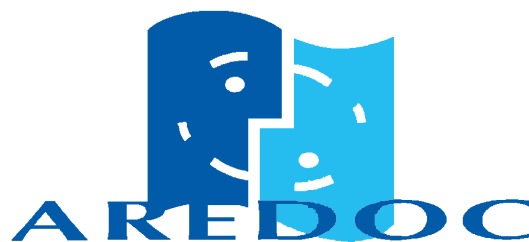


LA LETTRE



JOURNAL D'INFORMATION DE L'AREDOC ET DU CENTRE DE DOCUMENTATION

MISSION 2006 MISE À JOUR EN 2009

Point 5

Les soins avant consolidation correspondant aux Dépenses de Santé Actuelles (DSA)

1. BREF HISTORIQUE

Toute victime d'un dommage corporel est en droit de réclamer à l'assureur du responsable le remboursement de tous les frais médicaux engagés pour traiter les lésions traumatiques et leurs répercussions jusqu'à ce qu'elle soit guérie ou consolidée.

C'est ainsi, que déjà, dans la mission droit commun 1994, une question était réservée aux frais médicaux et hospitaliers.

Après la publication du rapport issu du groupe de travail présidé par Jean-Pierre Dintilhac, la mission élaborée en 2006 par l'AREDOC, s'appuyant sur la nomenclature, a inséré au point 5 une question spécifique.

2. DÉFINITION

La nomenclature Dintilhac définit ce poste de préjudice ainsi :

« Il s'agit d'indemniser la victime directe du dommage corporel de l'ensemble des frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques (infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie, etc.), le paiement de la plupart de ces dépenses étant habituellement pris en charge par les organismes sociaux ; cependant, il arrive fréquemment qu'à côté de la part payée par l'organisme social, un reliquat demeure à la charge de la victime, ce qui nécessite, afin de déterminer le coût exact de ses dépenses, de les additionner pour en établir le coût réel ; ces dépenses sont toutes réalisées durant la phase temporaire d'évolution de la pathologie traumatique, c'est-à-dire qu'elles ne pourront être évaluées qu'au jour de la consolidation ou de la guérison de la victime directe ».

3. MODE D'ÉVALUATION, OUTILS, AIDES

A- Le point 5 de la mission 2006 mise à jour en 2009 demande de :

« Décrire tous les soins médicaux et paramédicaux mis en œuvre jusqu'à la consolidation, en précisant leur imputabilité, leur nature, leur durée et en indiquant les dates exactes d'hospitalisation avec, pour chaque période, la nature et le nom de l'établissement, le ou les services concernés ».

B- Nature des soins

Les soins avant consolidation sont représentés par :

- les séjours hospitaliers : à partir de l'interrogatoire de la victime et/ou des documents qui lui sont fournis (compte(s) rendu(s) d'hospitalisation, bulletin(s) de situation), le médecin expert doit tenter de reconstituer aussi précisément que possible les périodes d'hospitalisation et la nature des services fréquentés. Cependant, il n'a pas pour mission de vérifier les dires ou de les compléter par une enquête auprès des établissements concernés ;
- les interventions chirurgicales : le médecin devra prendre connaissance du ou des compte(s) rendu(s) opératoire(s) ;
- les prescriptions médicales et pharmaceutiques (ordonnances) ;
- les soins paramédicaux : le médecin doit fournir des indications sur leur nature (infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie...) ainsi que sur le nombre de séances et leur périodicité ;
- les prothèses, appareillages : le médecin doit prendre connaissance des prescriptions et des éventuels devis sur lesquels il devra se prononcer ;
- les soins esthétiques : le médecin doit fournir des indications sur leur nature (laser, dermabrasion, injection d'acide hyaluronique, toxine botulique) ; il devra aussi prendre connaissance des éventuels devis sur lesquels il devra se prononcer.

C- Evaluation : le rôle du médecin expert

Son rôle consiste en une analyse médicale qui a pour but d'éclairer le magistrat ou le régleur. Même si l'examen se situe avant consolidation, ces précisions sont nécessaires à l'assureur pour lui permettre de provisionner valablement son dossier.

Le médecin doit décrire tous les soins mis en œuvre jusqu'à la consolidation en précisant leur imputabilité aux lésions subies ainsi que leur évolution, et en décrire la nature, en précisant la durée pendant laquelle ils ont été dispensés.

C'est sur les dires de la victime mais aussi, et surtout, sur les documents produits que le médecin s'appuiera pour donner les renseignements nécessaires.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de frais d'hospitalisation, de thérapeutiques prescrites ou de soins dispensés, le médecin doit s'assurer qu'ils sont bien en relation avec l'accident. En effet, il peut arriver qu'une partie des soins soit imputable à un état antérieur ou à une affection intercurrente sans rapport avec l'événement initial. Le médecin doit alors fournir ces précisions sans, bien entendu, révéler la nature de cet état antérieur ou de cette affection intercurrente sauf s'ils peuvent modifier la nature et/ou l'importance des séquelles.

La déontologie ne permet pas au médecin expert d'émettre une quelconque critique, orale ou écrite, à l'encontre des prescriptions du ou des médecins traitants même si celles-ci ne lui paraissent pas justifiées ou adaptées aux lésions initiales et à leur évolution. Il peut donc parfois se trouver dans une situation délicate qu'aucune recette toute prête ne permet de régler. Cet aspect, qui pourrait engager la responsabilité du prescripteur, ne doit être soulevé qu'avec certitude et sur mission spécifique.

4. PARTICULARITÉS

Lorsque des soins ne sont pas pris en charge par un organisme social, il convient de le préciser en indiquant leur nature et leur durée.

Il en est de même pour des thérapeutiques dispensées hors de toute prescription médicale ou prodiguées par des personnes n'ayant pas de qualification médicale ou paramédicale.

Le médecin devra d'abord se prononcer sur leur imputabilité et ensuite indiquer que ce traitement se situe alors hors de la norme légale ou de la nomenclature des actes médicaux et chirurgicaux des organismes sociaux et autres tiers payeurs. Il appartiendra ensuite au régleur de juger de l'opportunité de leur remboursement.

