP :

- En cas de séquelles simples le taux d'IPP est attribué par application du barème pour les lésions imputables à l'AT ou la MP, éventuellement après expertise L 141-1, à l'exclusion d'un état antérieur indépendant.

- La Formule de Gabrielli est utilisée en cas d'AT aggravant un état antérieur ou de séquelles d'AT "aggravées par l'état antérieur" (exemple du monophthalme perdant son seul œil fonctionnel lors d'un AT). Cette formule tient compte de la capacité de gains de la victime avant l'AT :

$$\text{Taux d'IPP} = 100 - | (C1 - C2) / C1 |$$

C1 = capacité de gain avant l'accident ( = 100 - 1<sup>er</sup> taux d'IPP)

C2 = capacité de gain après l'accident ( = 100 - 2<sup>ème</sup> taux d'IPP)

|| = valeur absolue

- Formule de Balthazard est utilisée en cas d'infirmités multiples résultant d'un même AT. Elle utilise les taux partiels attribués pour chaque lésion. Ces taux partiels ne sont pas simplement additionnés mais rapportés à la capacité restante après application de chaque taux.

**Exemple :**

**IPP partielle n° 1 = 90 %**

**IPP partielle n° 2 = 33 %**

**IPP totale = 90% + 10 % de 33 % = 93 %**

**(la capacité restante après application du taux d'IPP n° 1 est de 100 - 90 = 10 %, le taux d'IPP n° 2 s'applique donc sur ces 10 %)**

**L'indemnisation des séquelles d'AT ou de MP après fixation du taux d'IPP se fait :**

- soit sous la forme d'un capital pour les taux d'IPP jusqu'à 10 %,
- soit sous la forme d'une rente pour les taux d'IPP > 10 %. La rente versée est calculée sur la moitié de la part d'IPP < à 50 % et une fois et demi de la part d'IPP > à 50 %.

**Exemple 1:**

**Taux d'IPP attribué = 60 %**

**la moitié de la part d'IPP < 50 = 25 %**

**une fois et demi de la part d'IPP > 50 % = 1.5 X 10 = 15 %**

**Pension attribuée = 25 + 15 = 40 %**

**Exemple 2 :**

**Taux d'IPP attribué = 30 %**

**la moitié de la part d'IPP < 50 = 15 %**

**Pension attribuée = 15 %**

- ne prend pas en compte les soins dans le calcul du taux d'IPP,
- le taux d'IPP attribué peut être révisé à la demande de la victime ou en cas de consolidation de rechute.

**Sources :**

- Barème indicatif d'invalidité. Accidents du travail. Maladies professionnelles et Livre IV du Code de la Sécurité sociale. Edition 1997.
- Code de la Sécurité Sociale. Code de la Mutualité. Ed. Dalloz 1999 (23<sup>ème</sup> édition).