

Conférence-débat à la Cour d'appel de Paris le jeudi 21 mars 2019

CNAM

Animée par

MM. Alexandre DAVID, Emmanuel PINO et Philippe PETIT

Propos introductifs de Philippe PETIT, médecin-conseil

Nous souhaitons vous remercier pour cette invitation qui nous permet d'échanger et de partager avec vous notre réflexion sur la mise en œuvre de la loi de modernisation de la justice du XXI^{ème} siècle.

Cette réforme restructure en profondeur le contentieux de la Sécurité Sociale qui intègre les juridictions de droit commun. Outre la disparition des tribunaux des affaires de sécurité sociale et du contentieux de l'incapacité, elle instaure une phase précontentieuse médicale obligatoire en créant la « CMRA¹ ».

La nature ayant horreur du vide, l'apparition d'une nouvelle instance génère de facto un nouveau sigle qui se banalise déjà dans les instances de la CNAM

Préalablement à cette réforme, cette commission médicale n'existait pas et nous la découvrons au gré de sa mise en place. Au département de la réparation, nous fondons de nombreux espoirs sur cette phase précontentieuse. Il convient de rappeler que le contentieux technique représente une volumétrie importante, puisqu'en 2018 il comptait 19 000 dossiers dont 15 000 pour les risques professionnels (maladies professionnelles et accidents du travail) et 4 000 pour l'invalidité.

La branche des risques professionnels qui assure la prévention, la réparation et la tarification, constitue une petite branche de l'assurance maladie et ce contentieux endémique pèse très lourd pour elle.

La problématique de ce contentieux demeure structurelle puisque chaque décision fait grief à l'une ou l'autre des parties : au salarié en cas de refus de prise en charge, à l'employeur en cas de reconnaissance du caractère professionnel puisqu'il en supporte le coût.

D'où cette prééminence importante des aspects contentieux liée aux décisions du risque professionnel. Cette phase précontentieuse que nous souhaitons vous présenter n'existait pas et nous la découvrons à l'inventant avec vous. Je donne la parole à mes deux collègues juristes pour aborder à la fois l'organisation et la procédure qui va se développer devant cette nouvelle instance.

¹ Commission Médicale de Recours Amiable

Intervention Emmanuel PINO, Chargé d'études en santé

Nous vous rappelons que depuis le 1^{er} janvier 2019 les juridictions sociales TASS et TCI ont disparu pour laisser place aux pôles sociaux. Le décret du 04 septembre 2018 a défini les TGI et les cours d'appel spécialement désignés.

La Cour d'appel d'Amiens a été dédiée au contentieux de la tarification, mais la CNITAAT sera maintenue jusqu'en 2020 pour absorber le stock des dossiers en souffrance. La volumétrie très importante des recours nécessitera probablement une prolongation de deux à trois ans mais à terme la CNITAAT est amenée à disparaître.

La grande nouveauté de cette réforme tient à la généralisation du recours préalable obligatoire qui en contentieux technique était jusqu'à présent facultatif. Toutefois, la commission de recours amiable, n'ayant aucune compétence médicale, ne pouvait s'assurer que de la régularité de la notification du taux fixé par le service médical.

Intervention Alexandre DAVID, Chargé d'études en santé

Cette réforme qui attribue aux tribunaux de grande instance les deux aspects, général et technique, du contentieux de la sécurité sociale maintient pour l'instant la distinction entre ces deux contentieux spécifiques, ainsi que l'échevinage et le principe de l'indépendance des relations caisse/employeur et caisse/salarié.

Je souhaite vous présenter la structure de cette conférence, à travers laquelle nous découvrirons, dans un premier temps, le champ matériel et territorial de la CMRA, puis nous évoquerons sa composition avec le médecin-conseil et les deux experts qui la forment ainsi que son secrétariat.

Nous évoquerons en dernier lieu la procédure qui a été mise en place par le décret. Lors de cette conférence-débat, nous laisserons le temps nécessaire aux questions de l'auditoire mais également aux nôtres pour avoir un retour à votre niveau. Cela nous permettra, j'en suis certain, d'avoir un échange intéressant.

Emmanuel PINO nous a rappelé qu'en matière de contentieux technique, la saisine de la Commission de Recours Amiable était jusque-là une faculté offerte au justiciable, en précisant que cette commission, émanation du Conseil d'Administration des caisses, ne disposait que d'une compétence exclusivement administrative ce qui n'est plus le cas de la CMRA.

Désormais, le préalable obligatoire à tout recours devant le TGI, est la saisine de cette commission en instaurant un « Recours Amiable Préalable Obligatoire », que l'on appelle également le RAPO. Tous les contentieux

en matière d'invalidité et les contestations relatives au taux d'incapacité permanente sont concernés.

Toutes ces dispositions se trouvent dans le décret, qui vise l'article R.142-8 du CSS lequel opère un renvoi aux contestations mentionnées aux 1-2 et 3^{ème} de l'article L.142-2 du même code.

Le secrétariat de la commission médicale va, dans un premier temps, s'assurer que la CMRA est l'autorité territorialement et matériellement compétente pour connaître le dossier et vérifier les voies de recours indiquées sur la décision contestée. Les dispositions de l'article L.10-3 du Code des Relations entre le Public et l'Administration (CRPA), oblige la CMRA à transmettre le recours à l'autorité qui est à même de le connaître.

Le secrétariat de la commission peut également constater une double compétence entre la CMRA et une autre autorité. Ce point sera développé ultérieurement, mais dans ce cas précis ce sont les dispositions du CRPA qui s'appliquent aux organismes de Sécurité Sociale.

Le secrétariat de la commission est situé dans les locaux du service médical. Il est assuré par les agents de la caisse primaire qui par le passé étaient mis à disposition des TASS et TCI Dans le cadre de cette réforme, ils ont eu la faculté de poursuivre le maintien de leur mise à disposition dans les TGI nouvellement désignés ou de retourner dans leur caisse « employeurs ».

Certains agents des caisses ont ainsi pu être affectés au service médical pour assurer le secrétariat de cette commission, à savoir : l'enregistrement des recours, l'organisation de la phase préparatoire de la séance, le respect de la phase contradictoire entre l'assuré et le médecin mandaté par l'employeur via la communication des rapports d'incapacité, le recueil des observations des requérants, la convocation des experts et éventuellement de l'assuré si la CMRA juge utile d'examiner l'assuré, la notification du rapport de la CMRA puis la notification aux intéressés de la décision qui en découlera.

Emmanuel PINO

Le ressort territorial de la CMRA est la région. C'est l'échelon régional du service du contrôle médical qui a été retenu ou à défaut l'échelon national. Il en va de même pour le régime agricole.

L'organisme national a la possibilité d'élargir la compétence territoriale d'une CMRA Ainsi, la CNAM a attribué à la CMRA de Provence-Alpes-Côte d'Azur la compétence territoriale pour tous les litiges relatifs au contentieux technique en Corse. De même, la CMRA d'Île-de-France sera compétente pour les départements ultra-marins.

L'organisation de cette commission appartient à la Direction Régionale du service médical. Au 1^{er} janvier, 12 CMRA ont été créées sur l'ensemble du territoire sous l'impulsion du directeur général de la CNAM. Certaines considérations pratiques ont dû être prises en compte pour la mise en place de ces CMRA.

Philippe PETIT

La CMRA regroupe trois instances :

- une commission médicale
- un médecin-conseil
- deux médecins experts qui peuvent suivant les dispositions du décret, figurer sur la liste des « experts spécialisés en matière de sécurité sociale » mais également sur celle « de médecine légale du vivant, des dommages corporels et de traumatologie séquellaire ». Les experts peuvent être désignés parmi ces deux types de listes, mais on ne peut pas aller au-delà de ce qui est strictement réglementé par les textes.

La commission fonctionne à trois de la manière évoquée à l'instant. Composée d'un médecin-conseil et de deux médecins experts, il existe une prépondérance des médecins experts au sein de cette commission. Toutefois l'assurance maladie qui gère et met en place la CMRA est représentée par le médecin-conseil qui siège au sein de cette commission. L'article R.142-8-1 du code de la sécurité sociale ne permet pas au médecin-conseil auteur de la décision contestée de siéger au sein de cette commission, de même que le médecin qui aurait soigné la victime.

Pour pallier ces risques d'incompatibilité, plusieurs listes d'experts ont été proposées afin de fluidifier la tenue des commissions et assurer un roulement suffisant des médecins qui les composent. Certaines problématiques perdurent, notamment en termes de ressources pour trouver des experts en la matière.

C'est l'arrêté du 26 décembre 2018 qui a fixé les honoraires et les indemnités dus aux experts qui vont siéger au sein de la CMRA Le tarif de la consultation est affecté du coefficient 1,100 ce qui revient à une indemnité de 34,50 euros par dossier auquel s'applique un écrêtement (contrairement au CRRMP où il n'y a pas d'écrêtement).

Question :

Comment le justiciable peut-il avoir connaissance de la composition de la commission médicale et comment peut-il faire valoir que le médecin retenu l'a soigné et qu'il doit être remplacé ?

Réponse Philippe PETIT :

Il appartient à l'expert concerné de s'abstenir au même titre que les juges. Normalement, l'expert devrait savoir qu'il a été amené à soigner le requérant. Comme l'évoque Alexandre DAVID, il conviendra de vérifier les dossiers lors de la constitution de la commission et de ne pas soumettre aux praticiens les dossiers dans lesquels ils sont intervenus. Il demeure toujours possible de le découvrir en séance, dans ce cas il appartient à l'expert qui le constate de s'abstenir.

En cas de défaillance, la composition sera connue dans la délibération et le requérant aura toujours, a posteriori, la faculté de faire valoir cette incompatibilité.

Question :

En peut-on pas utiliser les règles du code de procédure civile ?

Réponse de Philippe PETIT :

Attention, il n'est pas question d'appliquer des règles de procédure civile, à partir du moment où l'expert aura connaissance d'une liste de dossiers qu'il ne doit pas connaître, le cas ne devrait pas se poser.

Nous souhaitons que cette phase précontentieuse soit utile et efficace, donc tout sera fait pour anticiper ce genre de situation. Il est possible d'y être confronté par méconnaissance, mais tout sera anticipé pour que la phase amiable ne soit pas entachée de nullité pour des questions de forme.

Question :

En cas de nullité, le dossier peut-il être présenté à une autre CMRA ?

Réponse Philippe PETIT :

Non, je ne pense pas, il n'y a pas de passage devant une autre CMRA. En cas de nullité le dossier suivra la procédure contentieuse.

Intervenant salle :

Je pense que c'est l'efficacité de la phase précontentieuse. De toute façon, la sanction par défaut est que l'absence de décision vaut rejet et accès à la phase contentieuse proprement dite. In fine, la résolution du litige est le procès. La phase précontentieuse a pour objet de vider le litige en amont du procès. Donc on fera le constat dans ces situations-là que la phase précontentieuse n'a pas eu d'effet.

Réponse Philippe PETIT :

Pour revenir au fonctionnement de la commission médicale, l'arrêté du 28 décembre 2018³ précise qu'elle doit se réunir au moins une fois par mois et statuer à la majorité simple de ses membres. Les trois médecins doivent être présents pour que la séance puisse valablement se tenir. Le procès-verbal de chaque séance doit être établi et la décision notifiée.

Les CMRA peuvent recevoir des contestations qui relèvent de la compétence des CRA. La CNAM a donné des instructions précises. La CMRA devra transmettre la contestation à la CRA compétente, laquelle accusera réception de cette contestation et en informera le requérant. Il en va de même lorsque la CMRA constate qu'une contestation comporte une partie administrative et une partie médicale, la partie administrative sera transmise à la CMRA pour qu'il y ait un traitement conjoint de la contestation.

Ce problème avait été soulevé lors des ateliers de travail qui ont été menés, cela va être par la suite délicat, sachant que chaque commission répond à des règles bien spécifiques et que l'on ne pourra malheureusement pas unifier la décision qui sera prise.

- La partie administrative de la contestation sera régie selon les règles qui sont du ressort de la CRA classique : au bout de deux mois, en l'absence de décision rendue, le requérant pourra saisir la juridiction compétente.
- La partie médicale de la contestation sera soumise à la CMRA et la règle des quatre mois s'appliquera.

La contestation qui, au départ va arriver en un seul et même tenant, va être divisée entre chaque commission et chacune va suivre sa propre voie de recours. En arrivant devant la juridiction, il appartiendra à cette dernière de déterminer s'il existe des éléments connexes qui nécessitent une jonction de ces recours, en général on aura un aspect médical et un aspect administratif, il y aura cet aspect dans l'unité de la décision qui pourra être rendue.

Ensuite, se présente le cas dans lequel nous avons une expertise L.141.1 du CSS qui continue à suivre le régime classique de l'expertise. De la même façon, la CMRA devra transmettre le dossier au service du contrôle médical pour qu'il puisse déclencher cette fameuse expertise en bonne et due forme, qui suivra les voies de recours classiques.

Voilà donc l'articulation des différentes procédures qui n'est pas forcément évidente, notamment en termes de lisibilité parce que l'un des enjeux de cette réforme était d'apporter une meilleure lisibilité des procédures pour les assurés. Comme vous avez pu le constater si la phase

³ JO n° 0302 du 30 décembre 2018

contentieuse a été unifiée, la phase précontentieuse est plus complexe et l'apport de la nouvelle commission ne permet pas une véritable lisibilité contrairement à ce qui a été mené pour la phase contentieuse.

Question de la salle :

Vous avez parlé de quatre mois. De quoi s'agit-il ?

Réponse CNAM :

Oui, il s'agit de la décision implicite de la CMRA qui, dès lors qu'elle est saisie, a quatre mois pour rendre sa décision, compte tenu de la phase contradictoire. Au bout de quatre mois si le requérant n'a pas reçu de notification de décision de la CMRA, il peut se prévaloir d'une décision implicite de rejet. Le texte précise : « *l'expiration du délai de quatre mois VAUT rejet* ». Il peut alors saisir la juridiction sur le volet CMRA.

Pour la CRA, le délai est passé de un à deux mois. En l'absence de décision au terme du délai de deux mois, le requérant pourra saisir la juridiction sur le volet administratif.

Question de la salle :

Peut-on saisir la CMRA d'une autre région ?

Réponse de la CNAM :

Non : effectivement c'est du ressort géographique de la Caisse qui a pris la décision. On ne peut pas sortir de ce périmètre-là.

Question de la salle :

Quels seront les critères pour que l'expertise ait lieu ?

Réponse de la CNAM :

Ce n'est pas prédéfini. On peut imaginer que dans les dossiers complexes on aura besoin de procéder à un nouvel examen, mais ce n'est pas la règle a priori, et ce sera tributaire de la qualité des dossiers, des observations et des rapports. En interne, nous faisons un gros travail pour avoir des examens de qualité et des dossiers correctement documentés. L'examen ne sera pas systématique parce que cela nous engagerait dans une procédure très lourde qui paralyserait la CMRA et empêcherait son fonctionnement. À l'inverse, le texte permet d'y recourir lorsque c'est pertinent.

Question de la salle :

Lorsque ce n'est pas obligatoire préalablement à la phase judiciaire, on peut se trouver avec des dossiers dans lesquels l'assuré n'a jamais été examiné par un expert ?

Réponse Philippe PETIT :

On verra à l'usage, nous fondons de grands espoirs dans cette phase précontentieuse pour plusieurs raisons. Ce qui préexistait avait aussi beaucoup d'inconvénients et de défauts que vous connaissez.

Question d'un assesseur :

J'ai eu l'occasion de siéger et de participer à des arbitrages de ce type. Ensuite, on a eu toute la phase où le médecin-conseil était absent, et cela a posé des difficultés dans de nombreux dossiers; et quand il était présent, il était tenu au secret médical, pas libre de s'exprimer et de débattre du dossier aisément, et ses relations avec l'expert du TCI étaient parfois compliquées.

Je suis d'un optimisme mesuré en toutes choses, et je me dis que cette phase précontentieuse est intéressante dans la mesure où on instaure une phase qui est dédiée aux aspects médicaux. On prévoit une participation effective du médecin-conseil, mais le médecin-conseil est en minorité dans cette instance, d'abord ce n'est pas celui qui a traité le dossier, et de toute façon il est en minorité pour apporter des arguments qui ont été utilisés pour fixer le taux, face à deux experts objectifs et indépendants. Je pourrais parier que dans beaucoup de cas, on aura un service utile sans avoir besoin de recourir à la phase contentieuse. Après, ce que vous dites est *entendable*, mais si un recours est porté devant la juridiction et que la personne n'a jamais été examinée, il faudra probablement procéder à une expertise. Mais peut-être aussi que la CMRA évoluera dans son fonctionnement. Si on fait le constat qu'elle traite tous les dossiers sur pièces, et que, du coup, l'expertise en deuxième intention est quasiment systématique, cela posera un problème. Encore faut-il la faire fonctionner, pour en apprécier les limites et les défauts.

Question d'un président de pôle social :

J'ai une question très basique. Je rebondis sur ce que vous dites parce que le problème, on le voit, on va le sentir très vite. Si la CMRA n'examine pas systématiquement pour statuer sur ses taux, les recours vont affluer au moment où cela va se plaider, et ils auront tout à fait raison. Ils n'ont même pas examiné mon client, je n'ai même pas été vu par des médecins, cela s'est fait sur dossier et qu'est-ce que l'on va devoir faire, comme à l'audience on sera encore plus démunis qu'actuellement pour avoir des experts. Il y aura d'autres problèmes de financement qui devront être réglés, mais on va effectivement vers le scénario catastrophe dont vous avez conscience. C'est pour cela que je pense que si la CMRA veut réellement réussir sa mission, il faudrait peut-être que vous ayez les moyens nécessaires, mais cela je m'abaisse à nouveau à ce point-là, pour que les patients, que les justiciables – moi je vois cela de mon côté – soient

systématiquement examinés, qu'ils aient une réponse qui leur soit intelligible en termes très basiques, à savoir : ils ont été vus, ils ont fait l'objet d'un examen clinique. Parce que, sinon effectivement, ce seront des expertises systématiques en phase contentieuse. Et, loin de réduire la saisine du contentieux, on risque d'assister, il suffira qu'il y en ait un qui dise « moi ils m'ont examiné » pour que tous les autres partent ainsi, débarquent devant la salle d'audience en disant : moi ils ne m'ont même pas examiné. Et là, je pense que nous aurons *raté* l'un des objectifs de la réforme. Parce que l'institution de la CMRA c'est un progrès, le rendre obligatoire, c'est parfait. Encore faut-il que l'on parte sur une base extrêmement claire, systématique. Sinon on va voir arriver aux audiences, « ils ne m'ont même pas examiné ». Vous comprenez ce n'est pas normal. Nous, magistrat professionnel et assesseurs, qu'est-ce qu'on fait ? On a encore moins de compétence qu'une commission médicale et on va se tourner vers les experts et tous ces dossiers vont leur être soumis car ils ne pourront pas être examinés sur place comme cela se faisait au TCI.

Dans les TCI tout était très bien organisé. À Créteil il faut que je demande à mon directeur de greffe si un jour on aura une salle d'examen médical. Tout le monde m'a ri au nez, c'est légitime. Vous avez trois pôles à Créteil, on ne va pas avoir un cabinet médical dans ces conditions. Vous avez une bonne analyse mais je pense qu'il faudrait que la CMRA démarre effectivement dans cette perspective d'un examen clinique systématique sinon, nous derrière, on ne va pas suivre.

Là, si ce n'est pas systématique, je me dis cela ne va pas forcément marcher. Et au contraire ce seront des recours systématiques. Si ce n'était jamais le cas, ok. Pour moi rien à dire. Mais si vous le faites à discrétion et de manière arbitraire. C'est un terme juridique quand je parle d'arbitraire, c'est-à-dire non motivé. Si c'est fait de manière arbitraire, la réaction de ceux qui n'auront pas eu la chance d'avoir un examen médical, ça va être de dire : cela n'a pas marché, ils ne m'ont même pas entendu. Et Dieu sait que l'on entend ce discours. Donc là j'ai l'impression d'avoir un effet d'amplification si les examens cliniques – alors c'est la condition idéale c'est en phase avant le contentieux. Il y a un médecin conseil et deux experts et de toute façon pour les expertises, on va s'adresser aux médecins inscrits sur les listes des cours d'appel. Donc, c'est dans ce vivier là que l'on compose la CMRA Vraiment, peut-être que dans six mois je dirai l'inverse, mais aujourd'hui je sens qu'il y a un danger dans cet examen clinique arbitraire, au sens juridique qu'il faut donner à arbitraire.

Une présidente de pôle social :

D'autant plus que j'ai cru comprendre que certaines commissions ont déjà décidé parce qu'elles savent qu'elles auront des difficultés pour

composer leur commission, de ne pas convoquer les assurés et de faire un examen quasi systématique, non pas pour des raisons médicales mais pour des raisons purement matérielles. J'entends ce que vous dites quand vous dites qu'on appréciera en fonction de la complexité du dossier. J'ose espérer qu'il n'y aura pas non plus comme autre critère de choix celui qui résulte de la difficulté de composer ces commissions parce je sais que les CPAM, comme d'ailleurs nous, auront la même difficulté, celle de trouver des experts inscrits sur ces listes, parce qu'ils sont déjà peu nombreux et en plus ils sont mal payés.

Réponse de Philippe PETIT :

Alors en retour et sans langue de bois parce que si l'on vient devant vous c'est aussi pour échanger et discuter. Il faut éviter que la problématique des moyens conditionne l'efficacité de l'instance, on est bien d'accord. Pour autant les moyens c'est une réalité donc moi, je m'associe à votre souhait qu'il faudrait que nous ayons les moyens sauf qu'on ne les a pas et il faudra bien faire avec les moyens dont nous disposons. Du coup le systématisme n'est pas à l'ordre du jour. Moi ce que je peux vous dire en réponse à ce que vous venez d'exprimer, c'est que nous on va s'en faire écho en venant aujourd'hui parler de ça avec vous. Que vous nous disiez déjà, a priori, que si les requérants ne sont pas examinés systématiquement c'est un problème. On va le faire savoir, c'est la position que vous avez et vous avez une parfaite connaissance de ces contentieux et des difficultés que cela peut causer pour autant moi je n'ai pas un pouvoir d'arbitrage qui permette de vous dire « oui vous avez raison c'est nettement mieux, on va le faire ». Parce que je sais que de toute façon on n'a pas les moyens et que le systématisme n'est pas à l'ordre du jour. Faites-moi crédit du fait que l'on s'en fera l'écho. Je partage d'ailleurs dans une certaine mesure ce qui a été dit. Je pense que dans beaucoup de dossiers un réexamen ne s'impose pas. Mais que s'il n'y a jamais de réexamen, ça va poser problème donc on est d'accord. Par ailleurs, si nous voulons que la phase précontentieuse ait un effet réel sur la volumétrie du contentieux technique, il faut qu'à un moment il y ait un examen de la victime. Si elle ne se fait pas en CMRA, elle se fera devant la juridiction. Donc moi, j'entends tout cela, c'est d'ailleurs largement du bon sens, on s'en fera écho.

J'ajoute également un autre problème qui peut se poser toujours dans le même ordre d'idées, puisque le rejet implicite est de quatre mois. Cela paraît long comme ça mais c'est très court. Quand on voit les difficultés que les CRRMP ont à respecter les délais.

Intervention CNAM :

Il existe une jurisprudence récente sur le sujet et de toute façon nous n'allons pas faire un long développement sur le CRRMP mais effectivement

vous avez raison il y a des analogies surtout que c'est une structure à trois médecins.

La reconnaissance des maladies professionnelles fait l'objet d'une réforme en profondeur, en particulier pour les « délais » et dans la mise en œuvre de cette réforme le CRRMP aura un délai propre, en contrepartie duquel il n'y aura plus la possibilité de décider de rejets conservatoires qui étaient devenus la règle et vont disparaître de fait la Cour de cassation a d'ailleurs sanctionné cette pratique dans un arrêt du 20 décembre 2018.

Question de la salle :

Sur les incompatibilités d'experts, j'ai bien compris l'incompatibilité entre l'expert qui siège à la CMRA et le médecin de l'assuré. Je pense que l'on n'aura pas énormément d'experts et que se passera-t-il si le pôle social désigne un expert qui a siégé à la CMRA ?

Réponse CNAM :

Il peut refuser la mission. Dès l'instant où un expert est intervenu à un stade de la procédure, soit il signale de lui-même le déport, soit un avocat n'hésitera pas à le plaider.

Question de la salle :

J'ai eu le cas dans un de mes dossiers. On m'a dit « cet expert que vous avez désigné a déjà *trempé* dans ce dossier ». Il s'est avéré que c'était faux et si d'aventure personne ne s'en aperçoit jusqu'au jugement, parce que j'ai eu le cas encore récemment où après plus de huit mois de procédure, l'avocat au moment de plaider me dit « l'expert que vous avez désigné, qui a rempli ce rapport avait déjà examiné la personne ». Alors forcément le rapport lui était favorable. Je suis coincée donc je vais effectivement prononcer la nullité du rapport. Et je lui dis « vous auriez pu me le dire dès le départ puisque vous le saviez » parce qu'il me l'a confirmé donc ça c'est un problème classique de nullité d'une procédure ou de rapport.

Il faut aussi mieux les rémunérer, on aura plus de candidats et on pourra élargir les listes. Parce qu'effectivement je crois peut-être qu'il y a un problème ce n'est pas de votre ressort mais du ressort de la justice, d'élargir la liste des experts inscrits sur la liste de la sécurité sociale. Parce que rien que pour Paris, c'est quand même toute l'Île-de-France, il y a très peu d'experts sur cette liste. Ça pose un réel problème. Je pense quand même qu'il y a des praticiens mais peut-être que les honoraires ne sont pas vraiment alléchants.

Réponse CNAM :

Petit signal d'espoir par rapport à cette démographie qui pose problème : la responsable du diplôme d'enseignement de médecine légale

à la faculté de médecine d'Amiens m'a récemment indiqué qu'elle envisageait de développer un master 2 sur ces sujets-là. Donc il n'est pas exclu, dès lors que des instances les sollicitent, de voir une spécialisation des experts dans ces domaines. Je pense qu'il n'y aura pas trop de difficultés à trouver des candidats.

Question de la salle :

À l'inverse, pour les experts inscrits sur la liste de la sécurité sociale, il y aurait des efforts à faire pour former des médecins.

S'il est aisé de trouver des experts spécialisés dans les préjudices corporels en droit commun et au pénal, cela devient plus compliqué pour les experts spécialisés en matière de sécurité sociale. Il convient de préciser que les magistrats fixent le montant de la consignation pour les expertises de droit commun, alors que les expertises médicales techniques sont soumises au barème des cotations qui s'élèvent à 105 euros. Après déduction des charges, il ne reste à l'expert que dix euros pour la consultation de dossiers parfois très épais. Il est impossible d'avoir recours à un médecin compétent pour procéder à une expertise technique et de ne le payer que 105 euros.

Intervention d'Alexandre DAVID :

S'il n'y a pas d'autres questions, je vous propose de poursuivre sur la procédure en elle-même.

Le décret, codifié à l'article R.142-8 du CSS, dispose que l'assuré ou l'employeur doit saisir la commission par tous les moyens conférant date certaine dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision qu'il souhaite contester. La notification de la décision doit indiquer les délais et voies de recours. Le code des relations entre le public et l'administration vise également cette notion d'accusé de réception et la CMRA doit accuser réception du recours sans délai.

Le requérant se voit délivrer un accusé de réception de sa contestation par la commission.

Nous pouvons maintenant évoquer les circuits de transmission d'informations entre la commission et le médecin-conseil. Petit rappel préalable, l'avis de ce dernier s'impose évidemment à l'organisme.

Première étape : la CMRA adresse au médecin-conseil auteur de la décision qui est contestée une copie du recours. Le médecin-conseil dispose alors d'un délai de dix jours pour faire connaître à la commission sous pli confidentiel et par tous moyens, conférant date certaine, l'intégralité du rapport (visée à l'article L.142-6) ainsi que l'avis qu'il a transmis. Notions qui existaient auparavant devant le TCI.

Maintenant sur la communication du rapport dans les recours employeurs, ces derniers eux-mêmes ne peuvent pas connaître du contenu du rapport pour des raisons de préservation du secret médical bien évidemment mais ils peuvent désigner un médecin. Il appartiendra à ce dernier de porter cette information à la connaissance de la commission. La CMRA n'a pas à vérifier si l'employeur souhaite ou non désigner un médecin mandaté pour connaître le rapport et l'employeur ne pourra pas aller devant la commission pour avoir connaissance du rapport.

Seconde étape : Il y a une phase contradictoire. Le salarié ou le médecin-conseil de l'employeur auront 20 jours pour faire valoir leurs observations à la commission. Ce qui explique en partie la nécessité d'un délai de quatre mois pour éviter tout rejet implicite par la commission.

Le requérant peut également faire valoir ses observations en termes de procédure par tous moyens conférant date certaine à la commission. Il y a une volonté de préserver à la fois le secret médical et le respect du principe du contradictoire permettant d'adresser des observations en amont de l'examen du dossier par la commission médicale. Les observations seront prises en compte au moment de sa décision.

Question de la salle :

Lorsque le médecin-conseil à l'origine de la décision rendue a transmis ses observations et le rapport, ces pièces-là sont-elles communiquées directement à l'assuré ?

Réponse de la CNAM :

Durant la première phase le médecin-conseil, auteur de la décision contestée, communique les pièces au secrétariat de la commission. Durant la deuxième phase le secrétariat transmet les pièces au médecin mandaté par l'employeur.

Question de la salle :

On n'exige pas de l'assuré qu'il communique le nom d'un médecin traitant à qui on envoie les pièces. Ne fait-on pas de distinction selon la nature du litige ?

Réponse de la CNAM :

Non parce que le secret médical n'est pas opposable à la personne elle-même.

Question de la salle :

Ce qui m'avait été expliqué à la CPAM hors contentieux, c'est : quand la caisse rend une décision selon la nature de cette dernière. Si cela a trait

à des maladies professionnelles ou à un autre sujet, selon les cas, soit on transmet le rapport directement à l'assuré, soit on transmet au médecin traitant de l'assuré. Dans la juridiction, cela nous a posé énormément de problèmes parce que justement, dans ces dossiers, les rapports sont transmis au médecin traitant et pas à l'assuré

Réponse de la CNAM :

Oui, et il me semble que cette façon de faire n'est plus conforme. Depuis la loi du 4 mars 2002, chaque fois que l'assuré est concerné, on s'adresse à lui.

En tout cas pour moi, chaque fois que l'assuré est partie à l'affaire, on s'adresse à lui. Quand on est dans un contentieux assuré-employeur, l'assuré est un tiers et le secret médical est opposable parce qu'il s'agit de protéger la victime.

Le procédé mis en place vise le respect des droits de la défense tout en respectant le secret médical. Il convient d'avoir un intermédiaire, le médecin désigné par l'employeur, qui sera lui-même tenu au secret médical. Mais la victime, non, on traite en direct.

Le rapport de la CMRA est rédigé en séance par les membres de la commission médicale qui vont conclure leur analyse et leurs constatations et émettre leur avis sur le dossier qu'ils vont examiner.

La décision devra être motivée. Elle sera ensuite notifiée au requérant à l'origine de la contestation (soit l'assuré, soit l'employeur). Le texte prévoit également qu'à leur demande la victime et l'employeur peuvent obtenir le rapport qui sera rédigé par la CMRA.

Dès lors, s'ils souhaitent contester cette décision devant la CMRA, il y a encore ce délai de deux mois *classiques* devant le pôle social du TGI.

Je vous rappelle qu'au niveau du délai de recours, il y a une distinction entre les recours administratifs et les recours de nature médicale. Lorsqu'il s'agit d'un recours de nature médicale, effectivement on va interroger la caisse. On va adresser un avis de recours à la caisse pour qu'elle puisse transmettre ses observations dans un délai de 20 jours aux autres parties afin de pouvoir déterminer à notre niveau s'il y a lieu ou non de mettre en place une mesure d'instruction sur le sujet que vous avez évoqué tout à l'heure. Et ensuite dans le cadre de cette mesure d'instruction, si jamais ils n'ont pas reçu le rapport au préalable ils pourront effectivement le solliciter à nouveau pour qu'il leur soit transmis ainsi qu'à l'expert qui sera désigné par la juridiction.

Nous allons aborder la question des dispositions transitoires. C'est un sujet sur lequel vous souhaitez échanger par rapport à la position qui a été retenue.

À la lecture des dispositions du décret du 29 octobre 2018, qui vise d'une part le transfert du stock, l'ensemble du stock des dossiers qui étaient pris en compte dans les juridictions TASS et TCI est transféré aux nouvelles juridictions.

Pour le TCI, la juridiction qui est dans le siège du TGI se voit attribuer tout le stock. Donc effectivement le TGI du siège du TCI va avoir un stock important de recours de contentieux techniques à gérer. Pour accompagner cette opération de transfert il appartenait au secrétariat de l'ancienne juridiction d'informer les requérants sur la transmission de leurs dossiers à la nouvelle juridiction.

La question porte notamment sur la question de la mise en place de la CMRA, à compter de quand et sur quel type dossier, elle peut être amenée à statuer. Le texte prévoit que ce sont les décisions émises à compter du 1^{er} janvier 2019 qui font l'objet d'un recours préalable obligatoire devant la commission médicale de recours amiable.

Effectivement, nous au niveau national, sur la mise en place notamment de bibliothèque courrier, ce sont toutes les décisions qui sont notifiées à compter du 1^{er} janvier sur lesquelles apparaît la fameuse voie de recours CMRA. Et on a donc annoté la lecture du texte concernant cette application.

La difficulté c'est qu'ici ou là on a des échos de juridictions qui souhaiteraient que la CMRA puisse statuer en amont avant de pouvoir traiter le dossier. Notre position, c'est de dire que c'est uniquement pour les décisions postérieures au 1^{er} janvier 2019 qui sont contestées. Ce sont les voies de recours qui sont justifiées à cette date-là.

Question de la salle :

Dans le recours employeur, je suis un peu surpris parce que la CMRA me dit qu'ils ont avisé l'assuré, que l'employeur avait adressé un recours ce qui n'était pas du tout le cas avant. Est-ce que c'est une décision législative ? Ce n'était pas du tout le cas pour une raison bien précise, il y avait une indépendance absolue des rapports caisse-employeur et caisse-assuré.

Réponse de la CNAM :

C'est effectivement prévu dans les textes que l'assuré soit informé.

Question de la salle

Les CMRA vont-elles pouvoir traiter des questions d'imputabilité qui auparavant relevaient du droit du contentieux général ? Les médecins et notamment les médecins experts sont quotidiennement rompus à évoquer l'imputabilité.

Réponse de la CNAM :

Nous ne sommes pas dans le champ des compétences matérielles qui ont été évoquées précédemment. On ne remettra pas en cause l'imputabilité des lésions au stade des révélations des séquelles, si ça n'a pas été fait dans l'instruction du dossier.

Concrètement sur la mise en place des 12 CMRA Elles vont être en capacité de siéger à partir du mois d'avril. La CMRA des Hauts-de-France et la CMRA d'Île-de-France ont eu une première séance la semaine dernière. Comme nous l'avons évoqué tout au long de cette matinée, donc il existe déjà une problématique de recrutement des experts pour commencer.

Certaines régions auront peu d'experts disponibles et seront au problème de rémunération. Il existe également une problématique de ressources humaines pour les personnels des caisses et leur éventuel retour en caisse. Les agents qui travaillaient dans les TASS et TCI disposent d'un délai pour prendre une décision relative au maintien de leur mise à disposition au sein du ministère de la justice ou à leur retour en caisse. Cela pose des questions en termes d'organisation car un calage des circuits est nécessaire entre la CMRA et les différentes caisses et services médicaux.

Ces différents aspects expliquent qu'il y ait un délai pour la mise en place effective des CMRA Normalement en avril, un certain nombre de CMRA seront en capacité de siéger et de rendre leurs premières décisions.

Question de la salle :

Combien y avait-il de dossiers devant la commission qui a siégé ? Combien ont-été traités ?

Réponse de la CNAM :

Je crois qu'il y avait une quinzaine de dossiers. Il y aura entre 15 et 20 par séance au-delà cela va être difficile.

Question de la salle :

Juste pour être certain d'avoir bien saisi, lorsque la CMRA traite 20 dossiers dans la matinée, chaque expert est rémunéré 34,50 euros par dossier.

Réponse de la CNAM :

Oui c'est cela, par dossier. Chaque expert est rémunéré par dossier.

Question de la salle :

Qui rédige ce rapport médical qui a toute son importance ?

Réponse de la CNAM :

Au sein de la commission, déjà le médecin-conseil qui va présenter le dossier à la commission, c'est le secrétariat qui va gérer en aval.

Question de la salle :

Le secrétariat ou parfois les agents qui arrivent des TCI qui ont des compétences médicales.

Réponse de la CNAM :

Normalement ce sont des agents de caisse au niveau du secrétariat. Il s'agit d'un personnel administratif CPAM qui est détaché et mis à disposition sous la responsabilité du médecin conseil. Ils sont évidemment formés au secret médical.

Question de la salle :

Est-ce que le rapport doit être signé par les trois médecins ?

Réponse de la CNAM :

Oui. La décision prise à la majorité doit nécessairement être motivée.

Question de la salle :

Si le médecin membre de la CMRA estime qu'en fonction des documents médicaux disponibles dans le dossier le taux est assez bas, quelle est la décision rendue par la CMRA ?

Réponse de la CNAM :

Zéro, on évalue déjà, peut-on réduire ? Tout dépend.

Question de la salle :

Il y a inopposabilité ?

Intervention de la salle :

La CMRA se prononce sur un taux, est-ce que l'absence de possibilité d'évaluation du taux c'est zéro ?

Réponse de la CNAM :

L'absence de possibilité d'évaluer les taux, par construction c'est déjà un problème puisque l'on est face à un taux qui est contesté. Donc il a été évalué, notifié puis contesté. Et l'absence d'évaluation, cela voudrait dire que l'état est évolutif.

Question de la salle :

Pas forcément : de nombreuses juridictions rendent des décisions à 0% pour taux non évaluable.

Intervention de la CNAM :

Cela veut dire qu'au regard du barème de l'indemnisation, ça vaut zéro. Donc c'est plutôt considérer que les séquelles ont une valeur de zéro, donc séquelles non indemnisables, en tout cas non valorisable, que de

dire taux non évaluable. Pour moi taux non évaluable ça veut dire activité à statuer, or on est devant un taux qui a été évalué. Il y a quelque chose qui est par construction impossible. D'ailleurs la CMRA, elle, se prononcera sur le maintien.

Question de la salle :

Il suffit de se reporter juridiquement à la CNITAAT qui rend des décisions à zéro pour cent.

Intervention :

Après, ce que je dirai c'est comme disait Jean-Pierre GOUTTE à l'instant, c'est déjà d'évaluer le taux à zéro et la conséquence c'est l'inopposabilité qui en découle ensuite pour l'employeur. Mais si elle est placée totalement dans l'impossibilité de statuer, c'est qu'il y a un problème. Parce qu'on a déjà un ordre d'idée initialement, le médecin-conseil s'est déjà prononcé.

Question de la salle :

Concernant les motivations des rapports qui seront rédigés par la commission, est-ce qu'une réflexion a été engagée sur la rédaction elle-même de la motivation ? Il y a des motivations, où les assurés ne comprennent rien.

Notamment je fais souvent référence à la population pour laquelle les conditions de recours administratif ne sont pas remplies. L'absence de motivation détaillée précise fait que des gens nous saisissent pour défaut de compréhension. Le problème est souvent soulevé à l'audience, les personnes ne comprennent pas la motivation parce qu'elle est succincte. Est-ce qu'une vraie réflexion a été engagée sur la rédaction de cette motivation ? Est-ce qu'elle va faire deux lignes ou aura-t-elle du contenu, du corps ?

Réponse de la CNAM :

Oui. Il existe une trame qui a été proposée et soumise aux juristes de la direction des risques professionnels pour qu'ils se prononcent dessus. Il est prévu de rendre un avis à la fois descriptif et motivé, pas laconique.

Pour revenir à ce que vous disiez tout à l'heure, parce que je continue à y réfléchir, dans un contentieux employeur, pour moi la CMRA pourra dire que cela vaut zéro vis-à-vis de l'employeur, comme cela se passait avant en TCI et en CNITAAT. Peut-être d'ailleurs en tenant compte d'arguments au regard de l'imputabilité, mais sans la remettre en cause formellement. C'est-à-dire qu'on ne reviendra pas sur le périmètre des lésions, mais on dira que le taux pour l'employeur ça vaut zéro, à cause d'un certain nombre d'arguments, dont le fait que, par exemple, il y a un état associé qui a été pris en compte par l'indemnisation et qui n'aurait pas dû l'être.

Question de la salle :

Est-ce que vous allez inviter les assurés à donner des éléments sur l'incidence professionnelle parce vous notifiez le rapport médical, mais comment l'assuré sait-il qu'il doit faire part de l'incidence professionnelle devant la CMRA ?

Réponse de la CNAM :

Ce sont des éléments qui vont être portés à la connaissance de la commission initialement par le requérant. Il peut demander d'apporter des éléments pour que l'incidence professionnelle soit connue. Ces éléments sont portés à la connaissance de la CMRA qui va les prendre en compte dans sa décision.

Question de la salle :

Est-ce que justement l'asymétrie de votre moyen de connaissance du contexte professionnel ne pose pas de problème pour l'appréciation du taux professionnel par des membres de la commission ayant une expérience variable à cet égard ?

Réponse de la CNAM :

Effectivement, il y a un médecin au sein de ces commissions qui est plus à même que les autres de connaître le sujet et qui a plus l'habitude du taux professionnel à connaître. Au final, la CNAM ne diffuse pas de consignes propres au taux professionnel, sur ce qu'il faut pour attribuer ou pas au taux professionnel. On n'a pas donné de consignes aux CMRA à ce sujet. Simplement il faut savoir que la problématique est amenée à se tarir puisque le nouveau barème devrait intégrer ces dimensions de coefficient professionnel.

Des réflexions et des travaux sont en cours sur le sujet, en particulier dans le cadre de la refonte du barème et l'une des évolutions pourrait aboutir à la définition de ce taux professionnel dans le barème.

Aujourd'hui, aucune modalité réglementaire n'encadre ces pratiques d'indemnisation du taux professionnel. Et je ne suis pas certain qu'aujourd'hui, comme vous le disiez, le médecin-conseil soit le mieux armé, peut-être qu'il a un peu plus d'informations sur ce qu'est devenu le requérant, encore que, dès lors qu'il a vu le médecin du travail dans le rapport, eh bien on est tous au même niveau d'informations, et pour traduire cela en réparation, aujourd'hui, ce n'est pas encadré, aucun barème ne le prévoit. Dans les tests que nous sommes en train de mener aujourd'hui à la demande de la Direction de la sécurité sociale, il y a une réflexion sur l'intégration au barème lui-même, et selon des modalités d'appréciation qui viendraient moduler le taux médical en tenant compte d'un impact professionnel gradué qui irait de la reprise du travail sans

aménagement de poste, du maintien en emploi avec aménagement ou de la perte d'emploi avec possibilité de se reclasser ou pas. Donc des niveaux de gravité d'incidence professionnelle dont il faut mesurer l'impact et l'effet mais qui, dès lors que cela serait partie intégrante du barème, et selon des modalités définies, serait une part du taux contesté et donc, dans le champ de compétence de la CMRA.

Question de la salle :

Cette réflexion sur le barème elle en est au début ou sur la fin ?

Réponse de la CNAM :

On en est plutôt au début, il s'agit d'un très gros chantier. Un comité barème a été mis en place par la direction de la Sécurité Sociale, qui pilote ces travaux et travaille sur la définition des lésions qu'il conviendrait d'indemniser par grands types d'organes. Le membre supérieur a été rédigé, les pathologies respiratoires également. Le rachis, ça va commencer et les maladies neurologiques et psychiatriques c'est prévu. Donc c'est un travail d'importance. Par ailleurs, cette réforme prévoit de tenir mieux compte de la gravité lésionnelle : une des difficultés qu'on a aujourd'hui dans l'application du barème tel qu'il existe c'est qu'on traite des séquelles dans l'absolu, et parfois c'est *décorrélé* de la gravité initiale des lésions proprement dites. Le nouveau barème, en particulier pour le membre supérieur puisque celui-là on est en train de le tester en réel, définit les classes d'indemnisation qui sont corrélées à la gravité lésionnelle. Je peux dire aussi que les tests en cours concernent le membre supérieur. Cela fera l'objet d'un rapport d'évaluation entre nouveau barème, ancien barème, avec ou sans incidences professionnelles. Tout cela va être évalué et ces éléments-là seront présentés aux partenaires sociaux dans le cadre de la gestion de la branche. Donc, ce sont les travaux en cours et on est quand même plutôt au début. Si le test sur le membre supérieur est concluant, les choses évolueront assez vite parce qu'on va couvrir les lésions les plus fréquentes, mais tout l'organisme doit y passer, donc cela va prendre un peu de temps.

Question de la salle :

Ce que j'ai cru comprendre, et justement sur ce barème, c'est que les actions des employeurs vont augmenter de façon importante pour contester justement par rapport à ce qu'ils doivent payer sur leur compte employeur, et les médecins ont expliqué que c'était notamment peut-être grâce à cette réflexion en cours, tout le monde en a entendu parler et je pense que cela a un lien, il y a une réduction de saisines employeur. C'est vrai que moi je constate, des débats décidés avant, effectivement depuis le 1^{er} janvier, un nombre de saisines importantes de recours

employeur contestant le taux par rapport à ce qu'ils payent sur leur compte employeur.

Réponse de la CNAM :

Je pense que c'est parce c'est une voie d'accès à l'impact de la tarification, c'est pour cela que cela nourrit ce contentieux, ce n'est pas l'obsolescence du barème qui le justifie... En revanche, l'obsolescence du barème en elle-même est un problème parce qu'il est très axé sur les séquelles fonctionnelles du monde industriel ouvrier. Or, il est mal adapté à des pathologies comme les troubles psycho-sociaux et il n'a pas évolué avec les données acquises de la science. En particulier en matière de traumatisme crânien, de troubles cognitifs, le barème existant est extrêmement rudimentaire. Donc c'est plutôt sa pertinence scientifique qui est devenue discutable. Par ailleurs, il fait complètement abstraction du préjudice professionnel autant que d'une stratégie de gestion des contentieux. Donc il doit évoluer dans l'absolu pour être mieux adapté, à la fois à la nature des lésions telles qu'on les voit. Encore une fois, on ne devrait pas, dans l'évaluation du taux, s'écarter de la gravité lésionnelle, sauf exception, c'est-à-dire évolution particulièrement compliquée qui justifie qu'avec des lésions bénignes on se retrouve avec des taux très sévères. Or, le barème d'aujourd'hui n'est pas suffisamment précis, il a des plages d'incertitude qui sont vraiment vastes, et donc cela laisse la place aussi à des écarts d'évaluation qui sont importants.

Question de la salle :

Le tableau des maladies professionnelles sera-t-il toiletté également ?

Réponse de la CNAM :

C'est une problématique un peu différente, mais c'est aussi un sujet de réflexion que l'évolution des tableaux et, là aussi la réponse est positive, parce que la Commission des Maladies Professionnelles a été saisie d'un certain nombre d'évolutions pour tenir compte de l'évolution des référentiels médicaux en matière de confirmation de diagnostics. Sur les conditions médico-administratives que vous évoquiez, il y a des choses qui aujourd'hui sont dans les tableaux mais qui ne sont plus d'actualité. Il y a même des examens que les professionnels de santé ne veulent plus faire en nous opposant que ce n'est plus recommandé de faire cela, que c'est même dangereux, donc certains de ces examens sont complètement obsolètes. Par contre, le tableau l'exige, et donc si la maladie est reconnue sans que la caisse ait exigé la production de l'examen, c'est entaché de non-respect des critères réglementaires de la présomption. Cette double responsabilité aussi nous oblige à toiletter les tableaux.

Question de la salle :

Il faut comprendre que finalement le nouveau barème est destiné à devenir un outil de gestion du taux. Ce n'est pas la récupération séquellaire mais la gravité émotionnelle, de telle sorte qu'on injecte un petit peu de pretium doloris dans l'évaluation du taux c'est cela l'esprit ?

Réponse de la CNAM :

Non, je ne dirais pas cela. Non, c'est la gravité objective des lésions qui conditionne les séquelles. D'ailleurs, cette proposition qui a été faite pour le membre supérieur, est issue d'une revue de la littérature internationale sur les modalités de réparation et cette analyse a montré que la gravité lésionnelle est un critère important de la constitution du taux. En fait on tiendra compte des deux, c'est-à-dire que si vous avez une pathologie de la coiffe des rotateurs de l'épaule, pour parler de quelque chose qui est relativement fréquent, ce n'est pas la même chose d'avoir une tendinopathie non rompue et une tendinopathie rompue, qu'elle soit opérée ou non. Et du coup, la gravité lésionnelle joue un rôle important sur la détermination de la classe de séquelles, qui ensuite est modulée en fonction des paramètres de l'examen.

Question de la salle :

On peut dire que, si la récupération est parfaite, le taux sera quand même potentiellement élevé ?

Réponse de la CNAM :

Non, c'est plutôt le contraire, c'est-à-dire que des taux aberrants, anormalement élevés avec des gravités lésionnelles modestes, voire minimales, ce n'est pas logique, même médicalement sauf complications particulières, évolution défavorable, etc. Sinon, ce n'est pas logique. Or, aujourd'hui, on peut voir des limitations à l'examen qui génèrent des taux importants avec des séquelles objectives modestes : cela pose quand même un problème.

Question de la salle :

À l'inverse, pour les cancers professionnels qui à distance avec l'évaluation donnent lieu à une très bonne évolution favorable parce que la science avance, et c'est fort heureusement pour le patient, avec le recul et les évolutions favorables on a des taux qui restent au-dessus de 67 % seulement ...

Réponse de la CNAM :

Cela devient discutable. D'ailleurs, 67 % c'est hérité de façon empirique et du constat qu'une personne atteinte d'un cancer, la plupart

du temps ne travaille plus et ne retravaillera pas. Aujourd'hui nombre de situations montrent le contraire, et heureusement, donc demain il n'y a pas de raison de considérer qu'un cancer qui évolue si bien, et il y en aura de plus en plus, justifie, parce que c'est un cancer, 67 % d'IP de principe, cela n'a pas de sens. D'ailleurs, quelque part aussi pour la personne c'est nier la récupération fonctionnelle.

Question de la salle :

Ni les médecins consultants de juridiction ni les juridictions elles-mêmes ne seront préparés à cela.

Réponse de la CNAM :

On n'y est pas encore, je ne suis pas en train de dire que demain les cancers feront 100 % d'IP, non, on n'y est pas. Ce que je veux dire, le prérequis de la gravité définitive, il est discutable, cela peut être confronté à l'évolution réelle et effective. Pareil, pour les appareillages, pareil pour les prothèses : une arthrose de hanche sévère post-traumatique d'une personne qui ne peut plus marcher, cela vaut beaucoup. Une prothèse totale de hanche qui permet de déambuler normalement, est-ce que cela vaut autant ? Eh bien non, on doit tenir compte de cette récupération fonctionnelle.

Question de la salle :

En complément sur le coefficient professionnel, est-ce que vous envisagez d'intégrer dans le coefficient professionnel ce qu'on appelle en droit commun les handicaps liées à l'emploi à savoir un handicap humain est très gênant pour un ouvrier et beaucoup moins pour un avocat ?

Réponse de la CNAM :

Cela le sera de fait par le prisme de l'aptitude, puisqu'on raisonne par rapport à des compétences et à un métier exercé. Et donc l'aptitude à poursuivre ou pas son emploi, est conditionnée à la fois par les compétences et par le type d'emploi.

Question de la salle :

Il y a souvent des ouvriers qui continuent à travailler, qui ne sont pas déclarés inaptes, je vous donne un exemple, le dos par exemple il y a des ouvriers qui souffrent, et qui continuent à travailler, ils ne sont pas déclarés inaptes. Ils ne peuvent pas souvent se permettre d'être déclarés inaptes. Ils ont une pénibilité qu'ils garderont jusqu'à la fin. Les juridictions des TCI étaient souvent très réticentes à l'intégrer dans le coefficient professionnel, en leur donnant des éléments d'inaptitude et ça c'est une vraie difficulté.

Réponse de la salle :

Le barème médical intègre une partie de cette dimension-là. Et le préjudice professionnel. Je ne veux pas faire de longs développements sur l'incidence professionnelle, puisque ce dont on parle là n'est de toutes façons pas consolidé, pas acquis, et n'est même pas à la veille être mis en œuvre. Je vous donne un peu de visibilité sur les travaux en cours parce qu'on est amenés à les tester. Par ailleurs, je vous confirme que le taux professionnel est une préoccupation aussi bien pour les médecins-conseils que pour les caisses parce que c'est une évaluation qui n'est pas encadrée, et que du coup c'est source d'*inéquité* de traitement sur le territoire, puisque selon l'endroit où l'on évalue vos séquelles, vous n'êtes pas traités de la même façon. Il y a des caisses qui ne font pas de taux professionnel parce qu'elles considèrent que ce n'est pas dans leurs compétences. Et il existe des endroits où les caisses modulent le taux médical, en tenant compte d'un certain déclassé professionnel.

Intervention de la salle :

La CNITAAT, à l'époque, équilibrait tout cela.

Réponse de la CNAM :

C'est cela, mais, encore une fois, c'est la partie visible de l'iceberg que voit la CNITAAT. Il faut quand même une règle d'indemnisation inscrite au barème qui soit satisfaisante pour tout le monde. Je pense qu'elle devra s'appuyer sur des critères indiscutables, et que ce sera le déclassé avéré objectif. Et que la prise en compte de la pénibilité, soit dans les séquelles médicales parce que la personne a une incapacité fonctionnelle qui ne lui permet plus de faire tout à fait ce qu'elle faisait, soit dans les dispositifs prévus spécifiquement pour les identifier ; les facteurs de pénibilité aujourd'hui sont identifiés spécifiquement. Donc pas forcément dans la réparation des séquelles.

Question de la salle :

Quand ces nouveaux barèmes seront-ils disponibles ?

Réponse de la CNAM :

Oh là, je ne sais pas. D'ailleurs si le test n'est pas satisfaisant et que les travaux ne sont pas retenus, le nouveau barème dont on parle vous ne le verrez jamais, donc je ne peux pas répondre à cela. Parce qu'il y a des décisions médico-économiques qui vont être prises dans telle ou telle évaluation, il y a un impact. L'objectif c'est que ça répare mieux avec davantage d'équité, dans une enveloppe qui est quand même plus ou moins contrainte, et en faisant intervenir un préjudice professionnel qui aujourd'hui n'est pas encadré. Donc il y a quand même beaucoup

d'inconnues. La réponse à la question c'est : « Pour nous, le plus vite possible », mais quand même dans un certain temps.

Dernière question de la salle :

Puisque le taux professionnel est débattu devant la CMRA, la CMRA reçoit éventuellement, dans le cadre des recours employeurs, une note médicale du médecin conseil de l'employeur. Est-ce que le médecin ou bien l'employeur peut ou pas, dans note médicale, intégrer une discussion ? Peut-il se mettre à argumenter, discuter du taux professionnel, alors que ce n'est pas sa compétence et son métier ? Ou est-ce que c'est un avocat qui doit joindre une note débattant d'un nouveau taux professionnel. S'il y a réduction du taux médical, le taux médical c'est le taux principal. Est-ce que dans son quantum, pas dans son principe mais dans son quantum, est-ce que le taux socio-professionnel est réduit en proportion de la baisse du taux médical pour laquelle on a saisi la CMRA

Réponse de la CNAM

Dans l'état actuel du barème, il n'y a pas de règle pour cela. Et dans le futur barème il y aura une modalité de calcul qui fait que, si le taux médical évolue, l'incidence professionnelle sera à proportion impactée. Pour la question de : « Faut-il argumenter ? » La réponse est oui, dès lors que c'est dans le champ et qu'on discute le taux, si vous avez des choses à dire sur le taux, il faut les dire.

Messieurs, nous vous remercions infiniment de votre intervention et de votre franchise, merci beaucoup.

À son tour, au nom de tous les participants le président Jean-Pierre GOUTTE remercie les intervenants pour la qualité de leur prestation.