



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

indemnités journalières

Question écrite n° 40887

Texte de la question

M. Jean-Frédéric Poisson alerte Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur les pratiques de la Caisse nationale d'assurance maladie, qui diffuse aux médecins des lettres réseau comportant des barèmes d'indemnisation des accidents du travail ou maladies professionnelles différents de ceux prévus par le barème officiel. Cette lettre ayant été émise en décembre 2010, de nombreuses personnes ont visiblement subi une baisse de leur indemnisation par la branche AT-MP. Etant donné l'ampleur de cette pratique, il souhaite connaître les motivations et conséquences de cette lettre réseau émise par la CNAM. L'annexe 1 de l'article R. 434-35 du code de la sécurité sociale précise en effet que le barème d'invalidité édicté par la loi est indicatif, mais aussi que « les taux d'incapacité proposés sont des taux moyens ». Dès lors, le législateur a volontairement laissé la possibilité aux médecins de déterminer des taux d'incapacité tant inférieurs que supérieurs à ceux proposés. De plus, la lettre réseau émise par la CNAM remet en question l'obligation d'indépendance des médecins édictée par l'article R. 4127-95 du code de la santé publique. La lettre réseau émise par la CNAM est donc en contradiction avec l'esprit et la lettre de la loi. Il l'interroge donc sur les points suivants : Quel était le but premier de la lettre réseau émise par la CNAM ? Quel est le nombre de médecins ayant reçu la lettre réseau de la CNAM ? Quel est le nombre de médecins ayant appliqué la lettre réseau de la CNAM ? Existe-il des sanctions applicables aux médecins n'ayant pas appliqué cette lettre réseau émise par la CNAM ? Quelles ont été les économies réalisées par la branche AT-MP comme suite à l'application de cette lettre réseau ? Une définition législative de la « lettre réseau » précisant sa valeur juridique sera-t-elle mise en place ? Quel sera le sort de cette lettre réseau adressée par la CNAM ? Quels seront les recours offerts aux personnes ayant subi une diminution d'indemnisation dans le cas où le délai de recours de droit commun serait déjà dépassé ? Il lui demande des éléments de réponse précis, afin de s'assurer que la CNAM ne cherche pas à réduire les indemnités des salariés en incapacité et de permettre que les mécanismes de remboursement de la sécurité sociale soient plus transparents.

Texte de la réponse

Les victimes d'un accident ou d'une maladie d'origine professionnelle ont droit, dès la consolidation de leur état, à des prestations d'incapacité permanente partielle ou totale (indemnité en capital lorsque l'incapacité est inférieure à 10%, rente dans le cas contraire). Cette incapacité est exprimée par un taux proposé par le médecin-conseil de la caisse d'après un barème d'invalidité que le législateur a voulu indicatif et qui tient compte de la nature de l'infirmité, de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales, de l'aptitude et de la qualification professionnelle (article L. 434-2 du code de la sécurité sociale). Il existe un barème pour les accidents du travail (instauré en 1982 et remanié en 1993) et un autre pour les maladies professionnelles (créé en 1989 par lettre ministérielle et officialisé par décret du 27 avril 1999). Ces barèmes prévoient, pour certains déficits fonctionnels, un taux déterminé et, dans la plupart des cas, des fourchettes. Mais, quoi qu'il en soit, le médecin chargé de l'évaluation garde, lorsqu'il se trouve devant un cas dont le caractère lui paraît particulier, l'entière liberté de s'écarter des chiffres du barème ; il doit simplement exposer clairement les raisons qui l'y ont conduit. Constatant néanmoins, en 2007, des disparités de pratiques entre médecins-conseil qui ne paraissaient

pas fondées, notamment s'agissant des troubles musculo-squelettiques comme par exemple le syndrome du canal carpien, la CNAMTS a effectivement diffusé fin 2010, dans le cadre de son plan de contrôle interne, un document d'aide à l'évaluation de l'incapacité permanente relative à certaines pathologies pour contribuer à l'harmonisation de ces pratiques afin de garantir l'équité de traitement des assurés sociaux sur le territoire. Ce document a été élaboré par des représentants de médecins-conseil, après un long travail de concertation. Il n'a pas pour objet ni pour effet de remettre en cause l'indépendance dont dispose le médecin-conseil pour apprécier, sous le contrôle des juridictions compétentes, l'état d'incapacité permanente. La convention d'objectifs et de gestion conclue, pour la période 2014 - 2017, entre l'Etat et la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles prévoit au demeurant la réalisation par l'Etat des travaux nécessaires à l'actualisation de ces barèmes indicatifs afin de tenir compte notamment de l'évolution des techniques médicales et des métiers.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Frédéric Poisson](#)

Circonscription : Yvelines (10^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 40887

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [29 octobre 2013](#), page 11142

Réponse publiée au JO le : [11 mars 2014](#), page 2313