

RAPPORT DE STAGE

**Le règlement des conflits en matière d'accidents de la circulation dans le
cadre de la gestion des recours contre tiers par les CPAM**

Préparé et soutenu

par

Yasmina OKETOKOUN

en vue de l'obtention du Master 2 Professionnel Assurance-Banque

Sous la direction de

Madame le Professeur Valérie LASSERRE-KIESOW

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	p. 3
ENGAGEMENT CONTRE LE PLAGIAT	p. 4
ABREVIATIONS	p. 5
RAPPORT DE STAGE	
INTRODUCTION	p. 7
Partie 1 : Présentation de la Caisse Primaire D'assurance Maladie	p. 8 à 10
Partie 2 : Les travaux réalisés dans le cadre de mon stage	p. 10 à 18
CONCLUSION	p. 19
MEMOIRE	
INTRODUCTION	p. 21 à 23
Partie 1: Identification des modes de gestion des conflits en RCT	p. 24
§1- L'application du PAOS, régime général de gestion des conflits	p. 25 à 37
§2- L'attachement au droit commun dans la gestion des conflits en RCT	p. 37 à 43
Partie 2 : La procédure de règlement des conflits en RCT	p. 44
§1 - Les caractéristiques de la procédure	p. 45 à 52
§2 - Les limites du règlement conventionnel des conflits	p. 52 à 61
CONCLUSION	p. 62 à 63
BIBLIOGRAPHIE	p. 64 à 65
ANNEXES	p. 66 à 69
TABLE DES MATIERES	p. 71 à 72

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout développement à remercier très chaleureusement l'ensemble de l'équipe du service des Affaires Juridiques de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Sarthe pour leur accueil, leur disponibilité, leur attention et leur enseignement durant ces quatre mois de stage.

Je remercie particulièrement Madame Cécile LOHEAC-CHOLET, Responsable du Service des Affaires Juridiques, pour m'avoir offert l'opportunité d'accomplir mon stage au sein de son Service, pour ses conseils et sa disponibilité.

Tous mes remerciements à Madame Emilie MAITREAU et Madame Céline DUPARD-HAAS pour leurs précieux enseignements et leurs suggestions toujours avisées.

J'adresse mes sincères remerciements à Emeline BEQUIN, ma formatrice, pour son encadrement, sa confiance et la variété des missions qu'elle m'a confiées. Mes remerciements s'adressent aussi à Chantal, Valérie, Philippe, Lucie, Julien, Christine et Françoise pour leur accueil sympathique et leur disponibilité pendant la durée de ce stage.

Je remercie également mon professeur référent, Madame Valérie LASSERRE-KIESOW, pour son accompagnement pédagogique.

Enfin, je tiens à remercier ma famille pour leur aide, leur confiance et leur soutien inconditionnel.

ENGAGEMENT CONTRE LE PLAGIAT

« Je soussignée Yasmina OKETOKOUN, inscrit en Master 2 mention Droit des affaires, spécialité Assurance-Banque à l'Université du Maine, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toute forme de supports, y compris Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée aux examens, qu'une telle pratique est passible d'une sanction disciplinaire prononcée par l'organe compétent de l'Université du Maine.

En conséquence, je déclare sur l'honneur ne m'être livré à aucun plagiat dans le présent document dans lequel j'ai donc cité l'intégralité des sources que j'ai mobilisées pour écrire ce mémoire.

Fait au Mans, le 10/07/2015

Signature :  »

ABREVIATIONS

ATMP :	Accidents du Travail et les Maladies Professionnelles
AT :	Accidents de Travail
BCF :	Bureau Central Français
CE :	Conseil d'Etat
CHM :	Centre Hospitalier du Mans
CNAMTS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM :	Caisse primaire d'Assurance Maladie
CSS :	Code de la Sécurité Sociale
FFSA :	Fédération Française des Sociétés d'Assurance
GCA :	Groupement des Conventions d'Assurances
GEMA :	Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurance
LFSS :	Loi de Financement de la Sécurité Social
PAOS :	Protocole d'Accord entre Assureurs et Organismes sociaux
RAP :	Règlement d'Application Pratique
RCT :	Recours Contre Tiers
TC	Tribunal Correctionnel
TGI	Tribunal de Grande Instance
TI	Tribunal d'Instance
TP	Tribunal de Police
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'assurance maladie
VTM :	Véhicules Terrestres à Moteur

RAPPORT DE STAGE

INTRODUCTION

Etudiante à la Faculté de Droit de l'Université du Maine, j'ai préparé cette année un Master 2 Droit des Affaires (Spécialité Assurance-Banque).

La formation s'achevant par un stage d'une durée minimale de trois mois dans une entreprise d'assurance, un établissement de crédit ou un cabinet d'avocat spécialisé, j'ai eu l'opportunité d'effectuer mon stage du 4 mai au 31 août 2015 au sein du Service des Affaires Juridiques de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Sarthe. Je me destine à exercer la profession de juriste spécialisé en Droit des assurances.

Ayant effectué jusqu'à présent mes expériences professionnelles antérieures au sein des Compagnies d'assurance, j'ai souhaité enrichir mon horizon professionnel en intégrant un Organisme de droit privé chargé d'une mission de service public qui a notamment pour mission d'accompagner les assurés sociaux en facilitant et en améliorant leur accès aux soins et au remboursement.

Ce stage m'a ainsi permis d'approfondir les problématiques juridiques relatives à l'assurance maladie et plus précisément le recours contre tiers.

Le présent rapport a pour objectif de présenter mon stage au sein du Service des Affaires Juridiques de la CPAM de la Sarthe. Ainsi, dans une première partie, je m'attacherai à présenter la Caisse Primaire d'Assurance Maladie avant d'envisager, dans une deuxième partie, les missions qui m'ont été attribuées.

Partie 1 : Présentation de la Caisse Primaire D'assurance Maladie

Après avoir présenté la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Sarthe (§1), il conviendra ensuite de décrire la composition ainsi que les missions qui incombent au Service des Affaires Juridiques de la CPAM de la Sarthe (§2).

§1- Le positionnement de la CPAM de la Sarthe

L'article 1er de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 dispose qu' « *il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent* ».

Créé par l'Ordonnance du 4 octobre 1945, la Sécurité Sociale désigne donc un ensemble de dispositifs et d'institutions qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences d'événements ou de situations diverses, généralement qualifiés de « risques sociaux ». La Sécurité Sociale est constituée de plusieurs régimes¹ :

- le régime général des travailleurs salariés (industrie, commerce, services),
- le régime agricole (exploitants et salariés) géré par la Mutualité Sociale Agricole (MSA),
- le régime social des indépendants, non agricoles (professions libérales, commerçants, artisans...),
- les régimes spéciaux (fonctionnaires, salariés des mines, SNCF...).

L'Ordonnance du 21 août 1967 portant sur l'organisation administrative et financière a réformé le régime général de la Sécurité Sociale en instaurant une séparation des risques en branches autonomes : la branche maladie, la branche accidents du travail et maladies professionnelles, la branche retraite, la branche famille et la branche recouvrement.

¹ AMELI. *Les différents régimes de l'Assurance Maladie* [en ligne]. Mise à jour le 16/07/2012. [Consulté le 07/06/2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differents-regimes-de-l-assurance-maladie.php>

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) gère la branche maladie mais aussi dans le cadre d'une gestion distincte, la branche Accidents du Travail-Maladies Professionnelles (ATMP).

La branche maladie de la Sécurité Sociale assure des prestations en nature (remboursement des frais de santé) pour les assurés et leurs ayants-droit mais également des prestations en espèces (versement d'indemnités journalières de maladie en cas d'incapacité temporaire du travail) au bénéfice de l'assuré. Elle garantit l'accès aux soins et mène différents programmes de prévention. Ces missions sont mises en place, au niveau local, par les Caisses régionales et les CPAM.

Organisme de droit privé exerçant une mission de service public, la CPAM de la Sarthe est un acteur économique essentiel du département. Ainsi, en 2014, elle a financé un milliard deux cent soixante-deux millions d'euros de prestations dont plus de 640 millions d'euros versés aux établissements hospitaliers.

Avec 491.003 bénéficiaires du régime général et des sections locales mutualistes au 31 décembre 2014, ce sont ainsi 84% de la population du département qui est couverte par la CPAM de la Sarthe qui assure à ce titre divers missions :

- développer une politique de prévention en luttant contre l'apparition des maladies,
- réguler en incitant au bon usage des soins ou en orientant l'assuré dans le système de soins,
- accompagner les assurés sociaux en facilitant et en améliorant l'accès aux soins et au remboursement,
- assurer le service des prestations d'assurance maladie et d'accidents du travail-maladies professionnelles en prenant en charge le remboursement des soins et en accordant des prestations supplémentaires.

Je vais maintenant décrire la composition ainsi que les missions du Service des Affaires Juridiques de la CPAM de la Sarthe.

§2- La composition et les missions du Service des Affaires Juridiques

Le Service des Affaires Juridiques de la CPAM de la Sarthe est composé d'une équipe de 13 personnes, à savoir 9 gestionnaires, une secrétaire, une attachée juridique, une responsable de groupe et la responsable du Service.

Les missions du Service des Affaires Juridiques sont diverses et variées :

- la gestion du "Recours contre Tiers" (RCT) qui vise à récupérer les prestations versées aux victimes dans le cadre de sinistre où un tiers est responsable,
- la gestion du contentieux général (Commission de Recours amiable, Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale, Cour d'appel et Cour de Cassation),
- la gestion du contentieux de l'incapacité (Tribunal du Contentieux de l'Incapacité, Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail et Cour de Cassation),
- la gestion des fraudes,
- et le recouvrement des indus.

Durant ces quatre mois de stage, mes principales activités au sein du Service des Affaires Juridiques portaient sur le Recours contre Tiers.

Partie 2 : Les travaux réalisés dans le cadre de mon stage

Lorsqu'un assuré social est victime d'un accident de la circulation, d'une chute sur un trottoir, d'une morsure de chien (ou autre animal), ou encore de coups et blessures volontaires causés par un « tiers », c'est-à-dire une personne physique ou morale, l'Assurance Maladie qui a pris en charge l'ensemble des dépenses de santé correspondantes (frais médicaux et d'hospitalisation, médicaments, rente accident du travail...) peut mener une action contre le tiers responsable ou son assureur afin de récupérer les sommes qu'elle a préalablement versées : c'est le recours contre tiers.

Ce recours, prévu par **les articles L376-1** du Code de la Sécurité Sociale (CSS) relatif aux prestations versées au titre du risque maladie et **L454-1** relatif aux prestations versées au titre du risque professionnel (accidents de travail), fait partie des missions assignées au Service des Affaires Juridiques.

Mes activités au sein du Service des Affaires Juridiques se répartissent en deux grandes catégories : il y a d'une part les activités non contentieuses consistant à l'instruction des dossiers recours contre tiers (§1) et d'autre part les activités contentieuses se matérialisant notamment par la rédaction de conclusions (§2).

§1- Les activités non contentieuses

La mise en oeuvre d'une procédure de recours contre tiers nécessite au préalable l'ouverture d'un dossier (A). Par ailleurs, la bonne instruction du dossier implique la gestion, à réception, des questionnaires envoyés à la victime ainsi qu'à l'Etablissement de santé où celle-ci a été hospitalisée ou a reçu des soins (B).

A) L'ouverture des dossiers recours contre tiers

Dès que le Service des Affaires juridiques a connaissance d'un accident dommageable causé par un tiers responsable et dont a été victime l'assuré social, il procède automatiquement à l'ouverture d'un dossier².

En matière de recours contre tiers, il convient de distinguer l'ouverture des dossiers protocoles (1), l'ouverture des dossiers hors protocoles (2) ainsi que l'ouverture des dossiers nommés risques professionnels (3).

1- L'ouverture des dossiers protocoles

Afin de permettre notamment aux sociétés d'assurances d'indemniser plus rapidement les victimes et d'accélérer le recouvrement par les Organismes de protection sociale des créances qu'ils détiennent auprès de l'assureur du responsable pour le montant des prestations versées à des victimes d'accidents causés par des véhicules terrestres à moteur et par des bicyclettes, un Protocole d'Accord entre Assureurs et Organismes Sociaux (PAOS) a été signé le 24 mai 1983. Ce Protocole a fait l'objet de révisions en 2013.

² cf. annexe 1

Aux termes de cet accord, les parties signataires se sont engagées à informer réciproquement de l'existence d'un accident de la circulation avec des conséquences corporelles et se communiquer tous les éléments nécessaires à la gestion des dossiers.

Conformément aux dispositions des articles L.376-1 alinéa 7 et L.454-1 alinéa 5 du code de la sécurité sociale, la personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer les Organismes Sociaux de la survenue des lésions causées par un tiers.

Dès que je recevais le courrier de signalement de l'accident, je devais identifier dans l'application prévue à cet effet (GRECOT), avant toute ouverture de dossier, la victime (en me fondant notamment sur son numéro de sécurité sociale ou à défaut sur ses nom et prénom ainsi que sa date de naissance) afin de m'assurer que le dossier n'est pas déjà ouvert.

Une fois cette vérifications faite, je procédais ensuite à l'ouverture du dossier dans GRECOT qui est une application destinée à faciliter la création et la gestion des dossiers recours contre tiers. Si l'assuré social est connu, il apparaît avec ses ayants-droit sous le pavé "*recherche*" de GRECOT. Après l'avoir sélectionné, l'ensemble des informations le concernant s'intégrait dans les pavés "*Victime*" et "*Assuré*". Je devais aussi compléter le pavé "*sinistre*" en indiquant la date de l'accident, la source de détection (la provenance du signalement) et le type de risque (maladie ou accident de travail) et cliquer ensuite sur le pavé "*enregistrer*" afin de créer le dossier.

Le dossier ainsi créé, un numéro lui est attribué, le nom de l'agent gestionnaire est indiqué et il apparaît avec un statut "**En cours**". Je renseignais aussi dans GRECOT un maximum d'éléments afin de faciliter la gestion du dossier tels que les coordonnées de la Compagnie d'assurance du tiers responsable, le cas du barème de répartition des recours applicable, la date d'envoi du questionnaire à l'assuré...

Je devais, en effet, transmettre à notre assuré social victime un courrier accompagné d'un questionnaire de déclaration d'accident dans le but d'avoir des informations sur les circonstances de l'accident. Une date d'échéance de deux mois à compter de l'envoi du courrier est indiquée dans GRECOT afin d'éviter de laisser le dossier en sommeil, permettant ainsi à l'agent gestionnaire un suivi régulier du dossier.

Il convient cependant de préciser que l'envoi du questionnaire n'est pas obligatoire dès lors que la Caisse dispose dès l'ouverture du dossier de suffisamment d'information.

Après avoir procédé à l'ouverture du dossier dans GRECOT, je devais aussi procéder à l'enveloppement du dossier en indiquant les différents éléments que j'avais déjà eu à préciser dans GRECOT tels que le numéro de sécurité sociale de l'assuré, son nom et prénom, le nom et prénom du bénéficiaire concerné par l'accident s'il est différent de l'assuré, la date de l'accident et la date de la prochaine échéance. Je devais aussi indiquer si l'accident est protocole ou hors protocole et garder dans le dossier papier une copie des courriers envoyés aux différents interlocuteurs (assuré social, établissement de santé, assureur, gendarmerie...) en vue de la bonne instruction du dossier.

Cette procédure constitue la base de l'ouverture de tous les dossiers. Cependant, en fonction des cas d'espèce, je devais effectuer des démarches complémentaires.

2- L'ouverture des dossiers hors protocoles

Les dossiers hors protocoles ne sont pas gérés dans le cadre du protocole mais dans le cadre du droit commun car ils concernent les accidents qui n'ont pas été causés par des véhicules terrestres à moteur ni par des bicyclettes.

Par conséquent, l'exercice du recours contre tiers nécessite de connaître les règles du droit de la Responsabilité Civile afin de pouvoir déterminer si le tiers en cause est tenu ou non de réparer le préjudice causé à la victime.

Durant mon stage, j'ai eu l'occasion d'ouvrir des dossiers hors protocoles qui portaient notamment sur la responsabilité du fait personnel, la responsabilité du fait d'autrui ainsi que la responsabilité du fait des animaux.

La spécificité des dossiers hors protocoles porte donc sur l'origine des lésions qui n'est pas la même dans la mesure où on peut être en présence d'un accident sportif ou scolaire, des faits d'un animal (morsures) ou des coups et blessures volontaires qui représentent les cas les plus fréquents de sinistre.

L'ouverture des dossiers hors protocole s'effectue de la même manière que celle des dossiers protocoles. Cela se traduit donc par une ouverture du dossier dans GRECOT en vérifiant au préalable si un dossier portant sur le sinistre n'est pas déjà en cours et en remplissant les différents pavés de GRECOT. Par ailleurs, je devais également procéder à l'enveloppement du dossier en indiquant qu'il s'agit d'un dossier hors protocole.

L'envoi du questionnaire de déclaration d'accident à l'assuré devait aussi être effectué. Cet envoi est nécessaire car cela permet de recueillir des informations essentielles portant sur les circonstances de l'accident, l'identité du tiers responsable, les soins reçus par la victime, la compagnie d'assurance de responsabilité civile du tiers et de la victime... Ces informations me permettent, à réception, de juger de la pertinence et de l'opportunité de poursuivre l'instruction du dossier.

Il convient aussi de souligner que les Centres Hospitaliers publics (et plus précisément le Centre Hospitalier du Mans) sont tenus de nous signaler les accidents dommageables causés par un tiers responsable. Dès que je recevais la fiche de signalement, je devais envoyer un courrier au Centre Hospitalier en les interrogeant sur le montant des soins externes reçus par la victime ou le montant des frais d'hospitalisation en cas d'hospitalisation de la victime.

3- L'ouverture des dossiers risques professionnels

Le Service des risques professionnels de la CPAM de la Sarthe est chargé de nous informer des accidents du travail ou accidents de trajet causés par un tiers responsable à l'encontre de l'assuré social.

A réception du courrier d'information, je devais vérifier dans GRECOT (comme dans les autres ouvertures) si le dossier est déjà en cours.

Une fois le dossier ouvert, je recherchais en utilisant certaines applications de l'assurance maladie la déclaration d'accident de travail (application ORPHEE) et/ou les certificats médicaux initiaux ou de prolongations (application DIADEME) qui me permettront dans le cadre de mon ouverture de dossier d'envoyer au Centre Hospitalier un courrier afin d'obtenir le montant des prestations médicales reçues par la victime.

Il convient de préciser que la déclaration d'accident de travail est un document important qui me permet d'analyser les responsabilités en présence car l'absence d'incapacité de travail ou les circonstances de l'accident peuvent ne pas rendre nécessaire l'ouverture du dossier. Il peut, en effet, y avoir une absence de responsabilité du tiers auteur du dommage ou une chance infime d'aboutissement du recours.

En matière d'accident du travail, il n'y a de recours contre tiers que si l'accident est causé par un tiers à l'entreprise. Par conséquent, la Caisse ne dispose pas de recours pour les accidents du

travail contre l'employeur ou ses préposés. Cependant, le code de la sécurité sociale prévoit deux exceptions aux articles L 452-5 (lorsque l'accident est dû à la faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés) et L 455-1-1 (en cas d'accident causé par un Véhicule Terrestre à Moteur sur une voie ouverte à la circulation publique).

B) La gestion des questionnaires transmis à la victime et au Centre Hospitalier

Comme je l'ai indiqué précédemment, l'ouverture des dossiers recours contre tiers se traduit par l'envoi à la victime d'un questionnaire de déclaration d'accident afin d'obtenir des informations sur les circonstances de l'accident. La bonne instruction du dossier nécessite donc d'analyser, à réception, les réponses apportées par l'assuré sur les circonstances de l'accident (1). Il en va de même du montant engagé pour les dépenses de santé, montant que nous communique le Centre Hospitalier (2).

1- L'étude du questionnaire de la victime

Il convient tout d'abord de préciser que les assurés sociaux victimes d'un accident causé par un tiers sont tenus, conformément aux dispositions des articles L 376-1 et L 454-1 du code de la sécurité sociale, de le déclarer dans un délai de 15 jours (à compter de la date du fait accidentel) par l'envoi d'un questionnaire de déclaration d'accident à leur Caisse d'assurance maladie. Cela permet ainsi à la CPAM d'exercer un recours auprès du tiers responsable ou de son assureur, afin de se faire rembourser des frais engagés pour soigner ou indemniser la victime (frais médicaux, indemnités journalières, pension d'invalidité, etc.). De cette façon, ce n'est pas l'Assurance Maladie qui supportera les frais engendrés par l'accident mais la personne responsable ou sa compagnie d'assurance.

Durant mon stage, je me suis rendue compte que les assurés sociaux ne déclaraient pas systématiquement leur accident à la CPAM. En effet, la grande majorité des dossiers que j'ai eus à ouvrir n'avaient pas comme source de signalement : les assurés sociaux. Par conséquent, lors de l'ouverture du dossier, je devais leur envoyer un questionnaire qui m'éclairait sur le déroulement de l'accident.

Les assurés sociaux sont tenus de nous retourner, dans un délai de deux mois maximum, le questionnaire qu'ils auront pris le soin de bien remplir. Je devais analyser les réponses apportées par la victime notamment sur l'identité du tiers responsable et sa Compagnie d'assurance, la Compagnie d'assurance de la victime, l'existence d'un procès-verbal ou constat amiable ainsi que

l'Etablissement de Santé ayant dispensé les soins. Ces différentes informations me permettent non seulement de compléter le dossier dans GRECOT mais également de mettre en cause la Compagnie d'assurances du tiers responsables sur le fondement du protocole ou du droit commun.

Par ailleurs, le questionnaire me permettait aussi de pouvoir demander au Parquet de nous transmettre le constat amiable ou le procès-verbal établi lorsque celui-ci ne nous était pas transmis par l'assuré social.

Enfin, l'intérêt du questionnaire, en dehors du fait qu'il apporte des éléments sur les circonstances de l'accident, permet aussi d'analyser les responsabilités.

2- L'étude du questionnaire du Centre Hospitalier

Si la victime a été blessée lors de son accident, elle a bénéficié de soins qu'on doit prendre en compte pour établir la créance de la Caisse. Pour cela, les Centres Hospitaliers publics sont tenus de nous indiquer les actes médicaux reçus par la victime ainsi que leur montant de base mais aussi la part mise à la charge de la Caisse.

Il convient de souligner qu'il est possible de rapatrier sur GRECOT grâce à l'application IMAGE, les prestations médicales reçues par la victime. Le retour du questionnaire des Centres Hospitaliers me permet ainsi de sélectionner les prestations correspondantes à l'accident et rajouter manuellement, si besoin, dans GRECOT d'autres prestations.

Le montant de ces prestations versées à la victime au titre de l'assurance maladie permettra ainsi de calculer le montant de la créance définitive ou provisoire de la Caisse.

Mise à part les professionnels de Santé et les assurés sociaux, la gestion des dossiers recours contre tiers nécessite également d'entretenir des relations régulières avec les Compagnies d'assurance. Le principal objectif de ces échanges est d'obtenir de la part des assureurs la confirmation de la prise en charge du sinistre et par conséquent du remboursement à la Caisse des prestations que celle-ci a servies à l'assuré social victime et qui découlent du sinistre.

Comme indiqué précédemment, j'ai également réalisé des activités contentieuses durant mon stage.

§2- Les activités contentieuses

J'ai eu l'opportunité, au cours de ce stage, de suivre l'avancement des affaires au contentieux en ayant en charge la rédaction de conclusions ainsi que des divers courriers s'y rapportant (A). Par ailleurs, une fois le jugement prononcé, je devais le notifier au tiers responsable afin que l'exécution de la décision lui soit opposable (B).

A) La rédaction des conclusions

L'instruction des assignations ainsi que la rédaction des conclusions constituent aussi une activité majeure du Service des Affaires Juridiques. En effet, dans certains dossiers recours contre tiers Hors Protocole, la Caisse n'arrive pas à obtenir le règlement spontané de sa créance.

J'ai donc été amené à rédiger les conclusions de la Caisse que je devais envoyer à la juridiction saisie mais également aux différentes parties. La procédure étant orale devant la juridiction de proximité ou le Tribunal d'instance, la Caisse doit se déplacer devant la juridiction pour faire valoir sa créance. Lorsque la Caisse est assignée devant le Tribunal de Grande Instance, la représentation par le ministère d'un avocat est obligatoire. L'assuré social qui intente une action en justice contre le tiers responsable est tenu d'appeler en la cause la Caisse afin que celle-ci soit partie à l'instance et puisse faire valoir ses droits.

La rédaction des conclusions nécessite, outre des connaissances juridiques, une grande capacité de synthèse. Je devais procéder à un rappel des faits pertinents mais aussi de la procédure. Ensuite, il convenait de formuler les demandes de la Caisse (remboursement en l'espèce par le tiers responsable des prestations servies à la victime suite à l'accident) en précisant l'état définitif ou provisoire des débours.

Lorsque les conclusions sont prêtes et validées par la Responsable du groupe, je devais ensuite les adresser au secrétariat du greffe de la juridiction saisie mais aussi aux autres parties à l'instance à savoir la victime et le tiers responsable. Une copie des débours de la Caisse doit également leur être transmis.

Ces travaux qui accompagnent la rédaction des conclusions qui peuvent sembler fastidieux doivent pourtant être accomplis avec une très grande rigueur afin de n'omettre aucune étape dans la transmission des documents.

B) La notification des jugements au tiers

L'article 503 alinéa 1er du code de procédure civile dispose que « *les jugements ne peuvent être exécutés contre ceux auxquels ils sont opposés qu'après leur avoir été notifiés, à moins que l'exécution n'en soit volontaire* ».

Il résulte de cet article que pour que le jugement soit exécuté, il faut qu'il soit notifié à la partie condamnée. Ainsi, dès que le jugement de condamnation du tiers responsable nous était signifié par exploit d'huissier, je devais le notifier au tiers en le mettant en demeure de rembourser à la Caisse, dans un délai d'un mois, le montant des prestations que celle-ci a versé à l'assuré social victime.

A défaut d'exécution du tiers dans le délai qui lui est imparti, la Caisse peut recourir à des mesures d'exécution forcée en faisant notamment appel à un huissier de justice.

Conclusion

Mon stage a été extrêmement diversifié et enrichissant autant sur le plan personnel que professionnel.

En dehors de la variété de mes activités, j'ai aussi eu l'opportunité d'assister à une audience devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) du Mans. Par ailleurs, j'ai également pu assister à une Commission de Recours Amiable (CRA) organisée par la CPAM au cours de laquelle j'ai pu observer comment les recours gracieux présentés par les assurés sociaux étaient examinés.

On m'a aussi confié la réalisation d'études ayant trait à l'activité du Service recours contre tiers comme par exemples l'étude sur la solvabilité des tiers responsables, l'élaboration d'un tableau de suivi des signalements coups et blessures volontaires ainsi qu'un recensement des dossiers en instance de règlement.

Durant ces quatre mois de stage, j'ai fait l'objet d'un suivi régulier de la part des encadrants professionnels. Ma formatrice me consacrait un temps d'échange hebdomadaire afin de faire un point de situation concernant l'avancement de mon travail.

J'ai cependant rencontré quelques difficultés durant ce stage auxquelles il m'a fallu faire face pour atteindre mes objectifs. En effet, au regard du nombre de missions dont j'étais chargée, je me devais d'être organisée, réactive afin de pouvoir traiter plusieurs demandes et/ou dossiers de manière simultanée. Je devais prioriser les demandes les plus urgentes tant au niveau des délais, que du fond. En outre, j'ai appris au fil du temps à être plus autonome dans la gestion de mes dossiers.

Les missions réalisées durant mon stage m'ont permis de participer pleinement à l'activité du Service des Affaires Juridiques et de contribuer à l'accomplissement de ses objectifs.

Je ressors très satisfaite de ce stage car cela m'a permis d'enrichir mes compétences mais également de mettre à profit les connaissances acquises et développées au cours de mes différentes expériences professionnelles. De ce fait, j'aborde positivement et sereinement mon avenir professionnel qui se poursuivra dans le secteur de l'assurance.

MEMOIRE DE FIN **D'ETUDES**

Sujet :

Le règlement des conflits en matière d'accidents de la circulation dans le cadre de la gestion des recours contre tiers par les CPAM

Problématique :

**Dans quelle mesure le règlement conventionnel des conflits en matière d'accidents de la circulation (dans le cadre de la gestion des recours contre tiers) diffère du droit commun ?
N'emprunte-t-il pas à certains égards au droit commun ?**

INTRODUCTION

L'article 1382 du code civil consacre le principe général de la responsabilité civile encourue par une personne qui cause un dommage à autrui par son fait personnel. Cet article dispose que *« tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer »*.

En application de cet article et des dispositions du code de la sécurité sociale (articles L376-1 et L454-1), l'Assurance Maladie qui a remboursé des prestations à l'assuré social victime d'un accident causé par un tiers pourra exercer un recours contre ce tiers (tenu de réparer le préjudice subi par la victime) ou son assureur afin de récupérer tout ou une partie du montant des prestations versées à la victime. Ce principe a été repris à l'article 31 de la loi d'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation du 5 juillet 1985 dite Loi Batinder qui privilégie la qualification de la victime et son droit à indemnisation par rapport au respect des règles de base de la responsabilité.

Dans le cadre des accidents de la circulation, l'article L.211-1 al 1 du code des assurances dispose que *« toute personne physique ou toute personne morale autre que l'Etat, dont la responsabilité civile peut être engagée en raison de dommages subis par des tiers résultant d'atteintes aux personnes ou aux biens dans la réalisation desquels un véhicule est impliqué, doit, pour faire circuler celui-ci, être couverte par une assurance garantissant cette responsabilité »*. Il ressort de cet article une obligation légale de s'assurer pour les risques de responsabilité civile résultant de la circulation des véhicules terrestres à moteur (VTM).

Afin d'accélérer le recouvrement des créances par les Organismes de protection sociale des créances qu'ils détiennent auprès de l'assureur du tiers responsable, de simplifier les rapports entre les Caisses et les assureurs en éliminant les causes de contentieux et permettre ainsi aux victimes d'accidents de la circulation d'être indemnisées plus rapidement, un Protocole d'Accord Assureurs/Organismes Sociaux (PAOS) dit "Protocole Bergeras" a été conclu le 24 mai 1983 par les deux grandes organisations représentatives des assureurs (FFSA et GEMA) et les trois organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale (la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) et la Caisse Nationale du Régime Social des Indépendants (CNRSI)).

Il convient de signaler que ce protocole d'accord n'a fait que formaliser une pratique antérieure qui consistait à transiger entre la Caisse et l'assureur sur des dossiers pour lesquels la responsabilité était établie afin notamment d'encaisser rapidement les créances, de permettre à l'assureur d'indemniser plus rapidement la victime mais également de limiter les coûts de gestion.

La loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a octroyé une assise légale au Protocole d'Accord Assureurs/Organismes Sociaux.

Cette loi a introduit un alinéa aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du Code de la sécurité sociale qui dispose que « *la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable* ».

Cet alinéa ajoute qu'« *une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en oeuvre de cette procédure* ».

Le PAOS reprend dans son contenu et dans son fonctionnement les différentes phases de gestion des dossiers Recours Contre Tiers (RCT) à savoir : la détection de l'accident, les modalités liées aux productions des créances, l'évaluation forfaitaire de l'assiette du recours, la barémisation de la responsabilité mais aussi et surtout la gestion des conflits qui sera le thème majeur de notre réflexion.

On pourrait définir le conflit comme un affrontement entre des intérêts, des valeurs, des actes ou des procédures. En effet, dans le cadre du recouvrement de leur créance auprès du tiers responsable et plus particulièrement auprès de son assureur, les Caisses de sécurité sociale peuvent se heurter à des difficultés.

L'objectif sous-jacent du Protocole est de préserver l'image des parties mais également de maintenir entre elles des relations cordiales. C'est la raison pour laquelle les signataires du PAOS ont prévu dans le Règlement d'Application Pratique (RAP) du Protocole les modalités de résolution de leur conflit.

Dès lors, en matière d'accidents de la circulation (et plus précisément de la gestion des recours contre tiers), la mise en place du protocole a conduit à une résolution conventionnelle des

conflits qui peuvent opposer les Caisses aux assureurs et vice-versa. Cependant, tous les dossiers relatifs aux accidents de la circulation causés par des tiers n'étant pas gérés dans le cadre des règles protocolaires mais aussi conformément au droit commun, le recours à la voie judiciaire est alors indispensable pour la résolution des conflits.

Depuis son entrée en vigueur, le Protocole d'Accord Assureurs/Organismes Sociaux a été impacté par les évolutions législatives et réglementaires d'où sa réforme en 2013. Ce protocole tend ainsi sur certains points à se rapprocher du droit commun. Qu'en est-il du règlement des conflits ?

Il convient ainsi de se demander : dans quelle mesure le règlement conventionnel des conflits en matière d'accidents de la circulation dans le cadre de la gestion des recours contre tiers diffère du droit commun ? N'emprunte-t-il pas à certains égards au droit commun ?

Nous envisagerons successivement pour répondre à cette question les différents modes de gestion des conflits en RCT dans une première partie avant de nous intéresser plus concrètement à la procédure de règlement des conflits en RCT dans une deuxième partie.

Partie 1: Identification des modes de gestion des conflits en RCT

Comme énoncé précédemment, le recours contre tiers est l'action exercée par les Caisses afin de récupérer auprès du tiers responsable (ou de son assureur) les sommes qu'elles ont versées aux assurés sociaux victimes d'un accident.

La Caisse qui a pris en charge les conséquences de cet accident dispose d'un recours contre le tiers responsable afin de lui faire supporter le remboursement des soins qui n'auraient pas été dispensés si le tiers n'avait pas commis cet accident qui engage sa responsabilité. L'exercice d'un recours contre tiers nécessite alors de mettre en oeuvre des règles de la responsabilité (civile, pénale ou administrative).

En dehors de ce régime de droit commun de la responsabilité, le législateur à travers la loi Batinder, a créé un régime spécifique pour les accidents de la circulation. En outre, le protocole Bergeras a également mis en place un système conventionnel d'indemnisation.

Il ressort de ces considérations l'existence de deux grands types de recours en matière d'accidents de la circulation, dans le cadre de la gestion des recours contre tiers par les Caisses qui concernent :

- en premier lieu les accidents de la circulation occasionnés par un VTM ou par une bicyclette gérés dans le cadre du PAOS,
- et en deuxième lieu les accidents gérés dans le cadre du droit commun notamment lorsque le tiers n'est pas assuré ou lorsque la compagnie d'assurance n'a pas adhéré au protocole.

Dès lors, en cas de conflit dans l'exercice du recours contre tiers par les Caisses, on dénombre alors deux modes de gestion des conflits prévus d'une part par le Protocole d'Accord Assureurs/Organismes Sociaux (§1) et d'autre part par le droit commun (§ 2).

§1- L'application du PAOS, régime général de gestion des conflits

Le protocole Bergeras concerne le recouvrement des créances des organismes sociaux auprès des Compagnies d'assurance à la suite d'accidents impliquant notamment des véhicules terrestres à moteur. Il nécessite pour son application qu'un certain nombre de conditions soient réunies (A).

Le protocole a été mis en place dans un objectif de simplification et d'élimination des causes de contentieux entre les Organismes sociaux et les assureurs. Il n'en demeure pas moins que des conflits puissent opposer ces deux parties dans l'exercice du recours contre tiers (B).

A) Les conditions d'application du PAOS en matière d'accidents de la circulation causés par un VTM

Au regard des accidents visés par le protocole Bergeras, on peut considérer que celui-ci a un champ d'application plus large que la loi Batinder. Les accidents visés par le protocole sont :

- ceux impliquant des véhicules soumis à l'obligation d'assurance,
- ceux causés par des bicyclettes, même lorsqu'elles sont tenues à la main,
- et les accidents survenus entre piétons et cyclistes et ceux entre cyclistes sans VTM impliqué.

Selon le protocole, sont assimilés à des piétons :

- les personnes qui conduisent une voiture d'enfant, de malade ou d'infirmes, ou tout autre de véhicule de petite dimension sans moteur,
- les personnes qui conduisent à la main un cycle ou un cyclomoteur,
- et les infirmes qui se déplacent dans une chaise roulante mue par eux-mêmes ou circulant l'allure du pas (soit moins de 6 km/h).

Le protocole ne considère pas comme piétonne, « *la victime d'un accident impliquant plus de 2 véhicules et survenu au cours d'une succession de collisions intervenues dans un enchaînement continu et dans un même laps de temps et qui ne serait plus dans ou sur son véhicule au moment de l'impact* ».

Les conditions d'application du Protocole Bergeras, dans l'hypothèse d'un accident de la circulation impliquant un VTM soumis à l'obligation d'assurance, s'inspirent des travaux préparatoires de la loi Badinter.

En effet, dans ce cas de figure, l'application du protocole Bergeras est subordonnée à la survenance d'un accident de la circulation (1) dans lequel un véhicule terrestre à moteur doit être impliqué (2).

1- La notion d'accident de la circulation

L'accident de la circulation est défini par la loi Badinter comme *« tout événement survenu en dehors de toute intervention humaine (ou cas fortuit) ou qui résulte d'un fait de l'homme quelconque, à condition qu'il ne soit pas intentionnel, dans lequel un véhicule est impliqué »*.

La notion d'accident de la circulation suppose un événement fortuit et imprévisible, ce qui exclut par conséquent les infractions volontaires. Dès lors, le dommage causé à la victime doit être indépendant de toute volonté.

L'exclusion des infractions volontaires paraît compréhensible et logique dans la mesure où si on retenait la qualification d'accident dans les cas d'infraction volontaire, l'assureur de l'auteur de la faute intentionnelle n'accepterait pas d'indemniser le dommage. En effet, conformément à l'article L.113-1 al 2 du Code des assurances, *« l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré »*.

Qu'en est-il de la notion de circulation ? Cette notion a été précisée par la jurisprudence qui en a délimité les contours. La Cour de cassation a considéré que les accidents de la circulation ne devaient pas se limiter uniquement aux accidents ayant lieu sur les voies destinées à la circulation routière. Cela peut concerner également les accidents survenus en des lieux privés destinés à la circulation. Sera donc considéré comme un accident de la circulation, l'accident survenu sur un parking, dans un champ ou sur une piste de ski.

La notion d'accident de la circulation est ainsi largement interprétée et ne vise pas seulement l'hypothèse d'un accident survenu sur une voie ouverte à la circulation publique.

Sur le fait de circulation, la jurisprudence admet que ce fait n'implique pas nécessairement que le véhicule en cause ait été en mouvement lors de l'accident car l'absence de mouvement n'équivaut pas à une absence de circulation.

Il convient toutefois de souligner que la jurisprudence opérait une distinction entre le véhicule à l'arrêt et le véhicule stationné sur une voie ouverte à la circulation publique qui n'était pas considéré comme en circulation. Par trois arrêts rendus le 22 novembre 1995³ par la deuxième chambre civile de la Cour de Cassation, la jurisprudence a abandonné cette distinction.

La notion de circulation suppose aussi que l'accident soit lié aux fonctions de déplacement du véhicule en cause. Dès lors, le rôle joué par le véhicule au moment de l'accident est nécessaire pour considérer que celui-ci était ou non en circulation.

En définitive, l'accident de la circulation est certes une condition d'application du PAOS mais celui-ci requiert pour s'appliquer, dans le cas d'un accident causé par un VTM, une autre condition qui est l'implication dans l'accident d'un véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance.

2- L'implication d'un VTM soumis à l'obligation d'assurance

Le Protocole Bergeras s'applique aux accidents de la circulation impliquant des véhicules terrestres à moteur soumis à l'obligation d'assurance.

L'article L. 211-1 al 1 du Code des assurances dispose qu'on entend par véhicule « *tout véhicule terrestre à moteur, c'est-à-dire tout véhicule automoteur destiné à circuler sur le sol et qui peut être actionné par une force mécanique sans être lié à une voie ferrée, ainsi que toute remorque, même non attelée* ».

³ Cass. 2ème civ., 22 nov. 1995, n° 94-10.046, n° 93-21.221 et n° 94-10.054

Précisons que les véhicules terrestres visés par le protocole sont :

- les véhicules soumis à l'obligation d'assurance ayant leur stationnement habituel en France (métropolitaine et DOM) ou dans la principauté de Monaco, à l'exclusion des chemins de fer et des tramways,
- les véhicules terrestres construits en vue d'être attelés à un véhicule terrestre à moteur, et destinés au transport de personnes ou de choses (remorque ou semi-remorque attelée ou dételée, même tenue à la main),
- et tout appareil terrestre attelé à un véhicule terrestre à moteur (charrue, etc..).

Le protocole assimile, par conséquent, aux véhicules terrestres à moteur, leur remorque et semi-remorque, mais exclut les chemins de fer et tramways. Qu'en est-il de « *l'implication* » ?

Le protocole considère qu'en cas de collision, est impliqué dans l'accident tout véhicule entré en contact avec l'un quelconque des autres véhicules (ou un de ses occupants), avec un piéton, un cycliste, un animal, ou un objet projeté par un véhicule.

En l'absence de collision, est impliqué dans l'accident (au regard du protocole), tout véhicule dont le conducteur a commis une faute au sens du barème de répartition des recours à condition qu'il ait participé au moins partiellement à la réalisation de l'accident et tout véhicule endommagé (y compris ses objets transportés) ou dont un occupant (même descendu) a subi une atteinte à sa personne.

Pour que la victime ait droit à indemnisation, il suffit donc de prouver que le VTM est intervenu de quelque manière que ce soit dans l'accident.

Précisons que la Cour de cassation considère qu'il y a implication si la victime est entrée en contact avec un véhicule en mouvement ou immobile. S'il n'y a eu aucun contact entre la victime et le véhicule en mouvement ou immobile, l'implication n'est pas présumée. Il appartiendra à la victime d'apporter la preuve de l'intervention du véhicule dans son dommage. Cette preuve semble facile à rapporter puisqu'il suffit de prouver que le véhicule a joué un rôle quelconque dans l'accident. La victime doit cependant démontrer que l'accident ne serait pas survenu ou ne se serait pas déroulé de la même façon si le véhicule n'avait pas été présent.

L'implication est non seulement une condition d'application du PAOS mais elle permet aussi de désigner le débiteur de l'indemnisation.

La situation se complique lorsqu'on est en présence d'un accident complexe c'est-à-dire un accident « *impliquant plus de deux véhicules, survenu au cours d'une succession de collisions intervenues dans un enchaînement continu et dans un même laps de temps* ».

En cas d'accident complexe, chaque conducteur est tenu à réparation si son véhicule est impliqué dans l'accident. Afin de simplifier l'analyse d'un tel accident, la jurisprudence l'envisage comme un accident unique. Cela permet à la victime d'agir en indemnisation contre l'un quelconque des véhicules impliqués, sans avoir à justifier ou à identifier lequel des véhicules est directement la cause de son dommage.

Enfin, le Protocole Bergeras exige également que le VTM impliqué dans l'accident soit soumis à l'obligation d'assurance.

En matière d'accident de la circulation, il y a une obligation d'assurance visée à l'article L. 211-1 du Code des assurances qui impose que le conducteur d'un VTM soit couvert par une assurance garantissant sa responsabilité civile. En cas d'accident de la circulation impliquant son VTM, il reviendra à son assureur d'indemniser la victime.

Après avoir étudié les conditions d'application du protocole Bergeras dans le cadre d'accidents de la circulation causés par un VTM, il convient maintenant d'envisager les différents conflits qui peuvent opposer les Organismes sociaux aux assureurs dans le cadre protocolaire de l'exercice du recours contre tiers.

B) Les différents conflits soulevés dans l'application du PAOS

Le protocole Bergeras s'applique aux recours consécutifs aux accidents survenus depuis son entrée en vigueur en facilitant plus rapidement l'indemnisation des victimes mais également le recouvrement par les Caisses des prestations versées aux victimes.

L'intérêt pour les Caisses lorsque le protocole est applicable, c'est qu'elles obtiennent le remboursement de leur créance de la part de l'assureur de la victime et non de l'assureur du tiers

responsable. Il reviendra ensuite à l'assureur de la victime de se retourner contre l'assureur du tiers responsable pour se faire rembourser.

Dans le cadre du recours contre tiers, l'assureur gestionnaire est par conséquent l'assureur de la victime. Il est chargé vis-à-vis de la Caisse de l'application du protocole et devra l'informer de son intervention, accueillir son recours, instruire et rembourser ses demandes conformément aux dispositions du protocole. Cependant, lorsque la victime est passager, piéton ou cycliste, l'assureur gestionnaire sera l'assureur du tiers responsable.

Ces mesures de gestion visant à simplifier et à accélérer le remboursement de la créance de la Caisse ne mettent pas pour autant fin à tout conflit. En effet, des contestations peuvent naître entre les assureurs et les Caisses portant, comme nous le verrons, sur la détermination conventionnelle de la responsabilité du tiers (1), sur la créance de la Caisse (2) mais également sur le préjudice subi par l'assuré social victime (3).

1- L'opposition sur la détermination conventionnelle de la responsabilité

Dans le cadre protocolaire, le remboursement des dépenses de la Caisse est effectué en fonction de dispositions conventionnelles spécifiques qui font appel à des barèmes pour apprécier les responsabilités encourues et évaluer les préjudices subis.

Plus concrètement, les barèmes envisagent un certain nombre de cas de figures et indiquent, pour chacun, qui supportera la responsabilité et dans quelle proportion⁴.

Selon que la victime soit conducteur, passager, piéton avec ou sans VTM impliqué, le barème applicable diffère. Dès lors, il faut au préalable qualifier la qualité de la victime afin de déterminer le cas de barème applicable.

Prenons l'exemple d'un accident entre deux véhicules X et Y circulant dans le même sens. En cas de choc latéral de Y contre X, le cas de barème applicable sera le cas 10. En effet, dans ce

⁴ cf. annexe 2

cas de figure impliquant deux conducteurs, Y sera considéré comme le conducteur responsable (car il a par son action provoqué l'accident) et X comme le conducteur victime.

Autre exemple, un accident impliquant un passager de VTM de moins de 16 ans ou de plus de 70 ans. En cas de faute intentionnelle du passager, la victime ici sera le conducteur et le cas de barème applicable dans cette hypothèse est le cas 70.

Cette détermination conventionnelle de la responsabilité n'est pas simple. De nombreuses contestations peuvent ainsi opposer les Caisses aux assureurs, chaque partie revendiquant le cas de barème qui lui est favorable.

Durant mon stage à la CPAM de la Sarthe, j'ai été confrontée dans certains dossiers à cette opposition entre la Caisse et l'assureur sur le cas de barème applicable.

En l'espèce, dans l'un des dossiers qui m'a été soumis, un accident de la voie publique impliquant un cyclomoteur volé a occasionné un blessé. La Caisse proposait l'application du cas de barème 83 au motif que l'assuré social blessé avait la qualité de piétonne victime au moment de l'accident. A l'inverse, l'assureur estimait qu'il était conducteur et proposait l'application du cas de barème 67. La Caisse a contesté l'application d'un cas de barème conducteur au motif qu'il n'a pas été établi par les pièces du procès-verbal que l'assuré était conducteur du cyclomoteur au moment des faits. La Compagnie d'assurance, à la lecture du procès-verbal, a pour sa part considéré qu'il était impossible conventionnellement de déterminer un cas de barème applicable dans la mesure où la matérialité des faits n'était pas établie.

Conformément aux dispositions générales du PAOS, les deux parties s'en sont remis à la Commission d'arbitrage (dont je vous parlerai plus en détails dans la deuxième partie de ce mémoire) pour le règlement de leur différend.

La responsabilité du tiers doit être établie par des moyens de preuve qui ont été prévus conventionnellement.

Ainsi, selon l'annexe 1 du Protocole Bergeras, les moyens de preuve conventionnellement recevables pour déterminer la qualité de la victime sont constitués par :

- le procès-verbal des Autorités de Police ou de Gendarmerie,
- le constat amiable lorsqu'il est signé par les deux conducteurs,
- les déclarations unilatérales des conducteurs adressées à leur assureur,
- et les déclarations écrites des témoins.

La preuve de la matérialité de l'accident est à rapporter par la Caisse lorsque l'assureur ne dispose pas d'éléments (déclaration de son sociétaire, constat amiable...).

L'exercice du recours contre tiers dans le cadre protocolaire nécessite donc de déterminer la qualification de la victime, la typologie de l'accident (c'est à dire dans quel sens et dans quelle direction circulent les véhicules), le véhicule ayant commis une faute pour pouvoir enfin déterminer le cas de barème applicable.

Précisons que l'assureur qui indique à la Caisse appliquer un cas de barème doit indiquer au bénéficiaire ou à l'encontre duquel des véhicules impliqués il le retient. A défaut de cette indication, la Caisse peut légitimement considérer que ce cas de barème s'applique au bénéficiaire de la victime.

Enfin, le fait pour l'assureur de demander à la Caisse de produire sa créance n'implique pas que le cas de barème soit au bénéfice de la victime. La Caisse est tenue de répondre à cette demande (imposée par la loi Batinder) même si elle n'exerce pas son droit à recours.

La détermination du cas de barème est une étape préalable et majeure dans l'exercice du recours contre tiers. Cela permet d'une part aux Organismes sociaux de pouvoir prétendre au règlement de leur créance et d'autre part aux assureurs de limiter, en fonction des circonstances, la responsabilité de leur assuré. Le choix entre différents barèmes influence l'évaluation du préjudice et conditionne l'indemnisation.

Intéressons-nous maintenant aux contestations relatives à la créance de la Caisse.

2- Les contestations relatives à la créance de la Caisse

On pourrait définir la créance comme l'ensemble des prestations servies (et à servir) par les organismes sociaux aux assurés victimes. La créance représente ainsi la facture correspondant à toutes les dépenses d'assurance maladie réparant l'intégrité physique de la victime.

Sont incluses dans la créance toutes les prestations servies en rapport avec l'accident : les prestations en nature (consultations, pharmacie, soins paramédicaux...), les prestations en espèces (indemnités journalières), les frais d'hospitalisation, les frais futurs, les pensions d'invalidité et rentes accidents du travail...

Le PAOS n'a pas vocation à déterminer la créance de la caisse, celle-ci devant être calculée selon ses propres règles. La loi du 5 juillet 1985 a cependant imposé aux tiers payeurs au titre desquels figurent les organismes sociaux, des obligations concernant les productions de créance. Ces dispositions ont été introduites dans le Règlement d'Application Pratique du PAOS.

Ainsi, la demande adressée par l'assureur à une caisse, en vue de la production de sa créance, est soumise à un formalisme strict et doit comporter au minimum les indications suivantes :

- Les nom, prénom et adresse de la victime et/ou de l'assuré social "ouvrant droit" de la victime,
- l'une des mentions suivantes :
 - le numéro d'immatriculation de l'assuré social,
 - à défaut le nom et l'adresse de son employeur éventuel,
 - à défaut la date de naissance de l'assuré social.

Si à la suite d'un premier échange d'informations, la caisse a déjà communiqué ses références à l'assureur, l'indication de ces références dans la demande est suffisante. Par ailleurs, la demande de l'assureur doit contenir la mention "*demande de production de créance*" soit en intitulé, soit dans le texte lui-même ainsi que la référence expresse à l'article 14 de la loi du 5 juillet 1985.

Cet article dispose (en ses alinéas 1 et 2) que « *dès lors que l'assureur n'a pu, sans qu'il y ait faute de sa part, savoir que l'accident avait imposé des débours aux tiers payeurs visés aux articles 29 et 33 de la présente loi, ceux-ci perdent tout droit à remboursement contre lui et contre l'auteur du dommage. Toutefois, l'assureur ne peut invoquer une telle ignorance à l'égard des organismes versant des prestations de sécurité sociale.*

Dans tous les cas, le défaut de production des créances des tiers payeurs, dans un délai de quatre mois à compter de la demande émanant de l'assureur, entraîne déchéance de leurs droits à l'encontre de l'assureur et de l'auteur du dommage ».

Dès lors, conformément aux dispositions de cet article, si la Caisse ne produit pas sa créance dans un délai de quatre mois, elle perd tout droit à remboursement à l'encontre notamment de l'assureur. A l'inverse, si l'assureur omet dans sa lettre de demande de production de créance, les différentes indications mentionnées précédemment, le délai de déchéance prévu au 4.1.2.2 du RAP ne court pas. Cela signifie que la caisse ne sera pas tenue de répondre à l'assureur dans le délai de quatre mois et ce dernier ne pourra lui opposer la forclusion.

Au regard de ces considérations, des conflits peuvent opposer les deux parties. Ainsi, l'assureur peut opposer à la Caisse une non-garantie c'est-à-dire qu'elle lui fait part de son intention de ne pas garantir le sinistre conformément aux dispositions des articles L.113-3 (pour non-paiement des primes) et L.113-8 (pour fausse déclaration intentionnelle) du Code des assurances. Cette non-garantie a pour conséquence de transférer la gestion du mandat vers l'assureur du tiers responsable même si c'est cet assureur qui dénie sa garantie.

L'assureur peut également opposer un silence à la production de créance spontanée adressée par la Caisse ou lui adresser une demande de production de créance plus de trois mois après l'accident. En outre, lorsque la Caisse produit une créance définitive, l'assureur peut lui indiquer qu'une autre Caisse a déjà produit une créance définitive.

Les différents conflits qui peuvent opposer la caisse à l'assureur, concernant sa créance, ont été envisagés par le protocole qui a prévu des solutions pour y remédier. Mais on constate dans certains cas, que ces solutions ne permettent pas toujours de mettre fin au conflit, ce qui pousse les parties à engager une procédure de règlement conventionnel de leur différend.

En l'espèce, dans un dossier que j'ai eu à étudier, l'assuré social a été victime d'un accident de la voie publique alors qu'il était passager d'un véhicule volé. La Caisse a adressé à l'assureur le montant provisoire des prestations servies.

L'assureur a indiqué à la caisse qu'il refusait de prendre en charge ce sinistre en opposant une exclusion de garantie au motif que la victime était co-auteur ou complice du vol. L'assureur s'est fondé sur l'article L.221-1 du Code des Assurances qui dispose à l'alinéa 2 qu' « *en cas de vol, les contrats d'assurance couvrant la responsabilité civile du conducteur ne couvrent pas la réparation des dommages subis par les auteurs, co-auteurs ou complices de vol* ». Par ailleurs, la Compagnie d'assurance s'est également basée sur les Conditions Générales de son contrat d'assurance qui prévoient que cette exclusion de garantie est aussi opposable aux tiers qui se trouvent dans cette situation.

La Caisse a estimé que l'assuré social victime d'un accident de la circulation devait bénéficier des dispositions de la Loi Batinder. En effet, l'article 3 de la loi Batinder dispose que « *les victimes, hormis les conducteurs de VTM, sont indemnisées des dommages résultant des atteintes à leur personne qu'elles ont subis, sans que puisse leur être opposée leur propre faute à l'exception de leur faute inexcusable si elle a été la cause exclusive de l'accident* ».

Cet exemple illustre l'un des conflits pouvant opposer la Caisse à l'assureur et portant sur la difficulté de recouvrement par la Caisse des prestations qu'elle a servies à la victime.

Dans la suite logique de cette réflexion, il conviendrait d'envisager les contestations relatives au préjudice subi par l'assuré social victime.

3- Les contestations relatives au préjudice subi par l'assuré social victime

Le Protocole Bergeras définit le préjudice comme l'atteinte subie par une personne physique justifiant une réparation dès lors qu'un tiers en est responsable. L'assureur est subrogé dans les obligations du tiers et la Caisse est subrogée dans les droits de la victime.

L'assureur peut contester l'imputabilité des prestations servies par la Caisse. En effet, les prestations servies par la Caisse doivent être en rapport avec l'accident. En cas de litige, l'imputabilité étant un problème d'ordre médical, la Caisse doit impérativement solliciter l'avis du médecin conseil.

Si celui-ci partage l'avis de la Compagnie, la Caisse devra rectifier sa créance. S'il est en désaccord avec la position de l'assureur, il est nécessaire alors de mettre en place un rapprochement amiable ou une expertise médicale, afin de départager les parties, conformément aux dispositions du Protocole.

Il convient de préciser que ce n'est qu'en cas de difficultés d'imputabilité ou de causalité que les Compagnies d'assurances peuvent réclamer aux Caisses la justification des dépenses. En revanche, en cas de transaction entre la victime et l'assureur (et à condition qu'il y ait un tiers responsable), la Caisse est tenue, même lorsqu'elle n'a pas de recours, de fournir à l'assureur qui le lui demande, le décompte actualisé des prestations qu'elle a versées à la victime et celles qu'elle envisage de lui verser.

En dehors de l'imputabilité, une autre difficulté relative au préjudice subi par la victime peut opposer les Caisses aux assureurs : il s'agit de la date de consolidation qui est nécessaire pour l'évaluation du dommage corporel. En effet, aucun dommage corporel ne peut être réparé tant que la consolidation n'est pas acquise. Avant cette date, les victimes peuvent obtenir des indemnités provisionnelles.

Il n'existe pas de définition légale de la consolidation. Néanmoins, la Commission de réflexion sur la doctrine et la méthodologie de l'évaluation du dommage corporel, réunie au Palais de justice de Paris de novembre 1985 à février 1987 a défini la date de consolidation comme « *le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif* ». Le contenu de cette définition a été repris par la nomenclature Dintilhac qui établit une nomenclature des postes de préjudices indemnifiables.

Il ressort de cette définition que la date de consolidation doit être fixée lorsque les séquelles de la victime ont un caractère définitif et stable. La fixation de la date de consolidation permet ainsi à la victime d'un accident de la circulation de solliciter l'indemnisation définitive de son préjudice.

La loi du 5 juillet 1985 a imposé aux Caisses de produire une créance définitive dans le délai de quatre mois dès lors que l'assureur indique que la victime est consolidée. Cependant, l'assureur n'est pas tenu d'indiquer la date de consolidation, ni de fournir les conclusions du rapport d'expertise judiciaire ou de l'examen Badinter, ce qui ne facilite pas la gestion du recours par les

Caisses. En effet, ces conclusions de droit commun ne sont pas opposables aux Caisses. Elles sont toutefois obligées de produire des créances en fonction de ces mêmes conclusions.

Lorsque la demande de production de créance de l'assureur ne mentionne pas la consolidation de la victime, les créances produites dans le délai de quatre mois sont réputées provisoires sauf si leur caractère définitif est expressément précisé par la Caisse.

Il convient de préciser que le protocole a fixé un seuil d'exigibilité en ce qui concerne les créances provisoires. Ce seuil d'exigibilité fixé à 2.000 euros permet ainsi à la Caisse de pouvoir réclamer à l'assureur le remboursement de sa créance provisoire même lorsque la victime n'est pas encore consolidée.

Après avoir étudié le régime général de gestion des conflits en RCT (à savoir l'application du Protocole Bergeras) et en ayant pris soin d'évoquer les différentes contestations qui peuvent se poser dans ce régime, intéressons-nous au deuxième mode de gestion des conflits en RCT.

§2- L'attachement au droit commun dans la gestion des conflits en RCT

En matière d'accident de la circulation, le recours des CPAM contre le tiers responsable peut également s'effectuer selon les règles du droit commun.

Conformément aux dispositions des articles L.376-1 et L.454-1 du Code de la Sécurité Sociale, les Caisses de sécurité sociale qui ont servies des prestations à l'assuré ou à ses ayants-droit disposent d'un recours subrogatoire contre l'auteur responsable de l'accident. Le recours des tiers payeurs est par conséquent un droit légiféré, ces derniers peuvent recouvrer leur créance par application du droit commun.

Dans la mesure où le Protocole Bergeras exige pour son application qu'un certain nombre de conditions soient réunies, les accidents de la circulation ne réunissant pas ces conditions seront gérés dans le droit commun. Par ailleurs, nous verrons que l'exercice du recours contre tiers en droit commun n'est pas non plus exempt de conflit.

Ainsi, il conviendra d'envisager les cas de recours au droit commun (A) avant d'aborder les différents conflits qui peuvent se poser en droit commun (B).

A) Les cas de recours au droit commun

Dans le cadre du recouvrement des créances des Organismes de protection sociale auprès des entreprises d'assurance, le Protocole Bergeras ne peut s'appliquer que dans l'hypothèse où la Compagnie d'assurance du véhicule impliqué a adhéré au protocole.

Dans le cadre d'un accident impliquant deux VTM ou plus, lorsque le seul assureur qui a adhéré au protocole est celui du conducteur victime, le protocole ne s'applique pas.

En matière d'accidents de la circulation, dans le cadre de la gestion des recours contre tiers par les Caisses, celles-ci devront donc se fonder sur les règles du droit commun pour déterminer si le tiers responsable de l'accident est tenu de réparer le préjudice causé à la victime.

Les motifs de recours au droit commun concernent essentiellement l'hypothèse des Compagnies d'assurance qui n'ont pas adhéré au protocole (1) mais également l'absence d'implication dans l'accident d'un VTM soumis à l'obligation d'assurance (2).

1- Les Compagnies d'assurance non-adhérentes au PAOS

Toutes les Compagnies d'assurance françaises n'ont pas adhéré au PAOS. La non-adhésion au Protocole concerne aussi les assureurs étrangers des tiers qui ont causé, sur le territoire français, un accident de la circulation avec leur VTM immatriculé à l'étranger.

Dans un tel cas de figure, la Caisse devra se retourner, en se basant sur le droit commun, contre l'assureur étranger du véhicule impliqué. C'est sur ce même fondement que se basera aussi la Caisse pour agir à l'encontre d'une Compagnie française non adhérente au Protocole dans le cadre d'un accident de la circulation causé par un VTM immatriculé en France.

La mise en place du Bureau Central Français (BCF) facilite les démarches de la Caisse dans le cadre de la procédure de recouvrement de sa créance auprès de l'assureur étranger.

Le BCF est spécialisé dans le règlement de sinistres pour les accidents de la circulation causés notamment par des véhicules étrangers sur le territoire français. Le BCF a été créé en 1951 dans le cadre du système carte verte afin de faciliter non seulement la circulation automobile internationale mais aussi le règlement des sinistres entre véhicules étrangers. Précisons que toutes les Compagnies d'assurances existant sur le sol français et proposant une assurance de responsabilité civile obligatoire doivent adhérer au BCF.

En cas d'accident de la circulation causé à des victimes assurées sociales françaises par des véhicules immatriculés à l'étranger, le BCF se porte garant de l'indemnisation des victimes selon les dispositions régissant l'assurance responsabilité civile dans le pays où s'est produit l'accident (en l'occurrence ici en France).

2- L'absence d'implication d'un VTM soumis à l'obligation d'assurance

Conformément aux dispositions de l'article L.211-1 du code des assurances, le conducteur d'un VTM doit, pour le faire circuler, être couvert par une assurance garantissant sa responsabilité civile en raison de dommages subis par des tiers résultant d'atteintes aux personnes ou aux biens dans la réalisation desquels son véhicule est impliqué. Cet article rappelle l'une des conditions d'application du Protocole Bergeras qui exige que le véhicule impliqué dans l'accident soit assuré.

Par conséquent, lorsqu'un accident de la circulation a été causé par un tiers dont le véhicule n'est pas assuré, le Protocole Bergeras ne peut pas s'appliquer. La Caisse ne pourra recouvrer sa créance qu'en se fondant sur le droit commun.

Par ailleurs, on peut se retrouver dans l'hypothèse où le véhicule impliqué dans l'accident est en principe assuré mais la Compagnie d'assurance refuse de faire jouer la garantie soit pour non-paiement des primes (art L.113-3 du code des assurances) ou soit pour fausse déclaration intentionnelle (art L.113-8 du code des assurances).

Cependant, pour que la fausse déclaration intentionnelle entraîne une nullité du contrat d'assurance, elle doit émaner du souscripteur du contrat d'assurance, être intentionnelle et modifier le risque garanti. Si ces trois conditions sont réunies, l'assureur pourra soulever la nullité du contrat

d'assurance. Les Caisses devront se fonder sur le droit commun pour obtenir le remboursement de leur créance.

J'ai ainsi eu l'opportunité, au cours de mon stage, d'étudier un dossier dans lequel l'assureur du tiers responsable a refusé d'intervenir au motif que les garanties du contrat d'assurance souscrit par le tiers étaient suspendues au moment de l'accident pour non-paiement des primes. Le Fonds de Garantie des Assurances Obligatoires de dommages a dû intervenir pour indemniser la victime.

Quant au règlement des prestations que la Caisse a servies à la victime, celui-ci est à la charge du tiers. Conformément à l'article L.376-1 du Code de la sécurité sociale, la Caisse dispose d'un recours contre l'auteur responsable de l'accident conformément aux règles du droit commun.

Envisageons de manière plus approfondie les différentes difficultés que peut rencontrer la Caisse dans l'exercice de son recours contre tiers dans le cadre du droit commun.

B) Les différents conflits rencontrés en droit commun

Les Organismes sociaux peuvent se heurter aussi à des difficultés dans le cadre de la gestion des recours contre tiers en droit commun. En effet, comme nous l'avions évoqué précédemment, toutes les Compagnies d'assurance n'ont pas adhéré au Protocole Bergeras dont l'objectif est notamment d'accélérer le recouvrement par les Organismes de protection sociale des créances qu'ils détiennent auprès de l'assureur du responsable pour le montant des prestations versées aux victimes d'accidents de la circulation.

La non-adhésion d'une Compagnie d'assurance peut, par conséquent, ralentir le remboursement des prestations servies par la Caisse à la victime mais également la gestion de ses recours contre tiers.

Il conviendra donc d'envisager les différents conflits qui peuvent se poser dans les rapports de la Caisse avec les assureurs (1) mais également dans les rapports de la Caisse avec la victime et le tiers responsable (2).

1- Dans les rapports de la Caisse avec la Compagnie d'assurance

Au titre des indemnités versées à la victime d'un accident de la circulation et sous certaines conditions, les tiers payeurs disposent d'un recours à l'encontre de la personne responsable de l'accident.

L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale prévoit ainsi que la victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur doivent informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers.

Une obligation d'information est également mise à la charge de l'assureur du tiers responsable en droit commun. Celui-ci doit informer la caisse dont relève la victime dans un délai de 3 mois à compter de la date à laquelle il a connaissance de l'accident.

Par ailleurs, la victime peut solliciter l'indemnisation de son préjudice en initiant une procédure amiable directement auprès du tiers responsable, ou le cas échéant, de son assureur. Conformément aux dispositions de l'article L.376-3 du code de la sécurité sociale, *« le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré ne peut être opposé à la caisse de sécurité sociale qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre »*.

Ainsi, l'assureur est non seulement tenu de signaler la survenue de l'accident avant le déclenchement de toute procédure d'indemnisation mais il doit également informer la caisse de l'existence d'une transaction amiable afin que celle-ci puisse y participer. A défaut, il ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance et s'expose à une pénalité financière.

Concernant la créance de la Caisse, il appartient à celle-ci (comme dans le cadre du Protocole) d'établir que les dépenses engagées sont liées au préjudice subi par la victime de l'accident de la circulation et non à un état antérieur de ce dernier. Cela implique de produire une attestation d'imputabilité du médecin conseil de la Caisse. L'assureur peut contester l'attestation d'imputabilité en considérant que les dépenses faites par la Caisse ne sont pas en lien avec le préjudice subi par la victime. Il peut aussi y avoir une incohérence entre les éléments du bilan médico-légal établi par l'expert mandaté par l'assureur du tiers responsable et les éléments retenus dans la créance de la Caisse.

L'assureur peut également opposer un silence à la production de la créance de la Caisse et celle-ci peut avoir des difficultés à recouvrer sa créance en cas de pluralité de responsables.

Qu'en est-il des rapports de la Caisse avec la victime et le tiers responsable ?

2- Dans les rapports de la Caisse avec la victime et le tiers responsable

L'article 15 de la loi Batinder dispose que *« lorsque, du fait de la victime, les tiers payeurs n'ont pu faire valoir leurs droits contre l'assureur, ils ont un recours contre la victime à concurrence de l'indemnité qu'elle a perçue de l'assureur au titre du même chef de préjudice et dans les limites prévues à l'article 31. Ils doivent agir dans un délai de deux ans à compter de la demande de versement des prestations »*.

L'assuré victime peut refuser de fournir à la Caisse des éléments nécessaires à la défense de ses intérêts ou à l'établissement de sa créance. Dans une telle hypothèse, la Caisse devra agir contre la victime en se basant sur les textes du droit commun afin de faire valoir ses droits. Ce recours de la caisse contre la victime est tout à fait justifié dans la mesure où celle-ci a reçue des prestations de la part de l'Assurance Maladie à la suite de son accident. Il est donc compréhensible que la Caisse obtienne le remboursement de ce qu'elle lui a versé auprès du tiers responsable ou de son assureur afin d'éviter que la collectivité supporte des coûts qui ne lui incombent pas. La victime doit, par conséquent, coopérer et aider la Caisse dans ce sens. A défaut, elle engage sa responsabilité civile.

L'inaction de la victime ne fait pas cependant obstacle à l'action en remboursement de la Caisse à l'encontre du tiers responsable⁵. En effet, la Caisse peut agir devant les juridictions afin d'obtenir le remboursement des sommes qui lui sont dues. Elle doit néanmoins inviter la victime à participer à l'action qu'elle a initiée devant les juridictions.

Lorsque la victime qui a initié une action en justice afin d'être indemnisé des préjudices qu'elle a subi se désiste de sa demande, cela a pour conséquence de mettre fin à l'instance. Qu'en est-il alors de la créance de la Caisse ?

Dans un arrêt du 10 octobre 2011 (n° 32-8500), le Conseil d'Etat a estimé que les dispositions de l'article L.376-1 du Code de la sécurité sociale (qui portent sur le recours des Caisses contre les tiers) *« ne font pas dépendre de l'exercice d'un recours indemnitaire par la victime ou ses ayants droits la possibilité pour la Caisse de sécurité sociale, subrogée dans les*

⁵ Cass. Ch.Soc.16 janv 2003, n° 01-16204

droits de son assuré à hauteur des prestations qu'elle lui a versées, d'en poursuivre le remboursement par le responsable de l'accident ». A travers cette décision, le Conseil d'Etat confirme que les Caisses disposent d'un droit de recours propre devant n'importe quelle juridiction (civile, administrative ou pénale) qui peut être engagé même lorsque la victime reste inactive ou se désiste de sa demande.

Il convient de préciser que le recours subrogatoire de la Caisse contre le tiers responsable nécessite de faire le décompte des prestations que la Caisse a versé (ou versera) à la victime afin de déterminer l'indemnité à laquelle sera tenue le tiers. Depuis la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, le recours subrogatoire des Caisses contre les tiers s'exerce poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel. L'alinéa 4 de l'article L.376-1 du Code de la sécurité sociale précise que « *la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée* ».

Lorsque la victime n'a été indemnisé de son préjudice que partiellement par les Caisses (notamment en cas de partage de responsabilité avec le tiers), elle peut agir contre le tiers responsable afin d'obtenir une réparation intégrale. Elle sera payée alors par préférence à la Caisse. Cette situation est préjudiciable aux Caisses car cela réduit le montant qu'elles vont récupérer auprès du tiers dans la mesure où elles seront réglées sur le solde restant.

Dans les rapports de la Caisse avec le tiers responsable, la caisse peut être confrontée à des difficultés lorsque le tiers est directement le débiteur de sa créance. En effet, lorsque le tiers responsable n'est pas assuré, la Caisse qui agit contre lui sur le fondement du droit commun peut avoir du mal à recouvrer sa créance s'il apparaît que le tiers est insolvable.

Les choses se compliquent aussi en cas de décès du tiers. S'il y a eu une reconnaissance de responsabilité du tiers avant son décès dans le cadre d'une procédure amiable, la Caisse peut déclarer sa créance auprès du notaire chargé de régler la succession. De même, en cas de reconnaissance judiciaire de la responsabilité du tiers, il appartient à la Caisse de produire la décision auprès de la succession.

Ces situations ne facilitent pas le recouvrement de la créance de la Caisse.

Après avoir identifié dans la première partie de ce mémoire les modes de gestion des conflits en matière d'accidents de la circulation dans le cadre de la gestion des recours contre tiers, il convient d'aborder les modalités de règlement de ces conflits.

Partie 2: La procédure de règlement des conflits en RCT

L'exercice du recours contre tiers en matière d'accidents de la circulation s'effectue dans le cadre du protocole Bergeras (sous réserve que les conditions prévues soient réunies) mais aussi dans le cadre du droit commun.

La mise en place d'un accord entre Organismes sociaux et assureurs est salubre dans la mesure où cet accord permet, entre autres, aux parties de réduire leur frais de gestion, de simplifier leur recours ainsi que les difficultés auxquelles peut donner lieu l'application de cet accord.

Le protocole Bergeras a, en effet, prévu une résolution conventionnelle des conflits en dehors de toute intervention judiciaire. Il interdit aux parties de recourir à toute autre procédure de règlement des litiges, notamment contentieuse.

A l'inverse, dans le droit commun, à défaut du règlement amiable de leur créance, les tiers payeurs doivent tenter une action en justice afin d'obtenir le remboursement des prestations versées à la victime.

On pourrait croire, en toute logique, qu'un mode de règlement conventionnel de conflit est "*idéal*" en raison des nombreux avantages qu'il présente (confidentialité des débats, absence de lourdeur dans la procédure...) mais nous verrons dans les développements qui suivent qu'en matière d'accidents de la circulation, le règlement conventionnel des conflits mis en place par le protocole présente des limites et tend même sur certains points à se rapprocher de l'action en justice.

Dès lors, il convient d'envisager, tout d'abord, les caractéristiques de la procédure de règlement des conflits en RCT (§1) avant de s'interroger sur les insuffisances du règlement conventionnel des conflits du protocole Bergeras (§ 2).

§1 - Les caractéristiques de la procédure selon le cadre juridique applicable

Comme indiqué précédemment, la procédure de règlement des conflits en RCT se découpe en deux catégories.

En décidant de recourir à un règlement conventionnel, les signataires du protocole Bergeras ont opté pour une procédure privée de règlement de leur litige en lieu et place d'une procédure judiciaire.

Il convient de préciser que les dispositions du protocole ne sont pas opposables aux victimes des accidents de la circulation dont les droits à réparation sont appréciés dans le cadre, soit d'un arrangement amiable, soit d'une instance judiciaire. Le protocole, et par conséquent la résolution des conflits qu'il prévoit, ne concerne que les rapports entre assureurs et Organismes sociaux.

Intéressons-nous de manière plus concrète aux caractéristiques de la procédure de règlement des conflits dans le cadre du PAOS (A) mais aussi en droit commun (B).

A) Dans le cadre du PAOS

L'article 5 du protocole Bergeras dispose « *en cas de contestation à l'occasion d'une demande de remboursement présentée par une caisse, la Compagnie d'assurance et la caisse doivent obligatoirement suivre la procédure d'escalade et d'arbitrage.*

Elles s'interdisent de recourir, pour les départager, à toute autre procédure et elles renoncent à se prévaloir de toute décision judiciaire au pénal ou au civil ».

Cet article consacre une résolution conventionnelle des conflits. Dès lors, le conflit opposant la Caisse à l'assureur doit impérativement être résolu, en premier lieu, dans le cadre d'une procédure d'escalade (1). Ce n'est qu'en cas de désaccord persistant à l'issue de cette procédure d'escalade que la Commission d'arbitrage peut être saisie (2).

1- Le recours en premier lieu à la procédure d'escalade

Conformément à l'article 5 du protocole susvisé, les litiges entre une Caisse et une compagnie d'assurance, à l'occasion d'un recours, doivent être tranchés, tout d'abord, dans le cadre de la procédure d'escalade, en dehors de toute intervention judiciaire.

Par conséquent, lorsque l'une des parties aura engagé une procédure judiciaire en violation de cette règle, elle devra rembourser les frais judiciaires auxquels l'autre partie aurait été exposée. Précisons cependant que le remboursement des frais ne sera pas dû lorsqu'une procédure judiciaire a été engagée contre un conducteur non-garanti, celui-ci appelle dans la procédure l'assureur qui a décliné sa garantie.

La procédure d'escalade consiste à provoquer l'examen des affaires à intervalles rapprochés et à des niveaux de responsabilité élevé. Elle est composée de deux échelons : l'échelon « *chef de service* » et l'échelon « *direction* ».

Pour la mise en oeuvre de ces deux échelons, les Caisses ainsi que les Compagnies d'assurances doivent désigner chacune un responsable chef de service (et un ou plusieurs suppléants) et un responsable direction (et un ou plusieurs suppléants) qui seront chargés de présenter et de recevoir les réclamations de l'une ou de l'autre des parties.

Il convient de préciser que la réclamation se fait tout d'abord à l'échelon chef de service et ce n'est que lorsque le litige n'a toujours pas trouvé de solution que l'on passe à l'échelon direction.

En pratique, le différend qui est à l'origine du déclenchement de la procédure d'escalade survient entre gestionnaires de la Caisse et de la Compagnie d'assurance à l'occasion de la gestion d'un dossier recours contre tiers. En effet, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire, des contestations peuvent naître entre les signataires du protocole.

Lorsque le différend provient de la Caisse, celle-ci doit en qualifier clairement le motif et elle doit laisser passer un délai de 30 jours minimum avant d'engager la procédure d'escalade.

L'échelon « *chef de Service* » intervient lorsque la première réclamation n'a pas été suivie d'effet dans un délai de 30 jours. Dès lors, le chef de service (ou son suppléant) désigné par la partie qui est à l'origine du litige, interviendra auprès de son homologue. En cas de non-respect du délai

de 30 jours, la saisine de l'échelon « *chef de service* » sera irrecevable à moins que le destinataire de la réclamation réponde avant l'expiration du délai.

Si trente jours après l'intervention à l'échelon chef de service, le différend n'a toujours pas été résolu, les responsables à l'échelon « *direction* » doivent se mettre en rapport. Ici, une délégation des pouvoirs de ces responsables n'est possible qu'au bénéfice de leurs suppléants désignés. Comme à l'échelon « chef de service », la saisine de l'échelon « direction » pour ne pas être déclarée irrecevable doit également s'effectuer dans un délai minimum de trente jours.

Que ce soit à l'échelon « chef de service » ou à l'échelon « direction », on note une obligation de personnalisation des correspondances. En effet, les correspondances adressées tant en demande qu'en défense par les correspondants désignés ou substitués doivent sous peine d'irrecevabilité :

- porter la mention « PAOS échelon Chef de service » ou « PAOS échelon Direction »,
- être adressées dans le respect des délais,
- mentionner le nom du signataire,
- pour le seul échelon « Direction », être adressées nominativement, à leurs homologues titulaires.

Par ailleurs, ces correspondances doivent aussi comporter toutes les explications susceptibles de faire progresser le désaccord initial vers un accord amiable.

Lors de la rédaction de ce mémoire, j'ai pu me rendre compte, en étudiant les dossiers qui étaient à ma disposition et en échangeant avec mes collègues de travail, que dans les faits la procédure d'escalade est efficace car elle permet, dans bien souvent des cas, de résoudre les différends opposant les Caisses aux assureurs.

L'arbitrage apparaît par conséquent comme une voie d'exception.

2- La saisine de la Commission d'arbitrage

En cas d'échec de la procédure d'escalade et à l'issue d'un délai de 30 jours suivant l'échelon « direction », le litige est soumis à l'arbitrage à l'initiative de la partie la plus diligente à savoir : pour les organismes sociaux, par l'intermédiaire de l'organisme signataire auquel il appartient ou est rattaché (à savoir la CNAMTS pour les CPAM) et pour les sociétés d'assurances, par le Groupement des Conventions d'Assurances (GCA).

La procédure de saisine de la Commission d'arbitrage⁶ est exclusivement écrite. Cette dernière doit être saisit, sous peine de forclusion, dans un délai de 3 ans.

Lorsque l'assureur estime que la Caisse ne dispose pas d'un droit à recours, le délai de 3 ans commence à courir à compter de son refus de l'indemniser.

A l'inverse, quel que soit le motif du différend, lorsque l'assureur estime que la caisse dispose d'un droit à recours, le délai de 3 ans court à compter de la demande de production de créance définitive adressée à la caisse par l'assureur ou de la production par la caisse d'une créance définitive spontanée.

Il existe cependant des exceptions concernant le point de départ du délai de 3 ans lorsque la Caisse dispose d'un droit à recours.

Par exemple, lorsque le litige est d'ordre médical, le délai de 3 ans qui a débuté est suspendu à compter de la manifestation du désaccord médical motivé jusqu'à la date du rapprochement ou du dépôt du rapport de l'arbitre dans le cadre de l'expertise médicale contradictoire pour les seules prestations visées par le désaccord.

Par ailleurs, lorsque le différend porte sur une exception de garantie, le délai de 3 ans court à compter de l'expiration du délai d'un mois imparti à la caisse pour contester la position de l'assureur.

La Commission d'arbitrage fonctionne en formation simple et plénière. Les dossiers sont examinés par une commission d'arbitrage simple qui est composée de deux arbitres représentant chacun les organismes sociaux et les sociétés d'assurances.

En cas de désaccord entre les arbitres, le litige est renvoyé à une Commission d'arbitrage plénière qui est alors présidée par une personnalité qualifiée choisie d'un commun accord entre les

⁶ cf. annexe 3

parties signataires. Cette assemblée plénière est composée d'un Président et de deux arbitres représentant l'un les organismes sociaux et l'autre les sociétés d'assurances. Contrairement à la Commission simple, la procédure devant la Commission plénière est payante.

Toutes les décisions rendues en commission d'arbitrage simple ou en commission plénière doivent être avalidées par la Sous-Commission « décisions » qui est chargée de vérifier que le droit protocolaire a bien été appliqué. En cas d'erreur de droit protocolaire, la décision doit faire l'objet d'une présentation en Commission Paritaire Nationale (CPN). En cas de consensus, l'affaire est renvoyée en commission plénière. A défaut, la décision est notifiée en l'état aux parties.

La sentence rendue par la Commission d'Arbitrage s'impose aux parties.

Après avoir évoqué les caractéristiques de la procédure conventionnelle des conflits en RCT, il convient d'envisager les caractéristiques de la procédure de règlement des conflits en droit commun.

B) En droit commun

Le recours des Organismes sociaux à l'encontre du tiers responsable est un droit qui leur est propre et qui peut donc être engagé même en cas d'inaction de la victime.

En effet, les prestations servies par les tiers payeurs ouvrent droit à recours car elles contribuent à réparer le préjudice de l'assuré social victime. Par conséquent, les Organismes sociaux sont habilités à agir pour le recouvrement de leurs dépenses dans la limite de l'indemnité de droit commun représentant le dommage de la victime.

Ce recours des tiers payeurs à l'encontre du tiers responsable va pouvoir s'exercer dans un cadre amiable (1) se concluant par un accord entre les parties ou dans un cadre contentieux se matérialisant par l'introduction d'une action en justice (2).

1- La phase amiable

Le recouvrement des prestations de la Caisse à l'encontre du tiers responsable ou de son assureur peut intervenir dans le cadre d'une procédure amiable.

L'article L.376-1 du code de la sécurité sociale, en son alinéa 6, dispose que « *la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable* ». Dès lors, avant d'engager toute action contentieuse, les parties doivent impérativement se rapprocher afin de trouver une solution amiable au litige qui les oppose.

Cette obligation est vérifiée par le juge qui, avant de trancher le litige, doit constater l'absence de possibilité d'accord amiable entre les parties.

A l'issue de cette conciliation, les parties peuvent mettre fin au litige en concluant une transaction conformément aux dispositions des articles 2044 et suivants du code civil.

La transaction, librement conclue par les parties, disposera de l'autorité de la chose jugée. L'article 1441-4 du Code de procédure civile dispose que « *le président du tribunal de grande instance, saisi par une partie à la transaction, confère force exécutoire à l'acte qui lui est présenté* ».

Proposées par les Compagnies d'assurance dans le cadre des dossiers de responsabilité médicale, par les Associations d'aides aux victimes en cas de coups et blessures volontaires ou en cas de défaut d'assurance de l'auteur des faits, le champ d'application de la transaction est très vaste en matière d'action en responsabilité.

En application de l'article L.376-1 du code de la sécurité sociale, les organismes de sécurité sociale doivent être associés aux transactions conclues par le tiers responsable (ou son assureur) avec la victime, afin d'obtenir le recouvrement de leurs prestations. En cas de non respect de ce principe, la transaction passée entre la victime et le tiers responsable ou le cas échéant son assureur est inopposable à la caisse (article L.376-3 du code de sécurité sociale).

Dès lors, la transaction doit prévoir en plus de l'indemnité accordée à la victime, le paiement de la créance de la Caisse.

Dans l'hypothèse où la Caisse n'a pas été associée à la transaction conclue par le tiers avec la victime, elle peut, si elle le souhaite, utiliser cette transaction comme preuve pour poursuivre le tiers responsable.

A défaut de règlement amiable de leur créance, les Caisses doivent saisir les juridictions.

2- Le recours à l'action en justice

L'Assurance Maladie intervient en tant que demandeur lorsque le remboursement des prestations versées peut être recouvré ou en tant que partie mise en cause lorsque l'introduction d'une action civile est à l'initiative de la victime.

L'action en responsabilité des tiers payeurs est soumise à une prescription décennale. Le délai court à compter de la date de consolidation du dommage initial ou aggravé de la victime.

Les Organismes sociaux qui disposent d'un droit propre à agir ne peuvent pas se prévaloir des causes de suspension ou d'actes d'interruption de la prescription qui sont propres à la victime ou à ses ayants droit.

En cas de pluralité de responsables, le juge retiendra la part de responsabilité de chacun. Toutefois, afin de garantir l'indemnisation du demandeur, une condamnation in solidum peut être prononcée. Cette condamnation permet à la victime et à l'organisme de sécurité sociale de solliciter l'entière réparation du dommage auprès du tiers responsable le plus solvable.

L'assuré social qui intente une action en justice contre le tiers responsable doit appeler en la cause la Caisse sur le fondement des articles L.376-1 et L.454-1 du code de la sécurité sociale, sous peine d'une demande par la Caisse, dans un délai de deux ans, de la nullité du jugement à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif.

La mise en cause de la Caisse est requise tant dans le cadre d'une instance civile que pénale.

L'appel en déclaration de jugement commun qui a pour conséquence de rendre les Caisses parties à l'instance est une obligation qui pèse sur la victime. L'intérêt pour les Caisses, c'est que cela atteste de leur droit de recouvrer auprès du tiers le montant des prestations versées à la victime. Si la responsabilité du tiers responsable est retenue par la juridiction saisie, celui-ci sera non seulement tenu de réparer le préjudice qu'il a causé à la victime mais il devra aussi rembourser les prestations de la Caisse.

Lorsque le tiers est assuré, son assureur va se substituer à lui dans le règlement de sa dette. A défaut d'assurance, la créance de la caisse sera mise à la charge entière du tiers responsable. Cela peut retarder l'indemnisation de la caisse surtout dans l'hypothèse où le tiers est insolvable.

L'étude de la procédure de règlement conventionnel des conflits en RCT a permis de constater que cette procédure présente quelques limites qu'il convient d'examiner.

§2 - Les limites du règlement conventionnel des conflits

Le règlement conventionnel des conflits dans le cadre du protocole Bergeras comporte de nombreux avantages. Il permet de faire les économies du coût d'un procès (honoraires d'avocat, frais d'huissier...), de protéger la confidentialité des débats mais aussi et surtout d'accélérer le remboursement de la créance de la Caisse par les Compagnies d'assurance.

Il est cependant utile de se demander si, en pratique, le règlement conventionnel des conflits ne comporte pas des limites qui font relativiser son efficacité.

En effet, nous verrons que la procédure de règlement des conflits mise en place par le protocole Bergeras n'est pas si évidente à appréhender (A). Par ailleurs, on constate une influence du droit commun dans le règlement conventionnel (B).

A) Une procédure complexe

Si les signataires du protocole Bergeras ont mis en place un règlement amiable des litiges dans le cadre de la gestion des recours contre tiers, c'est qu'ils souhaitaient par ce mécanisme assurer une gestion plus efficace et moins coûteuse des litiges mais également éviter les lenteurs et les coûts d'une action en justice.

On peut se demander si ces objectifs sont effectivement atteints car l'examen et l'étude en pratique de la procédure de règlement des conflits du PAOS laissent entrevoir quelques insuffisances qui se traduisent par une efficacité relative dans le processus de gestion des conflits (1) mais aussi par une absence de moyens de coercition dissuasifs (2).

1- Une efficacité relative dans le processus de gestion des conflits

Les signataires du protocole Bergeras se sont engagés à respecter un mode extrajudiciaire de règlement des différends. Dès lors, en cas de contestation, les parties doivent obligatoirement suivre une procédure d'escalade et d'arbitrage.

Comme évoqué précédemment, la procédure d'escalade se divise en deux échelons : un échelon « Chef de service » et un échelon « Direction ». Le délai de saisine de ces deux échelons est de 30 jours soit :

- pour l'échelon « chef de service », lorsque la première réclamation n'est pas suivie d'effet dans un délai de trente jours,
- pour l'échelon « Direction », lorsque le différend n'a toujours pas été réglé trente jours après la saisine de l'échelon « chef de service ».

Concernant la procédure de saisine de la Commission d'arbitrage, elle nécessite également le respect d'un formalisme.

La demande d'arbitrage doit être accompagnée des pièces du dossier pour les éléments de preuve des responsabilités en cas de nécessité et/ou du préjudice. Par ailleurs, devront également être communiquées en quatre exemplaires des copies des correspondances échangées dans le cadre de la procédure d'escalade et d'une note exposant le point de vue de la partie demanderesse.

En parallèle, la partie demanderesse doit, sous peine d'irrecevabilité de sa demande, adresser à l'échelon « Direction » de la partie défenderesse, une copie de son courrier de saisine accompagnée de sa note de synthèse.

La partie défenderesse, quant à elle, est tenue d'adresser au secrétariat de la Commission dans un délai de 30 jours, les pièces correspondantes de son dossier et une note exposant son propre point de vue en quatre exemplaires qu'elle doit aussi adresser à l'échelon « Direction » de la partie demanderesse.

Si la partie défenderesse n'a pas adressé les pièces de son dossier et la note exposant son point de vue à l'expiration du délai susvisé, un rappel est effectué par le secrétariat. A défaut de réponse dans les 30 jours suivant ce rappel, le dossier est transmis en l'état à la Commission d'arbitrage qui pourra statuer valablement.

Au regard de ces éléments, il en ressort que la mise en oeuvre de la procédure d'escalade ainsi que la procédure de saisine de la Commission d'arbitrage peut paraître longue et fastidieuse. En effet, il existe dans les deux cas, des délais et un certain formalisme à respecter sous peine d'irrecevabilité de la demande.

L'un des objectifs majeurs du protocole Bergeras étant de simplifier les rapports entre les Organismes de protection sociale et les Compagnies d'assurance, il serait souhaitable que les signataires du protocole simplifient aussi les démarches à mener en cas de contestation à l'occasion d'une demande de remboursement présentée par une Caisse.

Concernant la procédure d'escalade, on peut ainsi prévoir la suppression d'un échelon. Cela permettra d'accélérer les discussions entre les parties.

En pratique, la réclamation et la position des parties ne varient pas lorsqu'elles passent d'un échelon à un autre. Il n'y a rien de nouveau qui est apporté si ce n'est qu'on change d'échelon et qu'on s'adresse à un responsable de niveau supérieur à l'échelon « Direction ». Or dans les faits, le responsable « Direction » ne découvre pas la contestation lorsqu'il est saisi par une Caisse. La logique voudrait qu'en cas de saisine de l'échelon « chef de service », le responsable Chef de service avise son supérieur hiérarchique d'une réclamation émanant de la Caisse. Par conséquent, le différend peut très bien être résolu à un seul échelon.

Par ailleurs, la mise en oeuvre de la procédure d'escalade se traduit, tant à l'échelon « chef de service » qu'à l'échelon « Direction », par l'envoi de correspondances qui comportent les motifs du différend ainsi que les explications de chacune des parties. Plutôt que de prévoir deux échelons dans la procédure, on aurait pu supprimer un échelon en le remplaçant par une réunion physique des parties lorsque le montant de la créance de la Caisse qui est en jeu est vraiment conséquent.

Enfin, il arrive que les compagnies d'assurance ne répondent pas parfois aux correspondances qui leur sont adressées. Elles peuvent par conséquent ne pas se montrer diligentes pour régler le différend qui les oppose à la Caisse dans le cadre de la procédure d'escalade.

En effet, les parties savent que la Commission d'arbitrage sera saisit en dernier recours en cas d'échec de la procédure d'escalade. Mais encore faudrait-il par exemple que la Caisse si elle se trouve en position de demanderesse ne laisse pas passer le délai de saisine (qui est de 3 ans) de la Commission sous peine de voir sa créance déclarée forclosée. Car à défaut du respect de ce délai, la Caisse n'aura plus aucune chance de recouvrer sa créance.

La procédure de saisine de la Commission d'arbitrage peut rebuter par son côté fastidieux. Cette procédure exige le respect de formalités qui se traduisent essentiellement par l'envoi de nombreuses pièces en plusieurs exemplaires dans un certain délai sous peine de voir sa demande rejetée.

Des réserves peuvent être aussi émises après saisine en bonne et due forme de la Commission.

En effet, à réception des pièces par le Secrétariat de la Commission, les parties reçoivent un accusé de réception ainsi que le numéro d'enregistrement de leur dossier sans être informées de la date à laquelle leur différend sera tranché. De plus, la sentence rendue par la Commission n'est pas notifiée automatiquement aux parties. Il arrive que celles-ci reçoivent la notification plus de deux ans après que la décision soit rendue.

J'ai eu à constater cette incertitude qui peut entourer la date du déroulement de l'instance arbitrale mais aussi de la sentence arbitrale au cours de mon stage.

La CPAM de la Sarthe a saisi, le 27 juin 2014, la Commission d'arbitrage à propos d'un différend qui l'opposait à une compagnie d'assurance. Dans cette affaire, les parties s'opposaient sur la preuve d'un cas de barème retenu par l'assureur.

En l'espèce, l'assuré social a été victime d'un accident mortel de la voie publique alors qu'il conduisait une motocyclette. L'assureur a informé la Caisse de l'application de deux cas de barème (61 et 68). La Caisse a contesté l'application du cas de barème 68 qui prévoit un partage de responsabilité entre la victime et le tiers responsable lorsque la victime était sous l'emprise de produits stupéfiants au moment de l'accident.

La Caisse a considéré qu'au regard du procès-verbal, il n'est pas établi que l'état de la victime ait un lien direct et certain avec l'accident. En effet, c'est en voulant éviter le véhicule qui effectuait un demi-tour à l'endroit d'une ligne continue, que l'assuré social a percuté une buse et est tombé accidentellement de sa moto. En d'autres termes, si le conducteur du véhicule ne s'était pas engagé sur la voie de circulation de l'assuré social victime, celui-ci n'aurait pas tenté une manœuvre pour l'éviter. Par conséquent, rien ne venait démontrer dans cet accident que les capacités de la victime aient été amoindries par la consommation de stupéfiants.

A propos de ce différend, les parties ne savent toujours pas si la Commission s'est déjà réunie ou si une décision a déjà été rendue. Il convient de signaler que la Commission d'arbitrage se réunit deux fois par an.

Les sentences qu'elle rend s'imposent en principe aux parties. Mais il peut arriver que la partie perdante ne s'exécute pas. Le Protocole n'a pas prévu de moyens de coercition dissuasifs et surtout rapide qui peuvent contraindre la partie perdante à s'exécuter spontanément dès qu'elle reçoit la notification de la sentence.

2- L'absence de moyens de coercition dissuasifs

La décision rendue par la Commission d'arbitrage s'impose aux parties qui devront s'y conformer.

Contrairement au droit commun où les parties peuvent interjeter appel ou former un pourvoi en cassation à l'encontre d'une décision qui ne les satisfait pas, la décision rendue par la

commission d'arbitrage a force obligatoire entre les parties qui ne disposent d'aucun moyen pour la contester.

En acceptant de soumettre leur différend à une Commission arbitrale, elles ont renoncé à se prévaloir de la « *protection* » que confère le droit commun avec le double degré de juridiction.

Par ailleurs, en droit commun, en cas de non-exécution de la décision rendue par les Tribunaux, le créancier peut mettre en oeuvre des mesures d'exécution forcée (recours à un huissier, saisie-attribution...) à l'encontre de son débiteur.

Dans le cadre du protocole, la partie qui a obtenu gain de cause auprès de la Commission d'arbitrage ne dispose pas de moyens de contrainte rapide et dissuasive à l'encontre de son débiteur. Les signataires ont prévu qu'en cas de blocage sur l'exécution de la décision par une Compagnie d'assurance, les Caisses peuvent joindre le responsable à l'échelon direction de la compagnie en lui laissant un délai raisonnable pour réagir. La Caisse doit aussi lui indiquer que passé ce délai, elle saisira la CNAMTS afin que l'affaire soit portée devant la Commission Paritaire Nationale qui pourra permettre à la Caisse d'engager une procédure d'exequatur.

Dans un dossier dans lequel elle n'a pas obtenu le règlement de sa créance, suite à l'avis favorable rendu par la Commission d'arbitrage, la CPAM de la Sarthe a dû saisir le responsable à l'échelon direction de la Compagnie d'assurance afin de lui réclamer le paiement de sa créance ainsi que des intérêts de retard. Dans le courrier que la Caisse a adressé à l'assureur, elle lui a précisé qu'en l'absence de règlement sous 15 jours, elle portera l'affaire devant la CPN.

Cependant, les délais sont parfois importants entre la date de saisine de la CPN et la notification. Ces délais dépendent essentiellement de la réactivité de l'assureur à envoyer son dossier, de la disponibilité des assesseurs, de la périodicité relative à l'examen des décisions par la Sous-Commission « décisions » et des éventuels arrêts des décisions discutés en CPN...

La Commission Paritaire Nationale est la seule autorité qui peut accorder à la partie qui a obtenu gain de cause devant la Commission d'arbitrage, le droit d'engager une procédure d'exequatur en cas de difficulté d'exécution de la décision de la Commission.

En effet, la sentence arbitrale a l'autorité de la chose jugée mais pas la force exécutoire. Elle doit faire l'objet d'une procédure d'exequatur afin d'acquérir cette force exécutoire. L'exequatur est la décision par laquelle l'autorité judiciaire compétente donne force exécutoire à une sentence arbitrale. Elle en permet ainsi l'exécution forcée.

En cas d'inexécution volontaire de la sentence arbitrale, il existe donc une ingérence de la force publique, seule en mesure d'ordonner l'exécution forcée, dans le processus arbitral.

Par ailleurs, le règlement conventionnel des conflits du PAOS est également influencé par le droit commun.

B) L'influence du droit commun dans le règlement conventionnel

Le règlement conventionnel des conflits du protocole Bergeras présente des spécificités et des avantages qui rendent nécessaire mais aussi indispensable un règlement à l'amiable des litiges pouvant opposer les Caisses aux Compagnies d'assurance.

Pour autant, après étude de ce règlement conventionnel, on constate une influence du droit commun et même un renvoi au droit commun dans l'hypothèse d'une exception de garantie soulevée par l'assureur.

En effet, dans cette hypothèse, lorsqu'une procédure judiciaire a été mise en oeuvre par l'assuré social victime devant les juridictions étatiques, l'article B 3.13 du PAOS indique « *qu'une décision judiciaire définitive portant sur une exception de garantie soulevée par l'assureur est prise en compte nonobstant toute décision conventionnelle et ce même si la Caisse n'a pas contesté l'exception* ».

En cas de saisine de la Commission d'arbitrage à propos d'un différend relatif à une exception de garantie, la Commission peut donc, conformément aux dispositions de l'article susvisé, trancher le litige en procédant à un renvoi au droit commun c'est-à-dire à la décision judiciaire qui sera rendue par les juridictions étatiques.

Ainsi, dans un dossier que j'ai eu à étudier durant mon stage, la Commission d'arbitrage a été saisi d'un litige portant sur une exclusion de garantie. Elle a considéré que dans la mesure où

une procédure judiciaire était en cours, que les parties devaient dans ces conditions s'en remettre à la décision de justice définitive qui statuera sur l'exception de garantie soulevée par l'assureur.

L'influence du droit commun dans le règlement conventionnel se manifeste également au niveau des modalités de la procédure (1). En outre, la Commission d'arbitrage, en cas de saisine, est tenue de respecter les principes directeurs du procès civil (2).

1- Dans les modalités de la procédure

La demande d'arbitrage se fait par écrit et se traduit par l'envoi par la partie demanderesse au secrétariat de la Commission d'arbitrage de pièces attestant de la responsabilité du défendeur ainsi que du préjudice subi par le demandeur.

De même, la partie demanderesse doit également joindre une note de synthèse dont l'objectif est de présenter de manière synthétique sa réclamation ainsi que l'énoncé des règles protocolaires à l'appui de sa réclamation.

Cette demande arbitrale peut être rapprochée de la demande en justice lorsque celle-ci prend la forme d'une assignation. En effet, l'assignation est un acte adressé par le demandeur au défendeur, par l'intermédiaire d'un huissier de justice, afin de le citer à comparaître devant un Tribunal.

Sous peine de nullité, l'assignation doit contenir notamment l'objet de la demande, l'exposé des moyens sur lesquels on fonde ses prétentions ainsi que l'identification des parties.

J'ai eu l'opportunité durant mon stage de rédiger la note de synthèse qui devait accompagner la demande d'arbitrage effectuée par la CPAM de la Sarthe à l'occasion d'un différend avec une Compagnie d'assurance. Cette activité m'a permis de me rendre compte que la note de synthèse en matière arbitrale est l'équivalent des conclusions déposées par les parties devant les juridictions étatiques.

En effet, dans la note de synthèse que j'ai eu à rédiger, je devais faire un rappel des faits, indiquer le motif du contentieux et m'appuyer sur des articles du protocole Bergeras qui attestent des prétentions émises par la Caisse et qui la confortent dans son bon droit.

Le protocole Bergeras a prévu un délai de communication des pièces. A l'expiration de ce délai, les débats sont clos et aucune note complémentaire ne peut être prise en compte.

Devant les juridictions étatiques, les parties doivent également échanger leurs pièces et écritures avant la clôture des débats et l'audience de plaidoirie.

Le principe du contradictoire est également respecté dans la procédure de saisine de la Commission d'arbitrage.

Cette procédure permet, en effet, à la partie défenderesse de répondre à la réclamation du demandeur. Le défendeur est invité à adresser au secrétariat de la Commission les pièces correspondantes de son dossier ainsi qu'une note exposant son propre point de vue.

Depuis la réforme du protocole en 2013, la procédure de saisine de la Commission permet aussi, lorsque l'une des parties présente un élément nouveau intervenu postérieurement à la saisine et de nature à influencer sur la sentence, la possibilité pour l'autre partie de présenter une note complémentaire même en cas de clôture des débats.

Cette influence du droit commun dans le règlement conventionnel des conflits ne s'arrête pas que dans les modalités de la procédure.

2- Le respect de certains principes directeurs du procès civil

Il ressort de l'article 1460 al 2 du Code de procédure civile (CPC) que « *les principes directeurs du procès énoncés aux articles 4 à 10, 11 (alinéa 1) et 13 à 21 sont toujours applicables à l'instance arbitrale* ».

Par conséquent, si les arbitres sont dispensés d'appliquer au fond du litige les règles juridiques applicables devant les juridictions étatiques, ils ne sont pas dispensés du respect des principes directeurs du procès civil qui s'imposent aussi dans l'instance arbitrale.

Ainsi, l'instance arbitrale est soumise aux principes directeurs du procès énoncés aux articles 4 à 10, 11 al. 1 et 13 à 21 du CPC. Ces principes concernent notamment :

- l'objet du litige qui doit être déterminé par les prétentions respectives des parties. Les arbitres sont liés par l'objet du litige tel qu'il a été déterminé par les parties,

- les faits du litige qui doivent être pris en considération,

- l'obligation pour les parties d'apporter la preuve de leurs allégations,

- la défense des parties,

- le respect du contradictoire qui nécessite que chaque partie ait connaissance des arguments et des pièces de son adversaire avant le déroulement de l'instance arbitrale,

- les pouvoirs d'instruction,

- et la conciliation.

Cette obligation de respecter dans l'instance arbitrale certains principes directeurs du procès civil se justifie dans la mesure où les arbitres rendent une sentence qui s'assimile à un jugement de nature juridictionnelle.

Comme devant certaines juridictions étatiques, la sentence rendue par la Commission d'arbitrage doit être écrite, motivée, datée et signée.

CONCLUSION

En définitive, malgré ses limites, le règlement conventionnel des conflits en matière d'accidents de la circulation mis en place par le Protocole Bergeras présente de nombreux avantages par rapport à un règlement judiciaire.

Comme énoncé précédemment, l'objectif du protocole est d'accélérer l'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation, de réduire les coûts de gestion mais également de permettre aux organismes de protection sociale de recouvrer rapidement les créances qu'ils détiennent auprès de l'assureur du responsable pour le montant des prestations versées aux victimes.

C'est la raison pour laquelle les signataires du protocole ont souhaité simplifier les rapports entre les organismes sociaux et les sociétés d'assurances en veillant à éliminer les causes de contentieux.

Cependant, même en cas de litige entre une Caisse et une Compagnie d'assurance, les signataires du protocole ont veillé à mettre en place un règlement conventionnel des litiges qui tient compte des principaux objectifs du protocole.

En effet, ce règlement à l'amiable permet non seulement de gagner du temps (notamment par l'absence de débats sur les règles de responsabilité) mais permet aussi aux parties de conserver de bonnes relations. Ainsi, avant de recourir à l'arbitrage, les parties doivent d'abord se concilier dans le cadre de la procédure d'escalade.

De plus, même en cas de saisine de l'instance arbitrale, la confidentialité des débats protège l'image ainsi que la réputation des parties qui n'ont pas intérêt à ce que certains faits les concernant soient portés à la connaissance du public.

Le protocole en instaurant un règlement amiable protège ainsi l'image des parties qui peut être ternie par un procès devant les juridictions étatiques.

Par ailleurs, ce règlement conventionnel permet également aux parties de maîtriser les débats, instaure une transparence relative à l'échange des documents ainsi qu'au déroulement de la procédure et permet aux parties d'économiser le coût d'une procédure judiciaire.

A l'inverse, la procédure de règlement des conflits en droit commun qui est assez longue (en raison des demandes de renvoi ou d'expertise que peuvent demander les parties) retarde le remboursement de la créance de la Caisse qui est obligée d'attendre la fin de la procédure pour obtenir un règlement.

En outre, l'existence du principe du double degré de juridiction fait durer le procès et retarde également l'indemnisation de la caisse ainsi que celle de la victime. Une fois le jugement rendu, les parties ont en effet la possibilité et le droit d'interjeter appel ou de se pourvoir en cassation contre la décision lorsqu'elle leur est défavorable.

Même s'il emprunte à certains égards au droit commun, le règlement conventionnel des conflits en matière d'accidents de la circulation, dans le cadre de la gestion des recours contre tiers, en favorisant un règlement à l'amiable diffère du droit commun.

Ce règlement conventionnel présente toutefois des limites qui doivent être améliorées afin de permettre au protocole de remplir les objectifs poursuivis.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux, Manuels

- BRUN, Philippe. *Responsabilité civile extracontractuelle*. 3ème édition. Paris : LexisNexis, 2014. ISBN : 978-2-7110-1736-2.
- MORVAN, Patrick. *Droit de la protection sociale*. 4ème édition. Paris : LexisNexis, 2009. ISBN : 978-2-7110-1158-2.
- DALIGAND, CARDONA, DELHOMME. *Sécurité Sociale*. 6ème édition. Paris : Elsevier Masson, 2012. ISBN : 978-2-2941-0367-4.
- CHAUCHARD, Jean-Pierre, KERBOURC'H, Jean-Yves, WILLMANN, Christophe. *Droit de la Sécurité Sociale*. 6ème édition. Paris : Lextenso, 2013. ISBN : 978-2-2750-4043-1.

Articles

- FEDERATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE. *Indemnisation des victimes d'accidents automobiles et Sécurité sociale* [en ligne]. Mise à jour le 20/07/2011. [Consulté le 21/06/2015]. Disponible à l'adresse : http://www.ffsa.fr/sites/jcms/p1_481686/fr/indemnisation-des-victimes-daccidents-automobiles-et-securite-sociale?cc=fn_7355#top
- CAMIER, Marion. *La construction du système conventionnel* [en ligne]. L'Argus de l'assurance, 03/2014. [Consulté le 21/06/2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.argusdelassurance.com/jurisprudences/dossier-ja/la-construction-du-systeme-conventionnel.74285>
- AMELI. *Le recours contre tiers* [en ligne]. Mise à jour le 06/04/2012. [Consulté le 13/06/2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/vous-informer/le-recours-contre-tiers.php>

Autres Sources

- Le Protocole d'Accord Assureurs/Organismes Sociaux (PAOS) du 24 mai 1983
- La Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 (dite Loi Batinder) tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation

Jurisprudence

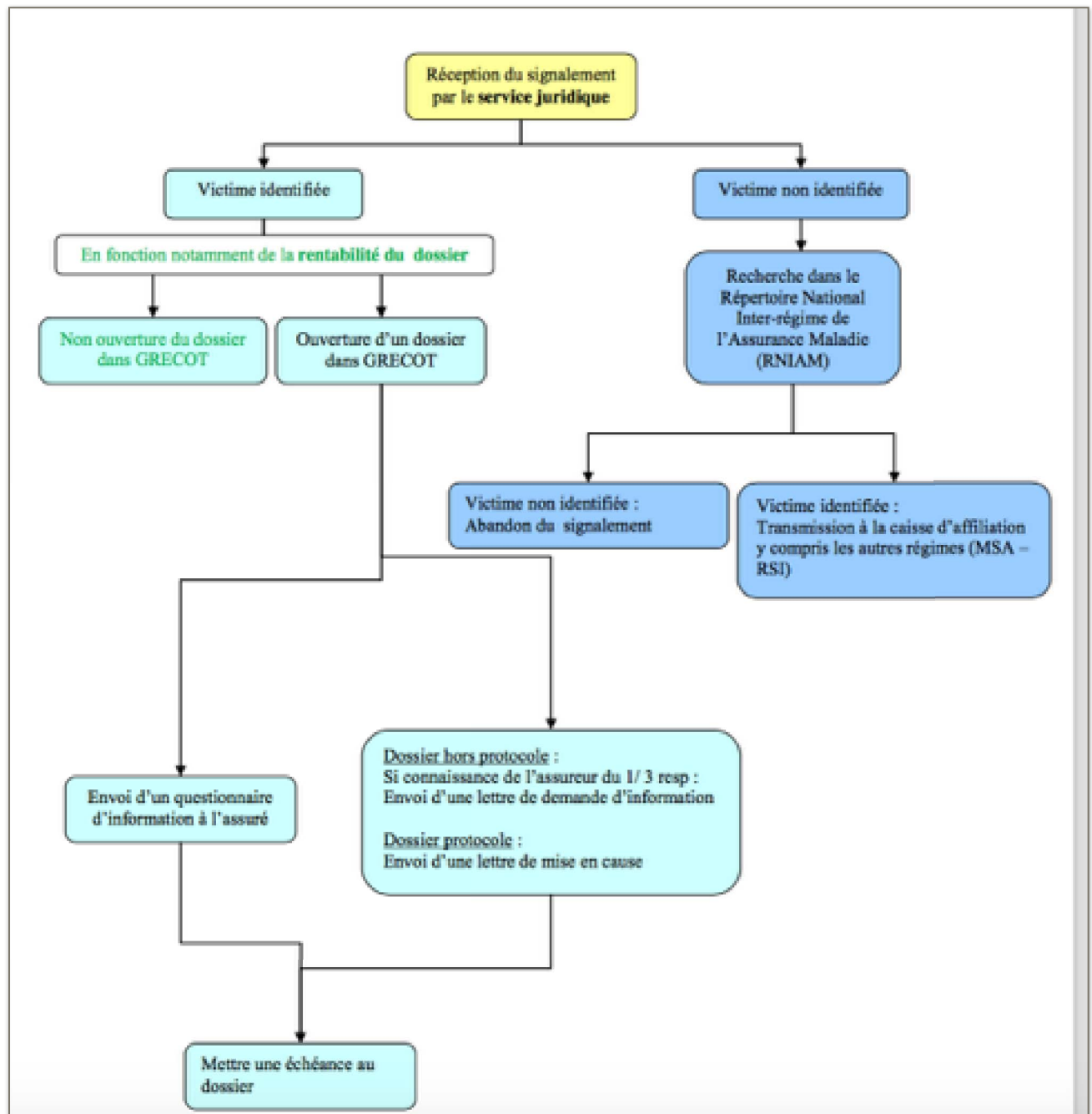
- Cass. 2ème civ., 4 janvier 2006, n° 04-14.841
- Cass. 2ème civ., 10 mars 1988, n° 87-11.087
- Cass. 2ème civ., 22 nov. 1995, n° 94-10.046, n° 93-21.221 et n° 94-10.054
- Cass. Civ. 2ème, 25 janvier 1995, Bull. civ., II, n° 27
- Cass. Ch.Soc.16 janv 2003, n° 01-16204

Codes

- Code la Sécurité Sociale 2014- Dalloz
- Code des Assurances 2014 - Dalloz
- Code Civil 2014 - Dalloz
- Code de Procédure Civil 2014 – Dalloz

ANNEXES

ANNEXE 1 : LA GESTION D'UN DOSSIER PROTOCOLE ET HORS PROTOCOLE



ANNEXE 2 : LES CAS DU BAREME DE REPARTITION DES RECOURS ENTRE ADHERENTS

1. LES TROIS TYPES D'ACCIDENTS

1.1 X ET Y CIRCULENT DANS LE MEME SENS

			REPARTITION DE LA CHARGE	
			X	Y
X et Y circulent sur une même file (X est heurté à l'arrière)				
10	X et Y circulent dans le même sens.		0	1
X et Y circulent sur deux files				
13	X et Y ne changent pas de file. X et Y changent de file.		1/2	1/2
15	Y change de file.		0	1
17	Y change de file et vire à gauche dans une chaussée latérale. X est présumé empiéter ou franchir l'axe médian.		1/2	1/2

1.2 X ET Y CIRCULENT EN SENS INVERSE

20	Y empiète ou franchit l'axe médian (même pour emprunter une chaussée à gauche). X est présumé circuler dans son couloir de marche.		0	1
21	X et Y empiètent l'un et l'autre sur l'axe médian ou dont la position sur la chaussée par rapport à cet axe ne peut être déterminée.		1/2	1/2

1.3 X ET Y PROVIENNENT DE CHAUSSÉES DIFFÉRENTES

30	X prioritaire de droite circule dans son couloir de marche.		0	1
31	X prioritaire de droite circule sur une chaussée à double sens et empiète ou franchit l'axe médian lorsque cet axe n'est pas constitué par une ligne continue. Y est présumé circuler dans son couloir de marche.		1/2	1/2

2. LE CAS PARTICULIER DU VÉHICULE EN STATIONNEMENT

40	X en stationnement régulier.		0	1
43	Y en stationnement irrégulier.		1/2	1/2

Remarque: Les différents croquis représentés ne sont que des illustrations du texte et ne recensent, en aucun cas, l'intégralité des situations, il convient de se reporter aux Règles d'Application Pratique

3. LES INTERDICTIONS

3.1 LES INTERDICTIONS ABSOLUES

		REPARTITION DE LA CHARGE			
		X	Y		
50	Y ne respecte pas un feu rouge.			0	1
	Y ne respecte pas un barrage de police ou une injonction des Autorités.			0	1
	Y ne respecte pas un sens interdit, une interdiction de dépasser, de virer à droite ou à gauche.			0	1
	Y ne respecte pas une ligne continue, une signalisation au sol, notamment des flèches directionnelles ou des zébras, circule sur un trottoir, une bande d'arrêt d'urgence, des emplacements ou un couloir de stationnement.			0	1

3.2 LES INTERDICTIONS RELATIVES

51	Y ne respecte pas une signalisation de priorité (cédez le passage, stop) ou la priorité dont bénéficient les véhicules de transport en commun quittant un arrêt signalé en agglomération.			0	1
	Objet tombant ou déjà tombé de Y (en stationnement ou non) ou projeté par lui ou élément, pièce ou accessoire, s'en étant détaché.			0	1
	Y effectue un demi-tour ou recule.			0	1
	Y quitte un stationnement, sort d'un parking, d'un lieu non ouvert à la circulation publique, d'un chemin de terre.			0	1
	Ouverture de portière de Y (en stationnement ou non).			0	1

4. L'EXCEPTION

56	<ul style="list-style-type: none"> - Couleur des feux indéterminée. - Cumul d'interdictions de même nature. - Type de l'accident indéterminé (même sens - sens inverse - chaussées différentes). 	1/2	1/2
----	---	-----	-----

Remarque: Les différents croquis représentés ne sont que des illustrations du texte et ne recensent, en aucun cas, l'intégralité des situations, il convient de se reporter aux Règles d'Application Pratique

ANNEXE 3 : SCHEMA DE LA PROCEDURE DE SAISINE DE LA COMMISSION D'ARBITRAGE

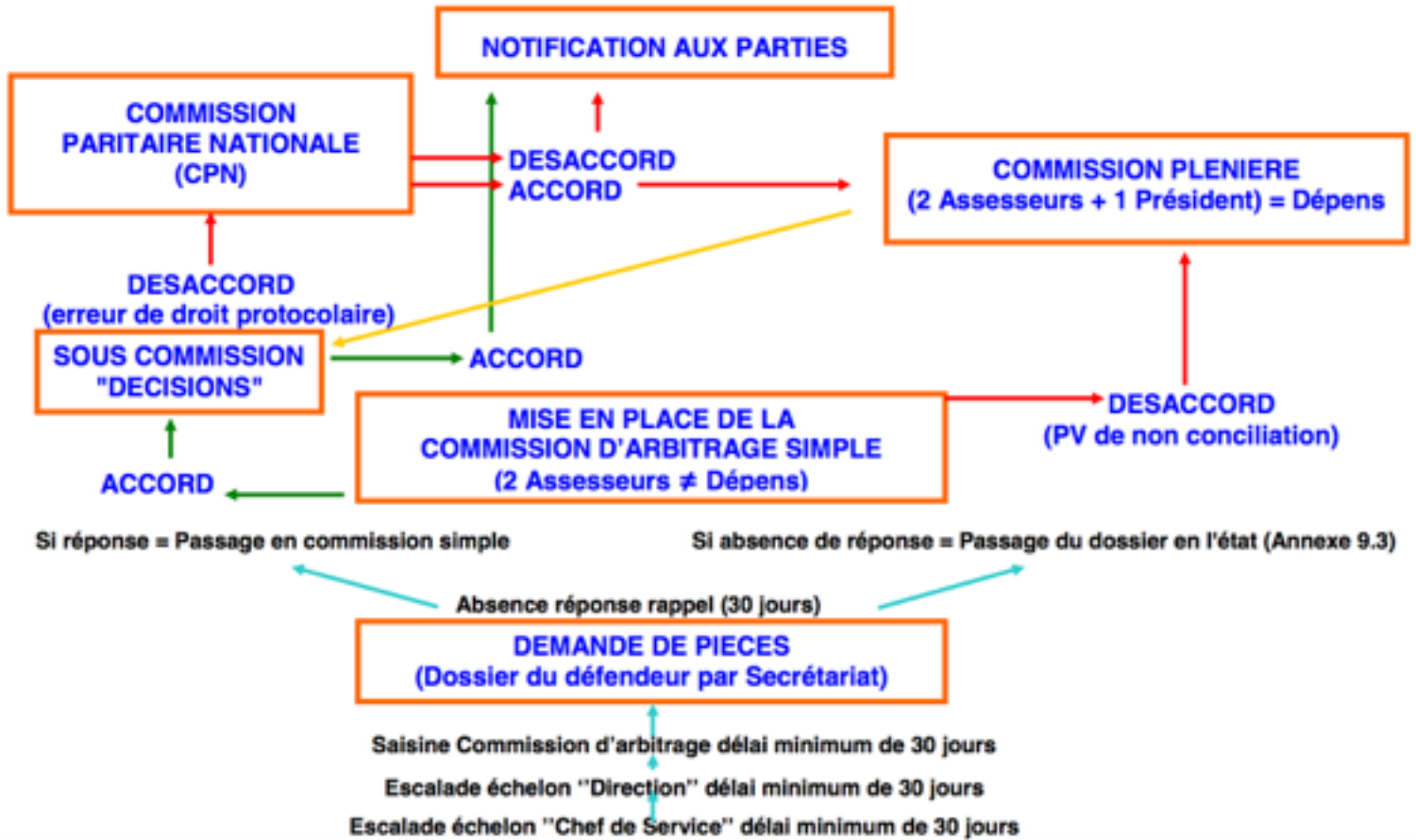


TABLE DES MATIERES

Le règlement des conflits en matière d'accidents de la circulation dans le cadre de la gestion des recours contre tiers par les CPAM

INTRODUCTION	21
Partie 1: Identification des modes de gestion des conflits en RCT	24
§1- L'application du PAOS, régime général de gestion des conflits.....	25
A) Les conditions d'application du PAOS en matière d'accidents de la circulation causés par un VTM	25
1- La notion d'accident de la circulation.....	26
2- L'implication d'un VTM soumis à l'obligation d'assurance	27
B) Les différents conflits soulevés dans l'application du PAOS.....	29
1- L'opposition sur la détermination conventionnelle de la responsabilité	30
2- Les contestations relatives à la créance de la Caisse	33
3- Les contestations relatives au préjudice subi par l'assuré social victime	35
§2- L'attachement au droit commun dans la gestion des conflits en RCT.....	37
A) Les cas de recours au droit commun	38
1- Les Compagnies d'assurance non-adhérentes au PAOS.....	38
2- L'absence d'implication d'un VTM soumis à l'obligation d'assurance	39
B) Les différents conflits rencontrés en droit commun	40
1- Dans les rapports de la Caisse avec la Compagnie d'assurance	41
2- Dans les rapports de la Caisse avec la victime et le tiers responsable.....	42
Partie 2: La procédure de règlement des conflits en RCT	44
§1 - Les caractéristiques de la procédure selon le cadre juridique applicable	45
A) Dans le cadre du PAOS.....	45
1- Le recours en premier lieu à la procédure d'escalade.....	46
2- La saisine de la Commission d'arbitrage.....	48
B) En droit commun	49
1- La phase amiable.....	50
2- Le recours à l'action en justice	51
§2 - Les limites du règlement conventionnel des conflits	52
A) Une procédure complexe	53
1- Une efficacité relative dans le processus de gestion des conflits	53
2- L'absence de moyens de coercition dissuasifs	56

B) L'influence du droit commun dans le règlement conventionnel.....	58
1- Dans les modalités de la procédure.....	59
2- Le respect de certains principes directeurs du procès civil	60
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES.....	66