



Inspection générale
des affaires sociales

Evaluation du dispositif des recours contre tiers menés par les caisses d'assurance maladie (déclarations par les hôpitaux)

RAPPORT

Établi par

Frédéric SALAS
Inspecteur des affaires sociales

- Janvier 2015 -

2014-135

SYNTHESE

- [1] Le recours contre tiers (RCT) est l'action d'une caisse de sécurité sociale contre l'auteur (le tiers responsable) d'un dommage corporel subi par un assuré. L'objectif est de récupérer auprès de l'auteur, le plus souvent son assureur, les dépenses supportées par l'assurance maladie du fait de ce dommage. Les ressources nettes du recours contre tiers se sont élevées risques maladie et accidents du travail confondus à 976 M€ pour la CNAMTS en 2013. Pour exercer ce recouvrement l'assurance maladie du régime général avait employé 880 ETP (en 2011).
- [2] Pour pouvoir mettre en jeu la procédure de recours contre tiers l'organisme d'assurance maladie doit avoir été informé que les dépenses qu'il a prise en charge proviennent d'un accident et avoir établi qu'un tiers en est partiellement ou totalement responsable. Les articles L 376-1 et D 376-1du code de la sécurité sociale ont été modifiés à plusieurs reprises pour renforcer les sources de signalement de ces accidents à l'assurance maladie.
- [3] Les établissements de santé sont les troisièmes sources de signalement des accidents susceptibles de donner lieu à recours contre tiers. Ils sont à l'origine de 8 % des signalements, après les assureurs de la victime et la victime elle-même qui sont à eux deux à l'origine de 60 % des signalements. Les établissements de santé signalent quatre fois moins d'accidents que les assurés et les assureurs.
- [4] La mission IGAS avait pour objet d'examiner les conditions dans lesquelles les établissements s'acquittent de leur obligation légale et réglementaire en l'absence de sanction en cas d'inexécution.
- [5] Sur 96 CPAM examinées, 11 n'ont reçu aucun signalement provenant d'un établissement de santé. A l'opposé 15 CPAM ont reçu plus de 10 % de leurs signalements des établissements de santé. Dans une caisse, celle de l'Aisne, les signalements proviennent à 63 % des établissements de santé et ils contribuent pour 20 % du total national des dossiers signalés par des établissements (2024 signalements sur 10 073). Que ce soit dans l'Aisne, ou dans la Somme où ils constituent une part encore élevée des signalements (26 %), les signalements des établissements de santé contribuent significativement à la détection des recours contre tiers. Dans les dossiers d'un montant élevé, ils sont même la seule source de détection pour 17 % des dossiers et 14 % des montants dans l'Aisne, 8 % des dossiers et 9 % des montants dans la Somme.
- [6] Sur les 36 CPAM n'ayant pas atteint leurs objectifs de recours contre tiers des contrats pluri annuels de gestion (CPG), 31 sont des CPAM qui ont des taux de signalements par les établissements de santé inférieurs à la moyenne nationale de 8 %.
- [7] Si un taux de signalement par les établissements de santé élevé n'apparaît pas comme suffisant pour réussir les objectifs CPG, il y a un levier de progression disponible pour les 31 CPAM ayant tout à la fois des résultats CPG insuffisants et des signalements par les établissements de santé perfectibles.

- [8] Afin d'accroître la participation des établissements de santé à la détection des dossiers susceptibles de faire l'objet d'un recours contre tiers, la CNAMTS par une lettre réseau¹, du 6 décembre 2011² a mis à la disposition des caisses une série d'outils pour aider les établissements de santé à respecter leur obligation de signalement en cas de prise en charge d'un patient victime d'un accident causé par un tiers.
- [9] Le cœur du dispositif élaboré par l'assurance maladie est constitué par un conventionnement des CPAM avec les établissements de santé. Les signatures de convention ne sont pas sans effet sur les volumes de signalements mais cet effet de volume s'estompe les années suivantes. La CPAM de Marseille a signé en 2012 des conventions avec 16 établissements de santé disposant d'un service d'urgences. La moitié des signataires n'a transmis aucun signalement en 2014.
- [10] En l'absence d'une automatisation souhaitable et techniquement faisable mais devant être déployée avec prudence, les signalements doivent reposer sur une relation suivie entre la CPAM et l'établissement pour être efficaces. La performance enregistrée par la CPAM de l'Aisne repose pour beaucoup sur la régularité des liens qu'elle entretient avec les établissements de santé sur le champ du recours contre tiers. La mission propose d'établir un véritable suivi des relations avec les établissements en affectant du temps agent à ces relations ; des objectifs recours contre tiers pourraient par exemple être fixés à certains délégués de l'assurance maladie.
- [11] Sans exclure la perspective de développer des sanctions et rendre ainsi effective l'obligation de signalement inscrite dans le code de la sécurité sociale, la mission propose une réponse graduée pour combattre l'inertie des établissements de santé.
- [12] Deux approches, pas nécessairement exclusives l'une de l'autre peuvent être envisagées, une négative, faire de la mention de l'existence ou non d'un accident un élément bloquant de la facturation, une autre plus positive d'intéressement de l'établissement de santé à la transmission de l'information, en prévoyant des contreparties à l'investissement de l'établissement dans les signalements dès lors qu'il contribue à la maîtrise des charges de l'assurance maladie.
- [13] Ces efforts en matière de recours contre tiers nécessitent une amélioration du logiciel GRECOT d'enregistrement des actions RCT afin notamment de retracer et conserver toutes les sources de signalements, condition pour connaître l'efficacité de chaque canal de signalement et intéresser, ou sanctionner, les canaux à hauteur de leurs apports respectifs. Il faut également que les CPAM se mettent en situation de traiter les signalements transmis par voie informatique. Il convient en conséquence que les CPAM organisent les échanges entre les services de la facturation hospitalière et les services du recours contre tiers afin que les signalements arrivant par le truchement de la facturation hospitalière ne soient pas négligés.
- [14] Mais au-delà des marges de progression existantes en gestion, il conviendrait d'examiner l'ensemble du processus de recours contre tiers pour évaluer quelles sont les voies d'amélioration possible.
- [15] Les recours contre tiers apparaissent porteurs d'un fort potentiel. La CNAMTS évaluait à 40 % la progression possible des gains provenant du recours contre tiers. Les modalités de calcul des indicateurs CPG du recours contre tiers mettent insuffisamment les CPAM sous tension. Il conviendrait donc de renforcer l'investissement de l'assurance maladie sur ce dossier, d'autant qu'un agent employé au recours contre tiers est toute chose égale par ailleurs 10 fois plus efficient qu'un agent employé à la lutte contre la fraude.
- [16] La mission a identifié trois pistes de renforcement de l'action RCT prometteuses :

¹ C'est-à-dire une instruction à son réseau

² Lettre réseau LR DDGOS 98/2011 du 6 décembre 2011

- Les relations avec les assureurs devraient être analysées³, s'agissant notamment des échéances de consolidation, de la nomenclature appliquée et de l'opposabilité à l'assurance maladie des transactions des parties. Les indemnisations des assureurs se sont élevées à 22,9 Mds € en 2011 pour les dommages corporels à l'occasion des sinistres automobiles.
- Les accidents de la vie scolaire pour lesquels une seule mutuelle se trouve le plus souvent assureur de la victime et de l'auteur, sont quasiment absents des déclarations alors même que l'éducation nationale dispose de l'information. Les montants sont peu élevés mais leur nombre 36 000 durant l'année scolaire 2012-2013 permet d'escampter une ressource significative.
- Enfin les évènements indésirables graves (EIG) dans les hôpitaux restent aussi très mal déclarés et exploités alors que les montants peuvent être en revanche très significatifs, notamment s'agissant des infections nosocomiales. Les médecins conseils peinent à accéder notamment aux conclusions de la commission de conciliation. Il conviendrait toutefois de ne pas mettre en cause la dynamique de la déclaration des EIG en cherchant à améliorer leur signalement.

[17] Aussi, la mission propose de diligenter une enquête IGAS approfondie pour auditer l'ensemble de la politique du recours contre tiers et sa mise en œuvre dans toutes ses composantes, relations avec les assureurs, délais de traitement des dossiers ou organisation des caisses d'assurance maladie et des échelons régionaux du service médical jusqu'à et y compris la récupération des créances.

³ L'indemnisation des accidents de la circulation repose sur un protocole signé entre les trois régimes d'assurance maladie obligatoire et les principales familles d'assureurs, négocié il y a 35 ans et amendé à de multiples reprises.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	9
1 METHODOLOGIE	9
2 DONNEES DE CADRAGE	10
2.1 Rappel des notions de recours contre tiers.....	10
2.2 Les chiffres clés.....	10
2.3 Une obligation de signalement pour de multiples acteurs.....	11
2.4 Place des différents intervenants dans les signalements	12
3 POURQUOI RENFORCER LES SIGNALEMENTS PROVENANT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	15
3.1 Des signalements insuffisamment développés.....	15
3.2 Au-delà du respect d'une obligation réglementaire le développement des signalements des établissements de santé a un intérêt économique et opérationnel indiscutables.....	16
3.2.1 Les signalements des établissements de santé permettent d'ouvrir des dossiers de recours contre tiers qui ne le seraient pas sans eux	16
3.2.2 Les signalements des établissements de santé peuvent aider à une meilleure déclaration par les assureurs	17
3.2.3 Les performances en matière de signalement par les établissements de santé peuvent aider certaines CPAM à améliorer leurs scores CPG	17
4 LES DISPOSITIONS PRISES PAR L'ASSURANCE MALADIE EN 2011 POUR REMEDIER AU FAIBLE INVESTISSEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN MATIERE DE SIGNALEMENTS CONSTITUENT UNE BONNE BASE DE TRAVAIL.....	18
4.1 Les dispositions prises par l'assurance maladie en 2011 constituent une base intéressante qui pourrait être adaptée pour tenir compte des bonnes pratiques des établissements.....	19
4.1.1 Les services d'urgences sont une source privilégiée qui pourrait être élargie.....	20
4.1.2 Un document à destination des services aisément à compléter.....	20
4.1.3 Un document à destination des patients qui pourrait être plus largement diffusé par les établissements.....	22
4.2 En l'absence d'automatisation les signalements doivent reposer sur une relation suivie entre la CPAM et l'établissement pour être efficaces	22
4.2.1 L'informatisation des signalements à développer avec prudence	22
4.2.2 Installer une coopération suivie entre la CPAM et l'établissement de santé.....	23
5 POUR ALLER PLUS LOIN.....	24
5.1 Actualiser les dispositions de la circulaire DHOS/F4/DSS/SD2 du 27 décembre 2004	24
5.2 Prévoir des incitations et des contreparties pour les établissements	24
5.2.1 Faire du renseignement de la mention d'un accident une zone bloquante de la facturation n'est pas suffisant.....	24
5.2.2 Intéresser les établissements à la déclaration des recours contre tiers	25
5.3 Renforcer le pilotage de l'assurance maladie	26
5.3.1 Enrichir l'outil décisionnel.....	26
5.3.2 Améliorer le traitement par les CPAM des informations transmises avec la facturation.....	26
5.4 Plus et mieux investir dans le traitement des recours contre tiers	27
5.4.1 Le recours contre tiers est une activité financièrement intéressante	27
5.4.2 Le recours contre tiers est une ressource à fort potentiel	28
5.5 Auditer l'ensemble de la politique du recours contre tiers et sa mise en œuvre.....	29

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	31
LETTRE DE MISSION.....	33
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	35
ANNEXE 1 : ANALYSE DES RESULTATS DES RECOURS CONTRE TIERS DES CPAM ET PERSPECTIVES DE TRAVAIL.....	39
ANNEXE 2 : SIGNALEMENTS ET FACTURATION.....	41
ANNEXE 3 : FOCUS CPAM DE L'AISNE.....	45
ANNEXE 4 : CPCAM DE MARSEILLE.....	51
RESULTATS DES TRAVAUX MENES PAR LA CPCAM DE MARSEILLE A LA DEMANDE DE LA MISSION.....	51
SIGLES UTILISES	55
PIECES JOINTES	57
PIECE JOINTE N°1CIRCULAIRE DHOS/F4/DSS/SD2 N°2004-631 DU 27 DECEMBRE 2004 RELATIVE AUX INFORMATIONS QUE LES ETABLISSEMENTS DE SANTE DOIVENT TRANSMETTRE AUX CAISSES D'ASSURANCE MALADIE EN CAS D'ACCIDENT IMPLIQUANT UN TIERS RESPONSABLE	59
PIECE JOINTE N°2 MODELE DE DECLARATION D'ACCIDENT DE LA CPCAM DE MARSEILLE	65

RAPPORT

1 METHODOLOGIE

- [18] Ce rapport a été rédigé en complément à l'audit que mène la mission nationale de contrôle des organismes de sécurité sociale (MNC) sur la gestion du recours contre tiers dans les caisses d'assurance maladie des trois régimes.
- [19] La MNC n'étant pas compétente pour auditer les établissements de santé, il a été demandé à l'IGAS d'examiner les conditions dans lesquelles les établissements de santé transmettent aux caisses d'assurance maladie les informations qui leur permettront de mettre en œuvre le recours contre tiers.
- [20] La mission a donc concentré ses travaux sur les établissements de santé. Elle n'a pas, pour ne pas interférer avec les travaux de la MNC, étudié l'ensemble de la question des recours contre tiers et n'a examiné le traitement des recours contre tiers dans le réseau des CPAM qu'en tant que cet examen était nécessaire à la compréhension du circuit des signalements entre les établissements de santé et les CPAM.
- [21] Pour mener à bien ses travaux la mission s'est rendue dans le centre hospitalier universitaire de Dijon, la MNC ayant effectué un audit de préfiguration à la CPAM de Dijon. Ce déplacement a été effectué avec l'auditrice de la MNC responsable de cet audit de préfiguration afin qu'elle ait une vue globale du processus, y compris en amont des caisses d'assurance maladie. Ce déplacement a également été mis à profit pour rencontrer des responsables de l'ARS de Bourgogne.
- [22] Un traitement des informations contenues dans le logiciel GRECOT de suivi des recours contre tiers du régime général qui permet d'identifier les dossiers initiés sur le fondement d'un signalement par les établissements et son croisement avec les résultats des contrats pluri annuels de gestion (CPG) a permis de constituer un échantillon de CPAM sur lesquelles la mission a choisi de faire porter ses investigations. En raison du poids du régime général, 89 % des montants recouvrés, ces investigations ont été consacrées à ce seul régime.
- [23] La mission a ainsi retenu dans son échantillon, les CPAM recouvrant des montants significatifs au titre du recours contre tiers, Marseille, première CPAM en montants recouvrés et Toulon, première CPAM en montants recouvrés par affilié selon les résultats CPG de juin 2014. La mission a également retenu la CPAM de Saint Quentin dont 60 % des recours contre tiers sont initiés par un signalement provenant des établissements de santé, alors que la moyenne nationale est de 8 %. La mission a enfin pris contact avec les deux établissements d'Amiens, un CHU et une clinique privée qui avaient été associés à l'expérimentation menée sous l'égide de la CNAMTS en 2010.
- [24] Après envoi de questionnaires, la mission s'est déplacée dans les trois CPAM, Marseille, Toulon, et Saint Quentin, et les établissements qu'elle considérait comme contribuant significativement aux signalements. Bien que la gestion des recours contre tiers soit assurée par la CPAM de Saint Quentin dans le cadre de sa mutualisation la mission a également mis à profit son déplacement au CHU d'Amiens, pour rencontrer les cadres de la CPAM d'Amiens intéressés par le dossier, les relations avec les établissements de santé de la Somme restant de la compétence de la CPAM d'Amiens.

2 DONNEES DE CADRAGE

2.1 Rappel des notions de recours contre tiers

- [25] Le recours contre tiers est l'action d'une caisse de sécurité sociale contre l'auteur (le tiers responsable), d'un dommage corporel subi par un assuré. L'objectif est de récupérer auprès de l'auteur, le plus souvent de son assureur, les dépenses supportées par l'assurance maladie du fait de ce dommage. Les dispositions relatives aux recours des caisses contre les tiers font l'objet du chapitre 6 du titre 7 « dispositions diverses » du livre troisième « dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général » du code de la sécurité sociale (art L 376-1 et suivants du CSS).
- [26] En matière d'assurance maladie les principaux cas de mise en œuvre du recours contre tiers sont :
- les accidents de la route,
 - les coups et blessures volontaires,
 - les accidents médicaux fautifs (gestes médicaux, infections, accidents transfusionnels,),
 - la mise en jeu de la responsabilité civile (dommages corporels provoqués par des enfants en particulier dans la vie scolaire, accidents sportifs, accidents mettant en cause des animaux,),
 - la mise en jeu de la responsabilité civile professionnelle (glissades dans les commerces, chutes dans les locaux professionnels,),
- [27] En matière d'accidents du travail et maladies professionnelles les principaux cas de mise en œuvre du recours contre tiers sont la faute intentionnelle de l'employeur ou la faute d'un tiers responsable de l'accident du travail ainsi que les accidents de trajet.

2.2 Les chiffres clés

- [28] Tous régimes confondus, les recours contre tiers ont constitué une ressource de 759,5 M€ pour l'assurance maladie en 2013 selon le tableau inclus dans les développements de l'indicateur 5.3 du programme qualité et efficience annexé au PLFSS 2015.

Tableau 1 : Evolution des montants récupérés au titre des recours contre tiers (en M€ et %)

Produits en M€ courants	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Part 2013 de chacun des régimes	Evolution annuelle 2008/2013	Objectif
CNAMTS	881	742,4	643,4	508,8	466,2	677,2	89,2%	-5,1%	Augmentation
MSA - salariés	16,7	17,4	17,3	12,3	17,8	16,0	2,1%	-0,9%	
MSA - exploitants	12,5	10,2	10,3	8,3	11,8	10,1	1,3%	-4,3%	
CNMSS	12,1	12	10,4	9	9,7	9,0	1,2%	-5,7%	
CANSSM	1,7	1,5	3,1	2	1,4	0,9	0,1%	-12,8%	
SNCF	9,4	-2,9	5,1	5,1	5,5	6,0	0,8%	-8,4%	
Banque de France, CRPCEN, CAVIMAC, RATP	0,4	1,9	0,8	0,8	1,4	1,8	0,2%	31,8%	
RSI (ex-CANAM)	32,7	31,2	35,9	30,3	37	38,5	5,1%	3,3%	
Tous régimes de base	966,6	813,8	726,5	576,5	551	759,5	100,0%	-4,7%	

Source : PQE maladie 2015 indicateur 5-3

[29] La CNAMTS (branche maladie) représente entre 85 et 90 % des montants récupérés suivant les années. Sur la période 2007-2012 ces montants ont baissé de 11 % en moyenne par an, notamment sous l'impact de la réforme du 21 décembre 2006 limitant les possibilités de récupération⁴ pour les caisses d'assurance maladie ainsi qu'en raison des opérations exceptionnelles d'apurement de créances anciennes se traduisant par une forte hausse du provisionnement. L'année 2013 enregistre une augmentation de 45 % des montants récupérés par la CNAMTS qui restent toutefois inférieurs à ceux des années 2008 et 2009.

[30] A ces montants qui ne concernent que la branche maladie, il convient d'ajouter ceux concernant la branche AT-MP.

Tableau 2 : Montant des recours contre tiers AT-MP (en M€)

année	2011	2012	2013
Montant net	189	224	299

Source : CNAMTS Présentation des comptes 2012 – 2013

[31] Les ressources nettes du recours contre tiers se sont donc élevées tous risques confondus en 2013 à 976 M€ pour la CNAMTS. En 2011, elles s'étaient élevées à 698 M€. En 2011, pour exercer ce recouvrement l'assurance maladie du régime général avait employé 825 ETP administratifs et 55 ETP de praticiens conseils soit 880 ETP⁵.

2.3 Une obligation de signalement pour de multiples acteurs

[32] Une des conditions indispensables à la mise en jeu de la procédure de recours contre tiers est que l'organisme d'assurance maladie ait été informé de l'existence d'un accident et donc que cet accident lui ait été signalé. L'indication que l'accident a été causé ou non par un tiers facilitera la mise en jeu de la procédure.

[33] La réglementation a été progressivement renforcée pour que les organismes d'assurance maladie soient mieux informés et plus rapidement des accidents susceptibles de faire l'objet d'un recours contre tiers.

[34] L'article D 376-1 du CSS modifié en dernier lieu par le décret n°2012-1160 du 17 octobre 2012 prévoit ainsi parmi les sources de signalement :

- **La personne atteinte de lésions imputables à un tiers** qui doit en informer, par tous moyens, sa caisse de sécurité sociale **dans les quinze jours** suivant leur survenue. Elle doit

⁴ L'article 25 de la LFSS 21 décembre 2006 a modifié l'article L.376-1 du CSS et l'art 31 de la loi Badinter du 5 juillet 1985. Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent désormais 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 (sauf si la caisse établit qu'elle a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel). La subrogation ne s'exerce donc plus globalement mais de manière séparée par catégorie de prestations et s'il y a concordance entre la prestation versée par la caisse à la victime et l'indemnité due par le tiers responsable qui doivent être payables au titre du même chef de préjudice.

La réforme a également instauré un droit prioritaire de la victime, conformément à l'article 1252 du code civil qui vise à l'indemniser en priorité, la caisse étant indemnisée sur le solde restant.

⁵ En 2011, 825 personnes en CPAM travaillent sur le RCT, dont environ :

25 % de techniciens,

43 % de rédacteurs juridiques

Moins de 10 % de chargés d'études juridiques.

Pour les DRSM: 55,1 ETP praticiens conseils ont été consacrés au RCT sur l'année 2011.

notamment le signaler au professionnel de santé en lui fournissant les renseignements prévus au 4° de l'article R 161-42.

- **Le tiers responsable** d'un accident ou de lésions causées à un assuré social qui doit en informer, par tous moyens, la caisse d'assurance maladie dont relève ce dernier **dans les quinze jours** suivant leur survenue s'il n'en a pas informé son assureur.
- **L'assureur du tiers responsable** qui doit informer la caisse d'assurance maladie dont relève la victime **dans les trois mois** suivant la date à laquelle il a connaissance de la survenue de l'accident ou des lésions.
- **L'établissement de santé** dispensant des soins à une personne dont les lésions sont, selon ses déclarations, imputables à un tiers qui doit en informer la caisse d'assurance maladie dont elle relève **dans les trois mois** suivant la date de la fin des soins.

En plus des intervenants mentionnés à l'article D 376-1 du CSS, il convient d'ajouter notamment les services de police et de gendarmerie et les associations de victimes.

2.4 Place des différents intervenants dans les signalements

[35] Le tableau ci-dessous présente les résultats contenus dans la base GRECOT de suivi des recours contre tiers. Plusieurs limites doivent toutefois être soulignées. Il s'agit tout d'abord des dossiers enregistrés au cours de l'année 2014, alors que les CPAM ont migré progressivement vers ce logiciel ; la région PACA n'a ainsi migré qu'en octobre. Par ailleurs les associations de victimes ont été surestimées en raison d'une anomalie conduisant à enregistrer automatiquement par défaut le signalement provenant des bases de la liquidation comme provenant d'une association de victimes.

[36] A ces réserves près, l'assureur de la victime et les victimes elles mêmes sont les principales sources de signalement (près de 60 % à elles deux). Il convient de voir dans cette place des assureurs l'effet du protocole du 24 mai 1983 signé entre les trois régimes obligatoires d'assurance maladie et les principales familles d'assureurs pour le traitement des accidents de la circulation occasionnés par un véhicule terrestre à moteur ou par une bicyclette. Les assureurs ont parfois également un intérêt objectif à prendre contact avec l'assurance maladie pour d'une part chiffrer les préjudices et d'autre part éviter que des victimes ne soient indemnisées deux fois, une fois par l'assurance maladie et une fois par eux-mêmes. Enfin, l'augmentation par la LFSS 2012⁶ des pénalités susceptibles d'être infligées aux assureurs ayant omis de déclarer un accident (jusqu'à 50 % du montant de la créance de la sécurité sociale) a pu contribuer également à une meilleure déclaration.

⁶ Article L 376-4 créé par [LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 120](#)

La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.

L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à [l'article L. 376-1](#), une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L. 376-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de [l'article L. 162-1-14](#). L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

[37] Les établissements de santé sont la troisième source de signalements. Les signalements identifiés comme provenant des établissements de santé et à l'origine de l'ouverture d'un dossier représentent 8 % (7,6 %) des dossiers RCT ouverts pour un accident survenu en 2014 sur le champ des CPAM ayant migré vers le logiciel de gestion GRECOT. Les établissements de santé sans être totalement absents du processus de signalement des recours contre tiers signalent ainsi quatre fois moins que les assureurs des victimes et trois fois moins que les assurés sociaux.

Tableau 3 : Nombre de dossiers ouverts pour un accident survenu en 2014 selon l'origine du signalement (champ : 10 premiers mois 2014 France entière hors PACA et Corse)

	Nombre	%
Assureur de la victime	40 578	30,78%
Assuré social	35 619	27,01%
Etablissement de santé	10 073	7,64%
Association de victime	8 963	6,80%
Assureur du tiers responsable	8 001	6,07%
Progres	7 796	5,91%
Service des rentes AT	5 133	3,89%
Service de production	3 654	2,77%
Juridiction	2 666	2,02%
Professionnel de santé	2 650	2,01%
Tiers responsable	2 477	1,88%
Force de police (police / gendarmerie)	2 110	1,60%
Avocat	996	0,76%
Service médical	601	0,46%
Plateforme téléphonique	341	0,26%
Presse locale	85	0,06%
Fond de garantie	47	0,04%
CRCI	40	0,03%
ONIAM	15	0,01%
CRAMIF	4	0,00%
Service invalidité	1	0,00%
Total	131 850	100,00%

Source : CNAMETS

[38] Afin de compléter l'identification des sources et surtout évaluer la sous déclaration des établissements de santé, la mission a interrogé la SHAM, principal assureur des établissements de santé. La réponse de cet assureur est reproduite in extenso dans l'encadré ci-dessous.

Réponse de la SHAM aux questions de la mission

Au cours de l'année 2013, les établissements de santé publics ou privés, assurés auprès de Sham, nous ont déclaré près de 5600 réclamations mettant en cause un dommage corporel. Ces réclamations nous sont déclarées, soit dans le cadre d'une demande amiable d'indemnisation, soit à la suite d'une saisine d'une commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux-CCI (près de 40% des réclamations) ou directement par la saisine d'une juridiction. L'information des caisses se fait dans la cadre de l'instruction des dossiers par courrier recommandé.

Nous ne sommes toutefois pas en mesure de vous préciser le nombre d'accidents déclaré aux caisses dans la mesure où cette information n'est pas tracée informatiquement. Toutefois, nous vous rappelons que les caisses de sécurité sociale sont également systématiquement informées par les juridictions en cas de contentieux, mais également par les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation lors de leur saisine (art. R1142-15-2 du code de la santé publique). Les CCI sont également tenues d'adresser aux Organismes Sociaux les avis qui ont été rendus (art. R1142-17 CSP).

Il convient également de souligner que les organismes sociaux ne disposent pas de recours subrogatoire contre l'ONIAM lorsque celui-ci indemnise une victime au titre de la solidarité nationale (Conseil d'Etat avis, 22/01/2010 n°332716). L'offre d'indemnisation de l'ONIAM est par ailleurs faite sous déduction des prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice (art. L.1142-17 du CSP).

S'agissant des raisons d'une éventuelle sous déclaration par les établissements de santé aux organismes sociaux, des accidents médicaux dont ils pourraient être à l'origine, plusieurs explications peuvent être avancées ;

D'une manière générale, concernant l'ensemble du dispositif (c'est-à-dire l'information de tout accident mettant en cause un tiers) la crainte d'une violation du secret médical à l'égard de la victime peut être invoquée ;

En l'absence de réclamation de la victime, la difficulté à appréhender sa qualité de « tiers responsable ». En matière médicale, il est souvent difficile sauf à avoir recours à une expertise spécifique, de déterminer la cause exacte de l'accident au regard notamment de l'état antérieur du patient et de pourvoir déterminer si une faute est à son origine. Ainsi, lorsque nous analysons les fondements des avis rendus par les CCI en 2013 pour des dossiers de notre Mutuelle, on constate que dans près de 38% des cas, l'avis de la CCI ne retient ni faute ni aléa thérapeutique, et dans plus de 13% des cas un accident médical non fautif indemnisable par l'ONIAM. Le caractère fautif de l'accident est retenu dans 15,2% des cas.

Par ailleurs, d'un point de vue pratique, cela implique la mise en place d'une procédure pour l'ensemble des services de l'établissement alors que la procédure générale d'information des accidents causés par un tiers concerne à l'hôpital essentiellement le service des urgences ;

Il est possible également que les établissements de santé considèrent, en cas de réclamation de la victime, ne pas avoir à informer les organismes sociaux dès lors qu'ils ont informé leur assureur de responsabilité conformément aux dispositions de l'article D.376-1 du CSS, ainsi que la crainte que l'information des organismes sociaux soit considérée comme une reconnaissance de responsabilité, contraire au principe de la direction du procès prévu par le code des assurances au bénéfice de l'assureur de responsabilité.

Enfin, s'agissant des difficultés d'application de ce dispositif, nous nous interrogeons actuellement sur la mise en œuvre des dispositions de l'article 16 du PLFSS 2015 qui étend désormais l'obligation d'information « le cas échéant à l'organisme d'assurance maladie complémentaire concerné » sauf à ce que cette information soit connue de nos sociétaires lors de la déclaration de sinistre.

Source : Réponse SHAM du 17 décembre 2014 sur interrogation du rapporteur

[39] Cette réponse soulève plusieurs questions. Elle soulève la question du secret médical qui constitue également une difficulté interne dans l'assurance maladie pour le traitement des dossiers de recours contre tiers. Elle soulève la question de la place de l'ONIAM dans les informations transmises à l'assurance maladie. L'Office, interrogé par courriel n'a pas répondu aux questions de la mission. Un travail plus large devrait amener à le réinterroger. On soulignera à cet égard que les sources d'informations existantes apparaissent insuffisamment coordonnées et interrogées. Par exemple, les déclarations d'événements indésirables graves adressées aux ARS (art L 1413-14⁷ et R 1413-34 du code de la santé) ne sont pas rapprochées des déclarations faites au titre des recours contre tiers et les dossiers enregistrés dans les Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en Charge (CRUQC) des établissements insuffisamment exploités.

⁷ Article L1413-14 « Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé. Ces dispositions s'entendent sans préjudice de la déclaration à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé des événements indésirables liés à un produit mentionné à l'article L. 5311-1. »

3 POURQUOI RENFORCER LES SIGNALEMENTS PROVENANT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

3.1 Des signalements insuffisamment développés

[40] La proportion de 8 % de signalements provenant des établissements de santé recouvre des réalités contrastées.

- Sur 96 caisses examinées :
 - 11 n'ont reçu aucun signalement provenant d'un établissement de santé,
 - A l'opposé 15 reçoivent plus de 10 % de leurs signalements des établissements de santé. Le tableau ci-dessous indique le détail pour ces 15 caisses.
- Une caisse, celle de l'Aisne participe pour 20 % du total national des dossiers signalés par des établissements (2024 signalements sur 10 073). 63 % de ses dossiers ouverts le sont sur la base d'un signalement par un établissement.

Tableau 4 : Détail des 15 CPAM pour lesquelles les signalements des établissements de santé représentent plus de 10 % des dossiers ouverts en 2014 (classées par ordre d'importance des signalements des établissements de santé dans le total des signalements reçus par la CPAM)

	NUM_CPAM	CPAM	DEP	DEPARTEMENT	TOTAL_CAISSA_2014	ETABLISSEMENT_DE_SANTE	PART_ETABLISSEMENT_DS_TOTAL
1	021	AISNE	02	Aisne	3237	2024	62,53
2	682	HAUT-RHIN	68	Haut-Rhin	2354	1299	55,18
3	891	AUXERRE	89	Yonne	801	290	36,20
4	411	BLOIS	41	Loir-et-Cher	722	222	30,75
5	542	MEURTHE-ET-MOSELLE	54	Meurthe- et-Moselle	1638	473	28,88
6	597	ROUBAIX-TOURCOING	59	Nord	2021	545	26,97
7	801	AMIENS	80	Somme	1172	305	26,02
8	623	COTE OPALE	62	Pas-de-Calais	1573	408	25,94
9	561	VANNES	56	Morbihan	1883	433	23,00
10	599	HAINAUT	59	Nord	4699	984	20,94
11	221	SAINT-BRIEUC	22	Côtes-d'Armor	1595	286	17,93
12	441	LOIRE-ATLANTIQUE	44	Loire-Atlantique	3177	559	17,60
13	721	LE MANS	72	Sarthe	1751	242	13,82
14	624	ARTOIS	62	Pas-de-Calais	2561	297	11,60
15	594	FLANDRES	59	Nord	1359	136	10,01

Source : CNAMETS traitement mission

Note de lecture : la colonne « total caisse 2014 » indique le nombre total de dossiers de recours contre tiers ouverts dans GRECOT durant les 10 premiers mois 2014. La colonne établissement de santé indique le nombre de signalements des établissements de santé ayant permis l'ouverture d'une procédure de recours contre tiers. Enfin la colonne « part établissement ds total » indique la proportion des signalements des établissements de santé dans les dossiers ouverts.

[41] Afin de vérifier que cette proportion importante n'était pas la conséquence d'un processus de recours contre tiers qui serait en réalité faible, la mission a rapproché les résultats de la CPAM de l'Aisne en matière de signalement par les établissements de santé avec ses résultats CPG. En 2013, la CPAM avait atteint un ratio RCT de 16,87 € (7 085 316 € recouvrés pour 420 050 affiliés au régime général), et au 30 juin 2014 un ratio de 8,88 €. La CPAM se trouvait ainsi légèrement en dessous du socle fixé à la Picardie (17,25 € en 2013) et dans une position au dessus de la médiane de 8,42 € des résultats des CPAM. La performance enregistrée par la CPAM de l'Aisne en matière de signalements par les établissements de santé n'est donc pas la conséquence d'une insuffisance des autres sources.

3.2 Au-delà du respect d'une obligation réglementaire le développement des signalements des établissements de santé a un intérêt économique et opérationnel indiscutable

3.2.1 Les signalements des établissements de santé permettent d'ouvrir des dossiers de recours contre tiers qui ne le seraient pas sans eux

- [42] La question se posait de savoir si les signalements des hôpitaux permettaient de détecter des dossiers ou s'ils n'étaient que redondants avec d'autres sources.
- [43] La CPAM de Saint Quentin (Aisne) a, à la demande de la mission, réalisé une analyse des dossiers ouverts en matière de recours contre tiers pour déterminer quelle était la contribution nette des signalements des établissements de santé dans la connaissance des recours contre tiers (cf annexe 3).
- [44] En l'absence d'automatisation de cette recherche, les agents ont repris les dossiers manuellement pour détecter les informations établissement uniques et celles doublonnant avec une autre source en retenant les dossiers pour lesquels les montants en jeu étaient les plus élevés pour la CPAM de Saint Quentin.
- [45] Dans l'Aisne les établissements de soins ont contribué à 15 ouvertures des 47 recours contre tiers représentant les montants les plus élevés. Le montant total des 47 dossiers était de 1 419 120 € et ces 15 dossiers se montaient à 431 314 €. Toutefois dans sept dossiers, l'assurance des victimes était intervenue ultérieurement et donc le dossier RCT aurait été ouvert même si l'établissement ne l'avait pas signalé. En revanche huit dossiers ont été signalés uniquement par des établissements de santé pour un montant de 201 600 €. 17 % des dossiers et 14 % des montants sont donc des dossiers RCT ouverts sur le seul signalement des établissements de santé⁸.
- [46] Le même traitement a été réalisé pour les dossiers de la Somme, la CPAM de Saint Quentin gérant en effet les recours contre tiers de la CPAM de la Somme dans le cadre d'une mutualisation. Sur les 51 dossiers les plus onéreux ouverts en recours contre tiers, les établissements de soins étaient à l'origine de 12 ouvertures de dossiers pour 422 047 € sur un total de 1,5 M€. Huit dossiers auraient été ouverts même sans l'intervention de l'établissement de soins puisque ayant fait l'objet d'un signalement par l'assureur de la victime, quatre pour 134 828 € (soit 9 % des montants) n'avaient fait l'objet d'aucun signalement de l'assureur.
- [47] Que ce soit dans l'Aisne, où ils constituent une part importante des signalements (63 %) ou dans la Somme où ils en constituent une part encore significative (26 %), les signalements des établissements de santé contribuent significativement à la détection des recours contre tiers. Dans les dossiers d'un montant élevé, ils sont même la seule source de détection pour 17 % des dossiers et 14 % des montants dans l'Aisne, 8 % des dossiers et 9 % des montants dans la Somme.

⁸ Il convient toutefois de nuancer ce constat. Dès lors que la CPAM traite le dossier avec diligence et prend contact avec l'assurance avant l'échéance des trois mois, délai dont dispose l'assurance pour signaler le dossier à la CPAM, on peut émettre l'hypothèse que celle-ci considère la CPAM informée et n'estime pas nécessaire de l'informer formellement.

3.2.2 Les signalements des établissements de santé peuvent aider à une meilleure déclaration par les assureurs

- [48] Les dossiers détectés par les signalements des établissements de santé et non signalés par les assureurs constituent autant de dossiers susceptibles de déclencher une mise en œuvre d'une pénalisation des assureurs au titre du non signalement que la loi a porté à 50 % du montant de la créance, limitée toutefois à 10 000 € dans le cadre du protocole. Un signalement plus systématique par les établissements de santé permettant d'identifier les assureurs qui n'ont pas signalé et de leur appliquer ainsi les pénalités pour leur abstention serait une incitation faite aux assureurs de mieux informer la CPAM des dossiers de recours contre tiers.
- [49] Pour industrialiser ce process il conviendrait que GRECOT permette l'enregistrement de tous les signalements (cf infra) et pas seulement de celui ayant permis l'ouverture du dossier.

3.2.3 Les performances en matière de signalement par les établissements de santé peuvent aider certaines CPAM à améliorer leurs scores CPG

- [50] La mission a cherché à identifier si les résultats obtenus en matière de satisfaction des indicateurs CPG du recours contre tiers dépendaient de la proportion des signalements provenant des établissements de santé. Elle a pour ce faire croisé les informations CPG et les informations de la base GRECOT. Les informations CPG sont le socle provisoire en euro par affilié et le résultat au 30 juin en pourcentage en deçà ou au delà de l'objectif socle.
- [51] Le tableau ci-dessous identifie les 36 CPAM en deçà du socle CPG. Ainsi la CPAM d'Evry était au 30 juin 2014 à 4 % en deçà de son objectif socle de 9 € par affilié. Les établissements de santé ont été en 2014 à l'origine de 35 signalements sur 2793 ; autrement dit 1,25 % des signalements proviennent donc des établissements de santé.
- [52] Sur les 36 CPAM n'ayant pas atteint leurs objectifs CPG, cinq sont des CPAM qui ont des taux de signalement par les établissements de santé supérieurs à la moyenne nationale de 8 %. Les autres en revanche ont des taux de signalement par ces établissements inférieurs à la moyenne.
- [53] Si un taux de signalement par les établissements de santé élevé n'apparaît pas comme suffisant pour réussir les objectifs CPG, il y a un levier de progression disponible pour les 31 CPAM ayant tout à la fois des résultats CPG insuffisants et des signalements par les établissements de santé perfectibles.

Tableau 5 : Liste des 36 CPAM dont les résultats CPG sont inférieurs au socle au 30 juin 2014 et participation des établissements de santé aux signalements

	LIB_ORG	SOCLE_PROVISOIRE	RESULTAT_SOCLE_PROV	ETABLISSEMENT_DE_SANTE	TOTAL_CAISSSE_2014	RT_ETABLISSEMENT_DS_TOT	RATEUR_MONTANTS_RECOURVRES_30_06
1	CGSS DE CAYENNE	9	-0,06	0	0	0,00	482162
2	CPAM D'EVRY	9	-0,04	35	2793	1,25	6051609
3	CPAM DE BOURG EN BRESSE	9	-0,03	3	844	0,36	3071155
4	CPAM DE ROANNE	9	-0,03	3	1196	0,25	4168276
5	CPAM DE MENDE	9	-0,03	3	248	1,21	327260
6	CPAM DE ROUEN	7	-0,03	3	1142	0,26	6538597
7	CPAM DE MOULINS	8	-0,02	0	171	0,00	1599378
8	CPAM D'AURILLAC	7	-0,02	0	61	0,00	477382
9	CPAM DE GUERET	7	-0,02	2	196	1,02	409269
10	CPAM DE DUNKERQUE	8	-0,02	136	1359	10,01	2223526
11	CPAM DE LILLE	8	-0,02	3	2339	0,13	4794253
12	CPAM DE CALAIS	8	-0,02	408	1573	25,94	2807403
13	CPAM DE CLERMONT FERRAND	9	-0,02	0	399	0,00	4401601
14	CPAM DE VERSAILLES	7	-0,02	7	5449	0,13	7159089
15	CPAM DE CRETEIL	8	-0,02	24	3996	0,60	7860590
16	CGSS DE SAINT DENIS	7	-0,02	0	0	0,00	3527447
17	CPAM DE RODEZ	9	-0,01	1	388	0,26	3805851
18	CPAM D'ANGOULEME	8	-0,01	13	752	1,73	1958130
19	CPAM DE LA ROCHELLE	8	-0,01	28	1005	2,79	3268675
20	CPAM DE TULLE	9	-0,01	4	449	0,89	1327273
21	CPAM DE VALENCE	9	-0,01	8	730	1,10	3380242
22	CPAM DE TOULOUSE	9	-0,01	1	3030	0,03	8432008
23	CPAM DE GRENOBLE	9	-0,01	6	2324	0,26	8167283
24	CPAM D'AGEN	9	-0,01	11	671	1,64	3985442
25	CPAM DE METZ	6	-0,01	0	1592	0,00	4630742
26	CPAM DE VALENCIENNES	7	-0,01	984	4699	20,94	4282923
27	CPAM DE BAYONNE	9	-0,01	0	1848	0,00	2041271
28	CPAM DE PERPIGNAN	9	-0,01	0	1015	0,00	2646738
29	CPAM DE MULHOUSE	6	-0,01	1299	2354	55,18	3103668
30	CPAM DU MANS	7	-0,01	242	1751	13,82	2929852
31	CPAM DE PARIS	7	-0,01	3	4294	0,07	11966432
32	CPAM DE LA ROCHE SUR YON	7	-0,01	1	763	0,13	3134680
33	CPAM DE POITIERS	8	-0,01	5	703	0,71	2072144
34	CPAM DE BOBIGNY	7	-0,01	135	4734	2,85	8645915
35	CPAM DE CERGY-PONTOISE	7	-0,01	10	1644	0,61	7070945
36	CGSS DE LA GUADELOUPE	6	-0,01	0	0	0,00	2044939

Source : CNAUTS résultats CPG et GRECOT traitement mission

4 LES DISPOSITIONS PRISES PAR L'ASSURANCE MALADIE EN 2011 POUR REMEDIER AU FAIBLE INVESTISSEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN MATIERE DE SIGNALEMENTS CONSTITUENT UNE BONNE BASE DE TRAVAIL

- [54] Aucune conséquence directe n'est attachée au respect de l'obligation de signalement faite aux établissements de santé et les établissements ne peuvent attendre de ce respect aucun bénéfice direct ou indirect. A contrario, il n'existe aucune sanction pour les établissements ne signalant pas ou insuffisamment les dossiers susceptibles de recours contre tiers. Cette absence de conséquence est peu favorable à une stricte observance de cette obligation.
- [55] Les établissements ne transmettant aucun signalement ou de manière quasi anecdotique ne sont pas rares et les justifications parfois surprenantes. Pour justifier de l'absence de signalement, un CHU a ainsi argué de son ignorance de cette obligation du code de la sécurité sociale⁹. Un autre important établissement de santé s'est retranché derrière une rupture de stock d'imprimés pour justifier son absence de signalement en 2014.
- [56] Même parmi les établissements de santé qui se sont engagés par convention avec des caisses d'assurance maladie à signaler les dossiers susceptibles d'un recours contre tiers, nombreux sont ceux qui n'ont transmis aucun signalement. La CPAM de Marseille a signé en 2012 des conventions avec 16 établissements de santé disposant d'un service d'urgences. En considérant tous les signalements parvenus à la CPAM durant les 10 premiers mois de l'année quelles qu'en soient les modalités de transmission papier ou informatique (cf infra), huit établissements, soit la moitié, n'ont transmis aucun signalement à la CPAM en 2014.

⁹ Dans ces conditions, la circulaire d'application des articles relatifs aux informations à transmettre aux caisses de sécurité sociale en cas d'accident impliquant un tiers (DHOS/F4/DSS/SD2 n°2004-631 du 27 décembre 2004) est elle aussi le plus souvent ignorée.

[57] S'agissant d'une activité qui n'apparaît pas prioritaire pour les établissements, elle apparaît peu protocolisée et étroitement dépendante de l'investissement de personnes en nombre réduit ; une réorganisation, un départ à la retraite, et le taux de signalement chute quand il n'est pas simplement ramené à zéro.

[58] Dans ces conditions, les relations qu'entretient l'établissement de santé avec l'assurance maladie conditionnent les résultats en matière de signalement.

4.1 Les dispositions prises par l'assurance maladie en 2011 constituent une base intéressante qui pourrait être adaptée pour tenir compte des bonnes pratiques des établissements

[59] Afin d'accroître la participation des établissements de santé à la détection des dossiers susceptibles de faire l'objet d'un recours contre tiers, la CNAMTS par une lettre réseau¹⁰, du 6 décembre 2011¹¹ a mis à la disposition des caisses une série d'outils pour aider les établissements de santé à respecter leur obligation de signalement en cas de prise en charge d'un patient victime d'un accident causé par un tiers.

[60] Cette lettre réseau avait pour objet :

- D'inciter les établissements à respecter cette obligation,
- De simplifier la démarche administrative en mettant en place des outils,
- D'augmenter le nombre de signalements pertinents et exploitables.

Cette lettre était accompagnée de six annexes

- Un « power point » à commenter à la direction de l'hôpital présentant le recours contre tiers, les enjeux, et les outils,
- Un « power point » à présenter au personnel de l'hôpital,
- Une fiche pour la personne recevant le patient, identifiée par la circulaire comme étant généralement l'infirmière d'accueil et d'orientation,
- Une déclaration simplifiée à l'intention du patient,
- Une convention type,
- Une fiche de bilan.

[61] Le cœur du dispositif élaboré par l'assurance maladie est constitué par un conventionnement des CPAM avec les établissements de santé. La convention type de partenariat annexée à la lettre réseau reprend pour l'essentiel les dispositions signées par les CPAM de l'Aisne et de la Somme avec les établissements de santé de leur ressort en 2009 et 2010.

[62] Après un rappel des textes, législatifs, réglementaires et circulaires, ces conventions fixent quelques modalités pratiques, une ou plusieurs contreparties des plus réduites, en particulier un bilan effectué par la CPAM, et des modalités de suivi. Cette convention type a connu des degrés d'application variés.

[63] Parmi les quelques CPAM visitées¹², dont on rappellera qu'elles sont les plus performantes en matière de recours contre tiers, l'une, Marseille, a systématiquement mis en œuvre la lettre réseau et sa convention type, l'autre, Toulon, a, après l'avoir testée sur un établissement, estimé que son impact était trop faible pour justifier une mise en application systématique.

¹⁰ C'est-à-dire une instruction à son réseau

¹¹ Lettre réseau LR DDGOS 98/2011 du 6 décembre 2011

¹² On rappellera que parallèlement la MNC menait une enquête dans le réseau de l'assurance maladie et qu'il convenait de ne pas saturer les caisses avec des demandes redondantes.

[64] Cette lettre réseau se révèle être une bonne base de travail mais mériterait quelques adaptations.

4.1.1 Les services d'urgences sont une source privilégiée qui pourrait être élargie

[65] La lettre réseau encourage à cibler les établissements dotés de service d'urgences et a amené les signataires à faire porter leur action sur les urgences. Les services d'urgences traumatologiques apparaissent les mieux placés pour détecter les dossiers susceptibles de faire ultérieurement l'objet d'un recours contre tiers.

[66] Mais les urgences ne sont pas les seules voies de détection de dossiers possibles de recours contre tiers. Les services de réanimation qui reçoivent les accidents les plus graves et à coût financier élevé peuvent également contribuer de manière significative.

[67] Certains soins programmés, s'agissant notamment de l'explantation de dispositifs médicaux défectueux mais pas seulement sont également une source d'information. Deux récentes circulaires, une de février 2011¹³ avec une ambition plus large que les seuls dispositifs implantables défectueux, l'autre de 2014¹⁴ spécifiquement consacrée à cette question élargissent le champ des signalements au-delà des urgences.

[68] Une CPAM a également expliqué que les centres de rééducation pouvaient transmettre des informations concernant des dossiers peu nombreux mais d'un montant élevé. Deux centres dans l'Aisne ont ainsi signalé à eux deux 51 dossiers en 2014.

[69] Il conviendrait en conséquence d'élargir le ciblage des actions pour ne pas en faire uniquement un dossier concernant les services des urgences.

4.1.2 Un document à destination des services aisé à compléter

[70] Le document présenté par la lettre réseau de 2011 comme devant être remis au patient est en réalité renseigné par le personnel d'accueil. La responsabilité de la détection et de la mise en forme de l'information relève des secrétaires médicales et du bureau des admissions sur le fondement du dossier généralement papier qui suit le malade dès son admission.

[71] L'identification des infirmières d'accueil et d'orientation comme source de détection essentielle n'apparaît pas la plus pertinente au regard des pratiques observées. Le personnel médical est trop rare pour que lui soient confiées des tâches à caractère essentiellement administratif ; les personnels administratifs, pour autant qu'ils se trouvent au début de la chaîne de prise en charge, par exemple au bureau des admissions des urgences, sont tout à fait en mesure de détecter et signaler les accidents.

[72] La pratique observée à plusieurs reprises est celle du collage sur l'imprimé d'une des étiquettes éditées lors de l'admission du patient, c'est-à-dire comportant le nom, le prénom et un numéro d'identification qui n'est pas le NIR mais un numéro de dossier et une case cochée parmi les items proposés (accident de la circulation ou de la voie publique, coups et blessures, morsures d'animaux, accident sportif, accident scolaire, autre...). Cette procédure simplifiée à l'extrême ne prend ainsi que quelques secondes, voire moins, et ne constitue en conséquence pas une charge de travail excessive pour un service d'urgences dans lequel ces accidents représentent 5 à 10 % des passages.

¹³ Instruction DSS/DGOS/2011/54 du 10 février 2011 relative à la déclaration par les établissements de santé des dommages corporels dus à un tiers responsable

¹⁴ Instruction DSS/DGOS/DGS/2014/28 du 27 janvier 2014 relative à la déclaration par les établissements de santé des dispositifs médicaux implantables défectueux aux organismes de sécurité sociale

Schéma 1 : Fac-similé du document de signalement d'un accident

(Cachet de l'établissement)

**Déclarer un accident causé par une tierce personne,
une entreprise ou une administration**

Déclaration à rendre complétée à la personne vous l'ayant remise.

IDENTIFICATION

Date de l'accident : jour mois année

Nom et prénom de la victime :

Numéro d'immatriculation de la victime : (ou de l'assuré si la victime n'est pas l'assuré)

CIRCONSTANCES

Cocher la case utile

Accident de la circulation
 Coups et blessures (agression)
 Morsure d'animal
 Accident sportif
 Accident scolaire
 Autre (à préciser) : ex : chute, accident sur la voie publique...



Source : CNAME LR DDGOS 98/2011 du 6 décembre 2011

[73] Parmi les établissements particulièrement investis il a été noté la pratique d'agrafer dans un deuxième temps à ce document de base le bulletin de situation établi par le bureau des entrées. Ce complément reprenant les informations de prise en charge contenues dans la carte vitale permet à la CPAM de disposer des éléments d'identification essentiels sans que l'édition d'une copie supplémentaire du bulletin de situation ne pèse excessivement sur le fonctionnement de l'établissement.

4.1.3 Un document à destination des patients qui pourrait être plus largement diffusé par les établissements

[74] Lorsqu'un document est remis au patient par l'établissement, il s'agit du document que la CPAM envoie à l'assuré le plus souvent dans un deuxième temps pour alimenter le dossier. Ce document longtemps laissé à l'initiative de la CPAM n'est pas encore totalement homogénéisé. L'imprimé de la CPAM de Marseille (cf PJ n°2) et que remettent directement les établissements aux patients, a l'avantage avec sa couleur jaune d'être facilement identifiable mais l'inconvénient de perdre cette qualité s'il est photocopié. Le remplissage de ce document par le patient qui le renvoie à sa caisse permet la transmission d'informations qui pourraient relever autrement du secret médical. Cette distribution par l'établissement de santé permet de gagner une étape dans l'élaboration du dossier. A plusieurs reprises, a été évoquée la possibilité de joindre cet imprimé à ceux contenus dans le livret remis au malade lors de son hospitalisation et d'insérer dans ce livret d'accueil une page pédagogique relative au recours contre tiers aidant à lever les préventions des assurés. Bien souvent, notamment s'agissant des accidents de sport ou de vie scolaire¹⁵, les assurés ne voient dans le signalement d'un recours contre tiers qu'une source de complications administratives et de conflits avec les tiers, les assurances...sans gain tangible pour eux dès lors que les soins sont pris en charge par l'assurance maladie.

4.2 En l'absence d'automatisation les signalements doivent reposer sur une relations suivie entre la CPAM et l'établissement pour être efficaces

[75] L'automatisation de la transmission des informations lèverait les contingences dues aux facteurs humains. Toutefois cette piste ne peut être explorée qu'avec prudence et il convient en conséquence d'inscrire les relations de l'assurance maladie avec les établissements de santé dans la durée.

4.2.1 L'informatisation des signalements à développer avec prudence

[76] Alors que les conventions picardes n'envisagent qu'un circuit de signalement « papier », la convention type nationale ouvre l'alternative d'un signalement par le truchement d'informations accrochées à la facturation électronique. Des conventions comportant cette disposition de signalement par voie électronique ont bien été signées, sans toutefois remettre en cause les circuits « papier » auxquels sont habitués les intervenants.

[77] Les supports « papier » restent les supports privilégiés de la transmission de l'information en matière de recours contre tiers ; simple et efficace cette transmission a l'avantage de ne nécessiter aucune adaptation informatique. En revanche, elle présente le défaut majeur d'être particulièrement dépendante des facteurs humains.

¹⁵ Les réticences observées des assurés à déclarer les accidents de la vie scolaires pourraient être contournées en recourant aux informations que font remonter les établissements scolaires au travers des déclarations d'accidents qu'ils adressent aux directions des services départementaux de l'éducation nationale ; ces déclarations comportent notamment l'identification des tiers en cause et surtout de leur assurance.

[78] Il n'existe pas apparemment d'obstacle à l'informatisation du transfert de l'information de l'existence d'un accident de droit commun, la norme B2 s'appliquant à tous les flux (cf annexe 2). Toutefois, l'information transférée à la CPAM est réduite et le risque existe de la multiplication de dossiers signalés inutilement. Il conviendrait en conséquence, avant de généraliser la transmission électronique d'enrichir les informations transmises par le truchement de la facturation de la nature de l'accident et de l'implication d'un tiers et de bien en apprécier toutes les conséquences, tant au niveau des établissements que du traitement par les CPAM. Les difficultés créées par la disparition programmée de la chaîne budget global (BDG) qui permet de chiffrer les dossiers de recours contre tiers, illustrent s'il en était besoin, la prudence dont il convient de faire preuve lorsque sont en cause les chaînes informatiques de la facturation hospitalière. La question du signalement des dossiers RCT pourrait être intégrée à la recherche des solutions visant à pallier la disparition de la chaîne BDG.

[79] La généralisation des signalements informatiques est souhaitable mais ce basculement ne doit être réalisé qu'à terme.

4.2.2 Installer une coopération suivie entre la CPAM et l'établissement de santé

[80] Alors que les conventions picardes prévoient qu'en l'absence de signalement pendant deux mois consécutifs la CPAM prendrait contact avec l'établissement, la convention type laisse les signataires déterminer la durée de l'absence de signalement qui provoquerait une réaction de la CPAM. Les conventions signées par la CPAM de Marseille prévoient une durée de trois mois. Cette disposition est restée lettre morte. Cette absence de réaction de la CPAM est d'autant plus regrettable qu'elle aurait permis d'identifier les dysfonctionnements tels les non signalements au motif de la rupture de stocks d'imprimés, ou les signalements non traités en raison d'informations électroniques non exploitées (cf infra).

[81] Les conventions picardes comportaient une autre disposition qui apparaît pour beaucoup dans la qualité de la relation entretenue avec les établissements de santé dans la durée. Les conventions de la CPAM de l'Aisne prévoient dans leurs dispositions pratiques que : « l'agent enquêteur du service recours contre tiers des CPAM récupèrera ces signalements une fois par mois auprès du secrétariat du service des urgences ».

[82] Cette disposition s'est révélée fondamentale dans la vie du dispositif en Picardie. Les signatures de convention ne sont pas sans effet sur les volumes de signalements mais ainsi que le montrent les données transmises par la CPAM de Marseille, cet effet de volume s'estompe les années suivantes. L'agent de la CPAM de l'Aisne par un passage régulier, chaque début de mois, a su créer une routine ; l'obligation est connue et intégrée dans la vie des équipes des centres hospitaliers. En cas de baisse des signalements, il en avertit les équipes ce qui permet d'agir rapidement sur les causes. La régularité de l'application de cette routine dans l'Aisne, et la moins grande régularité dans la Somme pourrait expliquer que la part des signalements des établissements de santé dans l'ensemble des signalements chute de 62 % dans l'Aisne à 20 % dans la Somme.

[83] Si toutes les CPAM ne sont pas en mesure d'affecter une journée de travail d'un agent enquêteur à la récupération des signalements papier, il conviendrait d'étudier l'affectation d'heures de délégué de l'assurance maladie (DAM) à cette tâche. Cette dépense, ou cet investissement, peut être estimé à 165 € soit le coût d'une journée de DAM¹⁶ à rapprocher des gains potentiels.

¹⁶ Salaire moyen annuel net de 30 000€ dans les familles « promotion de l'offre de services » et « gestion des situations clients » selon le rapport sur l'emploi de l'UCANSS 2012 p70, augmenté de 30 % de charges, divisé par 12 mois et divisé par 20 jours.

Recommandation n°1 : Etablir un véritable suivi des relations avec les établissements en matière de RCT en affectant du temps agent à ces relations ; des objectifs RCT pourraient par exemple être fixés à certains DAM.

5 POUR ALLER PLUS LOIN

5.1 Actualiser les dispositions de la circulaire DHOS/F4/DSS/SD2 du 27 décembre 2004

[84] Cette circulaire, si elle reste pertinente dans son esprit qui est de mobiliser les établissements dans la recherche des accidents susceptibles de recours contre tiers est oubliée de la plupart et est par ailleurs datée ; elle se place dans un contexte de mise en œuvre de la facturation individuelle FIDES au 1^{er} janvier 2006, reportée à plusieurs reprises. Par ailleurs la suppression des flux BDG devrait également amener à la faire évoluer.

[85] En complément de cette évolution de la circulaire, il pourrait être également envisagé de développer une fiche relative au recours contre tiers sur l'extranet FIDES.

Recommandation n°2 : Actualiser les dispositions de la circulaire DHOS/F4/DSS/SD2 du 27 décembre 2004 en la complétant d'une fiche dans l'extranet FIDES

5.2 Prévoir des incitations et des contreparties pour les établissements

[86] Sans exclure la perspective de développer des sanctions et rendre ainsi effective l'obligation de signalement inscrite dans le code de la sécurité sociale, la mission propose une réponse graduée pour combattre l'inertie des établissements de santé.

[87] Deux approches, pas nécessairement exclusives l'une de l'autre peuvent être envisagées, une négative, faire de la mention de l'existence ou non d'un accident un élément bloquant de la facturation, une autre plus positive d'intéressement de l'établissement de santé à la transmission de l'information.

5.2.1 Faire du renseignement de la mention d'un accident une zone bloquante de la facturation n'est pas suffisant

[88] Une des raisons de la faible implication des établissements de santé du signalement par le biais de la facturation hospitalière tient au fait que l'absence de mention n'a aucun impact sur la liquidation de la facturation. En conséquence, dans la recherche de gains de productivité à tous les niveaux, l'ensemble des intervenants sur la chaîne de la facturation négligent cette mention.

[89] S'agissant des accidents du travail, la mission a constaté qu'en raison de l'impact sur la tarification au travers du changement de risque et de la prise en charge à 100 %, cette obligation est mieux respectée.

[90] Faire de la mention de l'existence ou non d'un accident un élément obligatoire pour que la facture puisse être liquidée inciterait les établissements de santé à mieux s'acquitter de leur obligation. Exiger que soient mentionnées également la présence d'un tiers et la nature de l'accident, voie publique, coups et blessures, morsure d'un animal, accident de la vie scolaire ou sportif, serait encore mieux.

[91] Il convient toutefois de ne pas exclure des stratégies de contournement consistant à indiquer systématiquement l'absence d'accident. Aussi, ce qui pourrait apparaître comme une contrainte supplémentaire serait d'autant mieux accepté que de véritables contreparties seraient mises en place pour les établissements.

5.2.2 Intéresser les établissements à la déclaration des recours contre tiers

- [92] Si il est toujours possible d'envisager de pénaliser les établissements qui ne signaleraient pas les dossiers éligibles au recours contre tiers, il pourrait être intéressant d'adopter dans un premier temps une approche plus positive en faisant profiter les établissements à l'origine des signalements des produits supplémentaires perçus par l'assurance maladie en raison de leur action.
- [93] Un des établissements rencontrés proposait de travailler sur un aménagement du traitement des créances prescrites. Le délai de prescription d'assiette pour facturer les dossiers à l'assurance maladie est de un an. Certains dossiers sont longs à facturer car soumis à des aléas (récupération des droits, pas de droits ouverts, patients étrangers...). L'idée serait de proposer qu'un pourcentage de la somme récupérée par la CPAM au titre du recours contre tiers en raison de l'action de l'établissement détermine une enveloppe avec laquelle les établissements de santé pourraient demander un paiement manuel pour des dossiers forclos.
- [94] Cette solution se heurte toutefois au fait qu'elle a pour conséquence de créer une dérogation à une règle comptable qui de surcroit ne lui est pas intimement liée.
- [95] La DGOS suggère une piste qu'elle qualifie de « financièrement neutre et cohérente avec le circuit financier ». Elle propose de porter le taux de prise en charge par l'assurance maladie à 100 % en cas de dommage découlant d'un accident de droit commun. Elle considère qu'il en résulterait une simplification importante pour les patients, les établissements et les assureurs et une accélération des flux de trésorerie pour les établissements.
- [96] Cette proposition apparaît toutefois peu compatible avec les délais de traitement des dossiers de recours contre tiers, qui peuvent s'échelonner sur plusieurs années ; elle se heurte également à la difficulté d'identifier avec certitude sans instruction préalable que l'on est bien en présence d'un dossier relevant du recours contre tiers.
- [97] Pour associer les établissements aux gains de l'assurance maladie qui résulteraient de leur action, la mission propose d'abonder la partie aide à la contractualisation des dotations affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) à hauteur d'une fraction des montants récupérés par l'assurance maladie en raison des signalements provenant des établissements. Ce financement « aide à la contractualisation » alimenterait le fonds d'intervention régional (FIR) et serait redistribué aux établissements dans le cadre de contrats tripartites ARS/établissement/assurance maladie. La mission 5 du FIR : amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé pourrait être le réceptacle des crédits ainsi alloués.
- [98] Le principe d'une enveloppe dédiée déconnectée du FIR et des MIGAC pourrait être également envisagé. Plus simple à mettre en œuvre cette solution aurait pour inconvénient de créer un nouveau circuit de financement.
- [99] Ces solutions visant à intéresser les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés aux déclarations de recours contre tiers supposent en tout état de cause une évolution du système décisionnel pour permettre d'isoler les actions significatives des établissements de santé et permettre leur intéressement à due concurrence de leur apport aux recettes du recours contre tiers.

Recommandation n°3 : Prévoir des contreparties à l'investissement des établissements de santé dans les signalements

5.3 Renforcer le pilotage de l'assurance maladie

5.3.1 Enrichir l'outil décisionnel

[100] Le logiciel GRECOT qui a progressivement remplacé le logiciel ICARE et dont la mise en service s'achève apporte, sur le strict champ de l'identification de la source des signalements, un progrès par rapport au logiciel qui l'avait précédé. Toutefois, l'efficacité décisionnelle de ce logiciel pourrait être renforcée.

[101] La proportion des signalements par les établissements de santé reflète tout à la fois les signalements stricto sensu des établissements de santé mais également la vitesse de leur traitement. Plus un dossier provenant des établissements de santé est rapidement traité et plus il y a de chances pour qu'il apparaisse comme provenant d'un établissement de santé. A contrario, si les dossiers provenant des assureurs sont traités en priorité, les dossiers transmis par les établissements de santé arriveront après l'ouverture du dossier RCT et ne seront donc pas comptabilisés dans le logiciel GRECOT, seul le premier signalement étant décompté au titre de l'origine du signalement.

[102] Sans préjuger la nécessité d'autres adaptations de l'outil, il conviendrait de compléter GRECOT pour en faire un outil d'aide à la décision plus efficace qu'aujourd'hui. Pour l'instant seule la source du signalement ayant permis de créer le dossier est mentionnée. Il n'est pas possible de savoir si un dossier a été signalé par différents canaux et d'en tirer des informations sur l'efficience des différentes sources de signalement. En complétant le fichier de renseignements relatifs aux sources de signalement ultérieures, il serait possible de privilégier les sources les plus efficaces. Cet aménagement serait également nécessaire pour mettre en place un intérressement des établissements de santé.

Recommandation n°4 : Enrichir le logiciel GRECOT pour rendre plus performant cet outil de pilotage du processus RCT.

5.3.2 Améliorer le traitement par les CPAM des informations transmises avec la facturation

[103] Techniquement les établissements de santé sont en mesure de transmettre avec leur facturation des informations susceptibles de permettre l'ouverture de dossiers de recours contre tiers.

[104] Toutefois, la facturation hospitalière et les services du recours contre tiers sont deux services éloignés dans leur fonctionnement. Le service chargé de la gestion des recours contre tiers est placé auprès du service des affaires juridiques qui est distinct du service de la facturation hospitalière. L'information ne circule pas naturellement entre les deux services. Que des informations transmises par le truchement de la facturation parviennent au service du recours contre tiers suppose une prise de conscience des deux services et une action volontariste. La taille de la CPAM de Marseille n'avait pas aidé à cette prise de conscience.

[105] La convention type annexée à la lettre réseau de décembre 2011 comprenait deux modalités de transmission de l'information de l'établissement vers l'assurance maladie, un circuit papier et un circuit électronique via la facturation. La mission a constaté que la clinique considérée comme modèle par la CPAM de Marseille avait signé une convention prévoyant des signalements électroniques mais procédait par des signalements sur formulaire papier, seule cette solution ayant été présentée par la CPAM. D'autres établissements privés considérés comme n'ayant jamais opéré de signalement pouvaient simplement s'être engagés sur une voie électronique et agir ainsi sans que le service recours contre tiers soit informé de ces signalements.

[106] Après avoir constaté que les signalements d'accident attachés à la facturation n'avaient jamais été identifiés, la mission a fait réaliser une requête sur la base facturation pour les 13 établissements ayant signé une convention avec la CPAM de Marseille (cf annexe 4). Le nombre total d'accidents déclarés au travers de la facturation s'élevait à 1968 pour les 24 derniers mois. Un rapprochement a ensuite été réalisé pour cinq établissements avec la base GRECOT des dossiers RCT ouverts. Sur les 734 signalements de ces établissements, 73 avaient fait l'objet d'une ouverture de dossier RCT. 90 % n'avaient donc pas fait l'objet d'une ouverture de dossier RCT. Il serait inexact de considérer que tous ces accidents étaient inconnus, certains pouvaient avoir été écartés en l'absence de tiers responsable. Toutefois, et compte tenu de la modestie des signalements « papier » provenant des établissements de santé, il est probable qu'il existe une marge de progression de la connaissance des accidents pouvant faire l'objet d'un RCT en traitant les données de la facturation.

Recommandation n°5 : Organiser les CPAM pour faciliter le transfert d'informations entre les services de la facturation hospitalière et les services de recours contre tiers

5.4 Plus et mieux investir dans le traitement des recours contre tiers

[107] Mais au-delà du traitement des signalements des établissements de santé, c'est toute la problématique du recours contre tiers qui mériterait une plus grande attention. Des indices concordants laissent penser qu'une marge de progression des résultats est possible.

5.4.1 Le recours contre tiers est une activité financièrement intéressante

[108] Les investissements des CPAM en matière de recours contre tiers restent modestes. La CPCAM de Marseille n'y consacre que moins de 1 % de ses effectifs. Pourtant il s'agit d'une activité qui peut être qualifiée de financièrement intéressante.

[109] Selon les données transmises par la CNAMTS, l'assurance maladie du régime général avait employé 825 ETP administratifs et 55 ETP de praticiens conseils soit 880 ETP¹⁷ en 2011 pour 698 M€ recouvrés au titre du recours contre tiers maladie et accidents du travail et maladie professionnelle cette année là ou 981 M€ en 2013. Les ressources ainsi dégagées par un ETP employé au recours contre tiers peuvent donc être estimées entre 0,8 M€ et plus de 1 M€.

[110] Par comparaison, la lutte contre la fraude a mobilisé en CPAM 1 940 ETP en 2012 (rapport IGAS relatif à la GDR¹⁸). Selon le rapport d'activité de la CNAMTS¹⁹ 167 M€ de fraudes et activités fautives avaient été détectées et stoppées en 2013. On peut en conséquence estimer à 86 000 € par an les ressources ainsi dégagées par un ETP employé à la lutte contre la fraude.

[111] Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, un ETP employé à la lutte contre la fraude est à l'origine de 86 000 euros de gains et d'économies. Un ETP employé au recours contre tiers est à l'origine de 1 M€.

[112] Les informations recueillies dans des CPAM aussi différentes que la CPCAM de Marseille ou celle de Saint Quentin confirment l'estimation ci-dessus. Le nombre d'ETP affectés au RCT est dans l'Aisne de 8 pour 7 M€ recouvrés en 2013 et de 8 également pour 600 k€ en matière de lutte contre la fraude. A Marseille il était de 20 pour 39 M€ recouvrés en 2013 en RCT de 21 ETP pour 3,6 M€ d'objectif CPG de lutte contre la fraude.

[113] Ainsi afin de fixer les ordres de grandeur, et sous réserve de la nature différente des interventions, un ETP au service recours contre tiers est 10 fois plus efficient qu'un ETP employé à la lutte contre la fraude.

¹⁷ 806 ETP selon le rapport IGAS 2013-163 relatif à l'évaluation de la gestion du risque maladie.

¹⁸ Source : rapport IGAS 2013-163 relatif à l'évaluation de la gestion du risque maladie p 27.

¹⁹ Rapport d'activité 2013 de la CNAMTS p17

5.4.2 Le recours contre tiers est une ressource à fort potentiel

- [114] Les services de la CNAMTS, dans un travail d'affinement des données de l'indicateur CPG avaient réalisé une étude des potentialités du recours contre tiers. Cette étude de 2012 consistait en une exploitation des données de l'observatoire national interministériel de sécurité routière et de l'INVS pour l'estimation du nombre total de sinistres corporels automobiles avec tiers responsables les enquêtes santé et protection sociale, l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante de l'INVS, et les statistiques de l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales pour les accidents volontaires portant atteinte à l'intégrité physique et les rapports d'activité de l'ONIAM pour les accidents médicaux. Cette étude concluait qu'en moyenne 40 % des signalements étaient non détectés ou non exploités.
- [115] Il existe en effet des indices concordants que l'activité de recours contre tiers dispose d'un fort potentiel de croissance. Trois axes de travail peuvent être explorés, les sinistres automobiles, les accidents de la vie scolaire et les événements indésirables graves dans les établissements de santé.
- [116] Selon l'annexe 6 du rapport de l'ACPR pour 2012²⁰, les sinistres payés en assurance automobile s'élevaient à 14,16 Md€. En 2010, selon la FFSA, les assureurs ont versé près de 4,3 Md€ d'indemnités aux victimes de dommages corporels. Pour les seuls accidents de la circulation il y aurait une marge de progression importante de l'ordre de plusieurs centaines de millions d'euros, surtout si au-delà des seules conditions de son application, le protocole négocié avec les assureurs il y a 35 ans et amendé à de multiples reprises était réexaminé s'agissant notamment des règles relatives aux postes d'imputation et de l'association de l'assurance maladie aux modalités des transactions.
- [117] S'agissant des accidents de la vie scolaire durant l'année scolaire 2012-2013, 36 466 dossiers ont été saisis par les établissements dans la base de l'observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement (ONS). Parmi eux, 17 520 concernent les accidents survenus dans les écoles primaires, 18 083 dans les établissements secondaires de l'éducation nationale et 863 dans les établissements agricoles. Une assurance protège à elle seule 8 millions d'élèves avec le risque qu'elle soit tout à la fois l'assureur de la victime et celui de la personne responsable et donc peu intéressée à entrer en contact avec le payeur des soins. La CNAMTS pourrait se rapprocher de l'observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement (ONS) pour évaluer les modalités d'une action commune pour exploiter les informations contenues dans les déclarations d'accidents archivées dans les services de l'éducation nationale
- [118] Les événements indésirables graves (EIG) sont un autre axe qui pourrait être mieux exploré. Dans une étude de 2010, la DREES²¹ estime le nombre des EIG à 6,2 pour 1000 journées d'hospitalisation. Un rapport du Sénat²² estimait en 2006 le surcoût moyen de 3 500 € à 8 000 € par infection²³. En application de l'article L 1413-14 « tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé. » Un travail pourrait être mené avec les ARS pour identifier les EIG qui auraient dû également faire l'objet d'un recours contre tiers sans mettre toutefois en cause la dynamique de leur déclaration.

²⁰ Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2012

²¹ DREES : Dossiers solidarité santé n°17/2010 les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé

²² Rapport de l'OPEPS n° 421 (2005-2006) de M. [Alain VASSELLE](#), fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 22 juin 2006.

²³ Soit un coût global estimé qu'il estimait en 2006 entre 2,4 et 6 milliards d'euros

[119] Au regard des marges de progression envisageables, des efforts restent à déployer. La mission a constaté que les CPAM ont pour objectif de satisfaire les indicateurs CPG qui leur sont imposés sans que ces indicateurs soient un gage de récupération de toutes les sommes qui pourraient être dues à l'assurance maladie. Les CPAM n'ont pas paru à la recherche d'une efficacité maximale et sont apparues insuffisamment sous tension. Elles traitent les dossiers dont elles disposent mais ne cherchent pas à en augmenter le nombre. Par ailleurs des dossiers d'un montant exceptionnel peuvent handicaper une CPAM dans ses objectifs pour plusieurs années. Il conviendrait donc, à l'image des réflexions menées par la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) de la CNAMTS de repenser les indicateurs CPG pour mieux les objectiver et inciter les CPAM à investir dans les recours contre tiers.

Recommandation n°6 : Renforcer l'investissement de l'assurance maladie sur le dossier. Repenser les indicateurs CPG pour mettre réellement le réseau sous tension à hauteur des enjeux

5.5 Auditer l'ensemble de la politique du recours contre tiers et sa mise en œuvre

[120] Mais au-delà des marges de progression existantes en gestion, il conviendrait d'examiner l'ensemble du processus de recours contre tiers pour évaluer quelles sont les voies d'amélioration possibles. Une enquête sur l'ensemble du champ devrait s'intéresser à toutes les sources de signalements, notamment celles disponibles dans les services publics, par exemple pour les accidents de la vie scolaire. Cette enquête devrait s'intéresser aux relations de l'assurance maladie avec les assureurs, examiner les clauses du protocole s'agissant notamment des déclarations des assureurs, des délais de règlement, de la nomenclature appliquée et de la possibilité ouverte à l'assurance maladie de contester les transactions. La participation des échelons régionaux du service médical à la gestion du recours contre tiers et la question des échanges d'informations entre les échelons médicaux et les personnels administratifs devraient faire l'objet d'une particulière attention.

[121] La place essentielle du régime général dans le recours contre tiers devrait amener à s'interroger à la lumière des travaux de la MNC sur les gains à attendre d'une plus forte coordination inter régimes voire d'une mutualisation de l'instruction de ces dossiers et de leur recouvrement en y associant le cas échéant l'ACOSS.

[122] A cet effet, une mission IGAS mobilisant notamment les compétences d'un ancien commissaire contrôleur des assurances et d'un médecin paraît tout particulièrement recommandable. Elle permettrait de dépasser le seul cadre de l'assurance maladie et invalidité et investiguer également le champ de la compensation du handicap.

[123] Une mission ordonnée par la ministre des affaires sociales donnerait le poids souhaitable pour un travail susceptible de créer de la valeur à hauteur de plusieurs centaines de millions d'euros.

Recommandation n°7 : Diligenter une enquête IGAS approfondie sur la gestion du recours contre tiers par l'assurance maladie

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Etablir un véritable suivi des relations avec les établissements en matière de RCT en affectant du temps agent à ces relations ; des objectifs RCT pourraient par exemple être fixés à certains DAM	CNAMTS	1 ^{er} semestre 2016
2	Actualiser les dispositions de la circulaire DHOS/F4/DSS/SD2 du 27 décembre 2004 en la complétant d'une fiche dans l'extranet FIDES	DGOS/DSS	2eme semestre 2015
3	Prévoir des contreparties à l'investissement des établissements de santé dans les signalements	DSS/DGOS/CNAMTS	2eme semestre 2015
4	Enrichir le logiciel GRECOT pour en faire un outil de pilotage du processus RCT	CNAMTS	1 ^{er} semestre 2015
5	Organiser les CPAM pour faciliter le transfert d'informations entre les services de la facturation hospitalière et les services de recours contre tiers	CNAMTS	1 ^{er} semestre 2015
6	Renforcer l'investissement de l'assurance maladie sur le dossier. Repenser les indicateurs CPG pour mettre réellement le réseau sous tension à hauteur des enjeux	CNAMTS	1 ^{er} semestre 2016
7	Diligenter une enquête IGAS approfondie sur la gestion du recours contre tiers par l'assurance maladie	IGAS	2eme semestre 2015

LETTRE DE MISSION



Le Chef de l'IGAS

Paris, le 24/10/2014

Le chef de l'inspection générale
des affaires sociales

à
Frédéric SALAS

OBJET : Evaluation du dispositif de recours contre tiers menés par les caisses d'assurance- maladie,
d'accidents du travail et de maladies professionnelles (déclaration par les hôpitaux)

Code mission : M2014-135

Je vous prie de bien vouloir effectuer la mission citée en objet.

Je vous remercie de vous rapprocher du président du collège Protection Sociale et de vous coordonner
pour fixer avec mon secrétariat la réunion de cadrage de la mission

Celle-ci interviendra, au plus tard la semaine du 17/11/2014 *



Pierre BOISSIER

Copie : Président du collège Protection Sociale

.....
* En cas difficulté sur cette date merci de vous rapprocher du président du collège.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

DSS

M Fabrice UMARK : chef du bureau 3C accidents du travail et maladies professionnelles

DGOS

M Gaël RAIMBAULT : adjoint au sous directeur pilotage de la performance

M Gilles HEBBRECHT : chargé du projet facturation

CNAMTS

Mme Fanny RICHARD : responsable du département de la réglementation à la Direction Délégée à la Gestion et à l'Organisation des Soins (DDGOS)

Fédération Hospitalière de France

M. Yves Gaubert : responsable pôle finances

CHU Dijon

M Hervé CHARBIT ; directeur de la clientèle

Mme Myriam CHIMENE ; adjoint des cadres au service clientèle

ARS Bourgogne

Mme Virginie BLANCHARD chef du département performance des établissements de santé

Mme Céline GOUSSARD ; juriste de l'ARS

Provence Alpes Côte d'Azur

CPCAM de Marseille

M Gérard BERTUCELLI : directeur général

M Frédéric MENASSEYRE : directeur du contrôle contentieux

M Jonathan HEURGUIER : responsable du département contentieux

M Olivier MEYNARD : responsable de la gestion de la production hospitalière

Polyclinique du Parc RAMBOT à Aix en Provence

Mme Claire RAVIER : directrice de l'établissement

Mme Angélique AMALBERT : cadre administratif gérant le circuit des admissions

Hôpital Nord MarseilleAP-HM

Mme Isabelle FABRIS : directrice adjointe en charge du bureau des entrées et des soins externes

M Lahcene LHASSANE : attaché d'administration en charge du bureau des entrées et des soins externes

CPAM Toulon

Mme Bernadette DOL : responsable du service contentieux

Mme Bernadette SAULE : responsable recours contre tiers

Mme Fabienne GIACCHERO : responsable des établissements de santé

Centre hospitalier de Toulon-la Seyne

M Michel PERROT : directeur général

M Philippe BOURGINE : directeur des finances

M Wilfried GUIOL : attaché responsable du bureau des entrées

Picardie**CPAM de Saint Quentin**

M Laurent ANGIBAUD : sous directeur de la régulation

Dr Philippe ANSART : médecin conseil chef de l'ELSM

M Pascal TASSART : responsable recours contre tiers

M Christian LHERMITE : responsable adjoint du recours contre tiers

M Philippe BELOEIL : agent enquêteur au service recours contre tiers

CH de Saint Quentin

Mme Catherine CREUZET : directrice des affaires financières et de la clientèle

CPAM d'Amiens

Mme Tathia BETRAOUI : responsable du service juridique

Mme Martine AUROUSSEAU : référent recours contre tiers

Mme Jocelyne DUCAN : correspondant informatique établissement

Mme Jocelyne HURDEQUINT : référent réglementation établissement

CHU d'Amiens

M Fabrice ORMANCEY : directeur adjoint du pôle finances et investissements

Mme Martine DHENIN : adjoint des cadres groupe FIDES

Mme Martine GASPAR : adjoint administratif chargée de la facturation

ANNEXE 1 : ANALYSE DES RESULTATS DES RECOURS CONTRE TIERS DES CPAM ET PERSPECTIVES DE TRAVAIL

Analyse des résultats des CPAM

- [124] Le tableau ci-dessous présente les résultats des montants recouvrés par les CPAM au 1^{er} semestre 2014 en matière de recours contre tiers.
- [125] Les CPAM ont recouvré 425 M€ (424 637 920 € colonne 1 « NUMERATEUR »). Ces CPAM gèrent 51 M d'assurés et ayants droits (50 651 322 colonne 2 « dénominateur ». 32 CPAM ont été écartées car faisant partie d'un recouvrement mutualisé. Seule la CPAM réalisant le RCT pour le compte des autres caisses a été prise en compte. La CNAMTS ne ventilant pas les résultats mais les attribuant à chaque CPAM il était nécessaire d'écartier les CPAM mutualisées pour qu'il n'y ait pas de double compte.

Tableau 6 : Synthèse des montants recouvrés par les CPAM au titre du recours contre tiers au 1^{er} semestre 2014 (en €)

Type de champ	Statistiques numériques	NUMERATEUR...	DENOMINATE...	RÉSULTAT	OBJECTIF_2014	SOCLE_2014	OBJECTIF_PR...
Numérique	Valeur nette	424 637 920,513...	50 651 322	583	1 506	1 220	735
	Date	424 637 920,513...	50 651 322	583	1 506	1 220	735
	Heure						
Champs numériques	# d'enregistrements	106	106	106	106	106	106
	# d'enregistrements à ...	32	32	32	32	32	32
	RÉSULTAT	424 637 920,51...	50 651 322	583	1 506	1 220	735
	Valeur positive	0,000000	0	0	0	0	0
	Valeur négative						
	# d'enreg. positifs	74	74	74	74	74	74
	# d'enreg. négatifs	0	0	0	0	0	0
	# de données énoncées	0	0	0	0	0	0
	# de valeurs valides	106	106	106	106	106	106
	Valeur moyenne	4 006 018,118055	477 842,66	5,50	14,21	11,51	6,93
	Valeur minimale	0,000000	0	0	0	0	0
	► Valeur maximale	22 107 833,000...	1 974 627	14	34	18	17
	Numéro d'enreg du mi...	1	1	1	1	1	1
	Numéro d'enreg du m...	60	49	98	29	2	29
	Écart-type de l'éch.	4 422 047,87	494 919,34	4,15	9,98	7,77	4,90
	Variance de l'échantill...	19 554 507 393 ...	244 945 157 694...	17,19	99,69	60,37	23,97
	Écart-type de la popul...	4 401 139,73	492 579,29	4,13	9,94	7,73	4,87
	Variance de la popula...	19 370 030 908 ...	242 634 354 319...	17,02	98,75	59,80	23,74
	Élement de la popul...	1,380168	1,009818	-0,108390	-0,464329	-0,738619	-0,435045
	Kurtosis de la populati...	1,981112	0,305407	-1,132377	-1,209082	-1,313989	-1,190741

Source : CNAMTS résultats CPG traitement mission

- [126] La CPAM de Paris est la première en nombre d'affiliés (2 M), la CPAM de Marseille en montants recouvrés : 22 M€ (montant surligné dans la colonne numérateur). Le meilleur résultat par nombre d'affiliés est celui de la CPAM de Toulon : 14 € (11 130 617 € recouvrés / 771 553 affiliés). Aucune CPAM identifiée ci-dessus ne relève d'une opération de mutualisation.
- [127] La CPAM de l'Aisne est la première en part des signalements provenant des établissements de santé. 63 % de ses signalements proviennent pour une moyenne nationale de 7 %.

Les perspectives de travail

- [128] La CNAMTS dans ses propositions sur les charges et produits de l'année 2012²⁴ évaluait à 200 M€ les gains attendus du renforcement de l'efficacité du recours contre tiers en 2012, et traçait plusieurs pistes d'amélioration des recours contre tiers (p 45 et 46 du rapport précédent) notamment des signalements mais aussi des délais de traitement et du barème et l'adaptation du protocole avec les assureurs.
- [129] Les services de la CNAMTS, dans un travail d'affinement des données de l'indicateur CPG avaient réalisé une étude des potentialités du recours contre tiers. Cette étude de 2012 consistait en une exploitation des données de l'observatoire national interministériel de sécurité routière et de l'INVS pour l'estimation du nombre total de sinistres corporels automobiles avec tiers responsables les enquêtes santé et protection sociale, l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante de l'INVS, et les statistiques de l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales pour les accidents volontaires portant atteinte à l'intégrité physique et les rapports d'activité de l'ONIAM pour les accidents médicaux. Cette étude concluait qu'en moyenne 40 % des signalements étaient non détectés ou non exploités.

²⁴ Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2012 ; conseil CNAMTS du 7 juillet 2011 p 69

ANNEXE 2 : SIGNALEMENTS ET FACTURATION

[130] Les établissements de santé transmettent l'information de recours contre tiers à leur CPAM de référence quelle que soit la caisse et le régime d'affiliation de l'assuré. La CPAM re-route cette information vers les organismes compétents. Cette question étant en dehors du champ de la mission n'a pas été examinée.

Deux modes de transmission de l'information sont envisageables : les supports papier et assimilés de type télécopie, scan... et les transmissions informatisées de type accrochage à la facturation électronique. La lettre réseau DDGOS 98/2011 prévoyait dans la convention type qui lui était annexée les deux modes de transmission en ces termes

MODALITES PRATIQUES

Article 5°:

Les signalements mentionnés ci-dessus devront être transmis à la CPAM de ... par l'Hôpital tous les (périodicité à déterminer lors des discussions)

La transmission s'effectuera par voie électronique si l'identification des signalements est réalisée via le logiciel de facturation T2A.

OU La transmission s'effectuera par voie postale si l'identification des signalements est réalisée grâce au renseignement du formulaire joint en annexe 1.

[131] Les supports « papier » restent les supports privilégiés de la transmission de l'information en matière de recours contre tiers ; simple et efficace cette transmission a l'avantage de ne nécessiter aucune adaptation informatique. En revanche, elle présente le défaut majeur d'être particulièrement dépendante des facteurs humains. La facturation n'est pas le mode de transmission privilégié des informations permettant la mise en œuvre du recours contre tiers

[132] S'agissant de la facturation électronique, deux modes de facturation peuvent être distingués, la facturation individuelle telle que la pratiquent les établissements privés (ex OQN) d'une part et la facturation globale pratiquée par les établissements ex DG d'autre part.

[133] Les établissements privés ex OQN télé transmettent leur facturation individuelle par le truchement de fichiers répondant à la norme B2. Cette norme prévoit

TYPE 2 : DEBUT FACTURE -

NORME CP (établissements publics et privés)

INFORMATIONS	POSITIONS	LONGUEUR		PRÉSENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
		A	N		
- Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	86-94		9	F	Lorsque la Nature d'Assurance est AT (41) : indiquer le numéro de l'AT (pour le RG, AAMMJJ + code CRAM + clé à contrôler, voir annexe 5) ou la date de l'AT (AAMMJJ, cadree à droite et complétée par 3 zéros). Lorsque la Nature d'Assurance est AS (10 ou 13) : indiquer la date d'accident de droit commun (AAMMJJ, cadree à droite et complétée par 3 zéros)
- FILLER	95	1		O	Blanc.
- Date de naissance du bénéficiaire	96-101		6	O	Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire, AAMMJJ
- Rang de naissance	102		1	F	<u>Obligatoire pour le régime général :</u> A reprendre sur l'attestation Vitale où il suit immédiatement la date de naissance
- Date d'entrée	103-108		6	O	Date d'entrée de l'hospitalisé dans l'établissement qui présente la facture (ou date de début de facturation).
- Date de sortie	109-114		6	O	Indiquer la date de sortie réelle si tel est le cas, ou la date limite de facturation s'il s'agit d'une facturation partielle.
- Heure de sortie	115-116		2	O	2 chiffres pour l'heure seulement. Indiquer une heure fictive s'il s'agit d'un début de facturation partielle
- Type de contrat	117-118		2	F	Indiquer le type de contrat codification fournie par la caisse. 85 : sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme obligatoire) 87 : sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme complémentaire) 88 : aide à la mutualisation (panier de biens = panier CMUC) 89 : bénéficiaire de la CMU complémentaire (en cours), quel que soit le gestionnaire

établissements de santé privés – bordereau de facturation

 n° 12278*01																							
articles R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale																							
date d'élaboration																							
identification de l'établissement dont n° FINESS																							
coefficient MCO :																							
références à rappeler																							
N° LOT N° FACTURE N° D'ENTREE N° FEUILLET																							
signature de l'assuré(e)																							
absence de signature																							
le bénéficiaire des soins																							
nom de naissance et prénom(s) (suivez z 'il y a lieu du nom d'usage)																							
n° d'immatriculation et clé																							
code organisme de rattachement																							
entrée le à heures . sortie le à heures .																							
à défaut, date et rang de naissance																							
date début hospitalisation:																							
conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins																							
code exonération																							
soins en rapport avec l'art. L.115																							
maladie																							
maternité date du début de grossesse ou date d'accouchement																							
frais de structure et de soins (1)																							
AT/MP	n° ou date	accident causé par un tiers non oui date																					
frais de structure et de soins (2)																							
transfert	mode de rattachement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes évo.	transfert	mode de rattachement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes évo.
du	au	du	au																				

[134] Normes B2 et bordereau de facturations prévoient bien la possibilité de transmettre des informations relatives à un accident.

[135] S'agissant de la facturation des établissements ex DG, il n'y a pas de traitement spécifique pour générer le fichier alimentant le « fichier des malades » et pas d'anomalies particulières à traiter (rejets ou autres) qui le mettrait en relief. Ce fichier est produit durant les mise en facturation d'hospitalisation, en même temps que les fichiers B2 et ceux contenant les titres. L'ensemble se dépose automatiquement dans un répertoire pour transmission par flux informatisé vers la CPAM par le service informatique.

[136] Il n'y a donc pas d'impossibilité à la transmission des informations par la voie électronique.

ANNEXE 3 : FOCUS CPAM DE L'AISNE

A la demande de la mission la CPAM de Saint Quentin a réalisé une analyse des dossiers ouverts en matière de recours contre tiers pour déterminer quelle était la contribution nette des signalements des établissements de santé dans la connaissance des recours contre tiers.

En l'absence d'automatisation de cette recherche, les agents ont repris les dossiers manuellement pour détecter les informations établissement uniques et les informations « établissement » doublonnant avec une autre source selon les paramètres suivants :

Tableau 7 : Echantillon : 47 dossiers RCT Aisne "EC" ouverts en 2014 dont la créance est évaluée provisoirement, non définitive et non notifiée au tiers

premier signalement	deuxième signalement	Date sinistre risque	Code protoc	Montant des débours
police		05/04/2014 AS	Protocole	147 026
assurance victime		10/04/2014 AS	Protocole	124 383
établist de soins	assurance victime	01/05/2014 AS	Protocole	110 691
progres		11/04/2014 AS	Protocole	94 433
établist de soins		22/08/2014 AS	Protocole	84 565
avocat		22/11/2013 AS	Hors Protoc	58 921
police		19/01/2014 AS	Protocole	49 138
assurance victime		20/04/2014 AS	Hors Protoc	41 387
établist de soins	assurance victime	08/02/2014 AS	Protocole	40 348
assurance victime		09/11/2013 AS	Hors Protoc	34 745
juridiction		16/07/2014 AS	Protocole	33 974
assurance victime		14/09/2013 AS	Protocole	30 730
assurance victime		18/11/2013 AT	Protocole	28 118
établist de soins		06/05/2014 AS	Protocole	27 690
production		23/06/2014 AT	Protocole	26 682
établist de soins		19/02/2014 AT	Protocole	26 514
police		14/03/2014 AS	Protocole	25 147
assurance victime		12/05/2013 AS	Protocole	23 460
établist de soins	assurance victime	18/01/2014 AS	Protocole	23 157
production		15/11/2013 AT	Protocole	21 788
assurance victime		18/07/2014 AS	Protocole	21 384
police		13/01/2014 AS	Protocole	20 220
production		29/04/2014 AT	Protocole	19 947
établist de soins	assurance victime	06/11/2013 AS	Protocole	19 172
établist de soins		15/10/2012 AS	Hors Protoc	18 058
assurance victime		29/03/2014 AS	Protocole	17 696
assurance victime		25/02/2014 AT	Protocole	17 095
production		05/02/2014 AS	Protocole	16 984
assurance victime		14/06/2014 AS	Protocole	15 817
établist de soins		22/03/2014 AS	Protocole	15 472
assurance victime		16/03/2014 AT	Protocole	15 467
assurance victime		12/04/2014 AS	Protocole	14 815
progres		30/01/2014 AT	Protocole	14 751
établist de soins	assurance victime	30/12/2013 AT	Protocole	14 667
progres		16/07/2014 AT	Protocole	14 395
établist de soins	assurance victime	23/06/2014 AS	Protocole	14 243
assurance victime		16/05/2014 AS	Protocole	13 147
établist de soins		28/12/2013 AS	Protocole	12 224
assurance victime		22/10/2013 AS	Protocole	11 067
assurance victime		02/04/2014 AS	Protocole	9 575
assurance victime		24/04/2014 AS	Protocole	9 456
établist de soins		13/03/2014 AT	Protocole	8 898
assurance victime		09/11/2013 AS	Protocole	8 421
établist de soins		06/12/2013 AS	Protocole	8 179
assurance victime		09/10/2013 AS	Protocole	7 640
établist de soins	assurance victime	23/12/2013 AS	Protocole	7 437
TOTAL				1 419 120

Source : CPAM de l'Aisne

Après regroupement des informations ci-dessous on obtient :

Tableau 8 : Synthèse de l'échantillon des 47 dossiers ouverts pour l'Aisne avec les plus importants montants estimés

Étiquettes de lignes	Valeurs	Nombre de Montant des	Somme de Montant des 2
assurance victime	18	444 400	
(vide)	18	444 400	
avocat	1	58 921	
(vide)	1	58 921	
établissement de soins	15	431 314	
assurance victime	7	229 714	
(vide)	8	201 600	
juridiction	1	33 974	
(vide)	1	33 974	
police	4	241 531	
(vide)	4	241 531	
production	4	85 402	
(vide)	4	85 402	
progrès	3	123 579	
(vide)	3	123 579	
signalement	1	-	
signalement	1	-	
Total général	47	1 419 120	

Les assurances des victimes ont contribué seules à 18 ouvertures de dossiers sur 47 pour un préjudice évalué à 444 400 € sur les 1 419 120 €. Les établissements de soins ont contribué à 15 ouvertures de recours contre tiers pour un montant de 431 314 €. Toutefois dans sept dossiers, l'assurance des victimes est intervenue ultérieurement et donc le dossier RCT aurait été ouvert même si l'établissement ne l'avait pas signalé. En revanche huit dossiers ont été signalés uniquement par des établissements de santé pour un montant de 201 600 €. 17 % des dossiers et 14 % des montants sont donc des dossiers RCT ouverts sur le seul signalement des établissements de santé.

[137] Le même traitement a été réalisé pour la CPAM de la Somme que gère la CPAM de Saint Quentin en matière de recours contre tiers.

Tableau 9 : Echantillon : 51 dossiers RCT Somme "EC" ouverts en 2014 dont la créance est évaluée provisoirement, non définitive et non notifiée au tiers

premier signalement	deuxième signalement	Date sinistre	risque	Code protoc	Montant des débours
police		22/10/2013	AS	Protocole	252 480
établist de soins	assurance victime	12/02/2014	AS	Protocole	79 233
police		21/07/2014	AS	Protocole	75 932
assurance victime		30/10/2013	AS	Protocole	75 676
établist de soins	assurance victime	09/12/2013	AS	Protocole	68 016
établist de soins		08/04/2013	AS	Protocole	62 298
police		16/04/2013	AS	Protocole	51 337
établist de soins		25/08/2014	AS	Protocole	50 400
victime		11/12/2013	AS	Protocole	48 392
production		14/03/2014	AT	Protocole	48 224
association victime		23/08/2014	AS	Protocole	42 174
progres		29/11/2013	AS	Protocole	36 118
établist de soins	assurance victime	18/11/2013	AS	Protocole	34 173
association victime		01/07/2014	AS	Protocole	32 462
établist de soins	assurance victime	22/07/2014	AS	Protocole	30 661
assurance victime		29/08/2013	AS	Protocole	29 100
établist de soins	assurance victime	13/11/2013	AS	Protocole	28 917
assurance victime		09/12/2013	AS	Protocole	28 095
assurance victime		16/12/2013	AT	Protocole	27 689
établist de soins	assurance victime	25/07/2014	AS	Protocole	21 924
production		18/07/2014	AT	Protocole	20 938
association victime		11/06/2014	AT	Protocole	19 898
assurance victime		09/03/2014	AS	Protocole	19 175
police		09/02/2014	AS	Protocole	17 672
production		23/12/2013	AS	Protocole	17 115
association victime		29/08/2013	AS	Protocole	15 738
association victime		30/01/2014	AT	Protocole	15 202
association victime		09/03/2014	AS	Protocole	14 767
assurance victime		21/11/2013	AS	Protocole	14 739
association victime		25/06/2014	AS	Protocole	14 667
établist de soins	assurance victime	08/04/2014	AS	Protocole	14 660
association victime		15/09/2013	AS	Protocole	14 207
association victime		27/09/2013	AS	Protocole	12 968
association victime		13/11/2013	AS	Protocole	12 661
association victime		21/03/2014	AT	Protocole	12 639
assurance victime		14/03/2014	AT	Protocole	12 544
établist de soins		20/12/2013	AS	Protocole	12 322
victime		03/03/2014	AS	Protocole	12 288
production		04/02/2014	AS	Protocole	11 748
victime		26/02/2014	AS	Protocole	10 909
assurance victime		30/10/2013	AS	Protocole	10 845
association victime		19/12/2013	AS	Protocole	10 510
association victime		25/02/2014	AS	Protocole	10 485
victime		19/12/2013	AS	Protocole	10 155
association victime		02/09/2013	AS	Protocole	10 007
établist de soins		13/01/2014	AS	Protocole	9 809
production		14/03/2014	AT	Protocole	9 726
établist de soins	assurance victime	10/06/2014	AS	Protocole	9 634
association victime		27/08/2013	AS	Protocole	9 489
association victime		28/12/2013	AS	Protocole	9 211
Total					1 520 029

Source : CPAM Saint Quentin

Tableau 10 : Synthèse de l'échantillon des 51 dossiers ouverts pour l'Aisne avec les plus importants montants estimés

Étiquettes de lignes	Valeurs	Nombre de lignes	Montant des lignes	Somme de Montant des lignes
association victime	16		257 085	257 085
(vide)	16		257 085	257 085
assurance victime	8		217 862	217 862
(vide)	8		217 862	217 862
établissement de soins	12		422 047	422 047
assurance victime	8		287 218	287 218
(vide)	4		134 828	134 828
police	4		397 421	397 421
(vide)	4		397 421	397 421
production	5		107 751	107 751
(vide)	5		107 751	107 751
progrès	1		36 118	36 118
(vide)	1		36 118	36 118
signalement	1		-	-
signalement	1		-	-
victime	4		81 744	81 744
(vide)	4		81 744	81 744
Total général	51		1 520 029	

Source : CPAM Saint Quentin traitement mission

- [138] Sur les 51 dossiers les plus onéreux ouverts en recours contre tiers, 16 l'auraient été à la suite d'un signalement d'association de victime. Il s'agit là en fait d'une erreur de transcription de l'origine de la source. Le logiciel GRECOT propose par défaut l'identification « association de victime » quand l'origine est le logiciel de liquidation maladie « PROGRES ». Il faut donc comprendre que la production est à l'origine de 16 des 51 signalements. Les établissements de soins sont à l'origine de 12 ouvertures de dossiers pour 422 047 € sur un total de 1,5 M€. Huit dossiers auraient été ouverts même sans l'intervention de l'établissement de soins puisque ayant fait l'objet d'un signalement par l'assureur de la victime, mais quatre pour 134 828 € (soit 9 % des montants) n'auraient pas été ouverts puisque seuls les établissements de santé les avaient signalés.
- [139] La même recherche a été effectuée sur des dossiers non encore valorisés. S'agissant des victimes relevant de la CPAM de l'Aisne, 30 dossiers sur 51 avaient été ouverts sur signalement des établissements de santé, 18 sur signalement des seuls établissements de santé et 12 ayant également fait l'objet d'un signalement de l'assureur de la victime. S'agissant des victimes relevant de la CPAM de la Somme, sur 51 dossiers RCT, 16 avaient été ouverts sur signalements des établissements de santé dont 2 ayant fait également l'objet d'un signalement par un assureur et 14 sur signalement unique.

ANNEXE 4 : CPCAM DE MARSEILLE

- [140] Lors de son déplacement, la mission a constaté que des informations permettant l'ouverture de dossiers de recours contre tiers étaient transmises au service de la facturation hospitalière mais ne parvenaient pas au service du recours contre tiers pour exploitation.
- [141] Elle a demandé à la caisse un examen de ces informations ; les développements suivants sont ceux de la CPCAM de Marseille à la suite de cet examen.

RESULTATS DES TRAVAUX MENES PAR LA CPCAM DE MARSEILLE A LA DEMANDE DE LA MISSION

Requêtes sur la facturation des établissements de santé, publics et privés, ayant conclu une convention avec la CPCAM des Bouches-du-Rhône en application de la LR DDGOS 98/2011.

La requête pour les établissements ex-OQN, faite sur la base des paiements, porte sur le risque AS (maladie) et la saisie d'une date d'accident.

La requête pour les établissements ex-DG, faite sur le fichier des malades sur les années 2012-2013-2014, porte sur le code accident positionné à 1=accident de droit commun.

Les deux requêtes ont été faites sur l'antériorité de la base disponible, soit 24 mois.

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des résultats obtenus en nombre d'accidents de droit commun déclarés au travers de ces fichiers.

Tableau 11 : Signalements informatiques des dossiers susceptibles de faire l'objet d'un recours contre tiers (en nombre par année et établissement de santé)

Etablissement	2012	2013	2014	TOTAL
APHM (Hôpital Nord)	9	6	8	23
APHM (Conception)	15	15	5	35
APHM (Timone)	8	12	24	44
CH DE SALON	0	0	0	0
CH ARLES	0	0	0	0
CH DE MARTIGUES	1	0	4	5
CHIPA AIX EN PROVENCE	4	11	3	18
CH AUBAGNE	1	5	0	6
CH LA CIOTAT	6	5	3	14
HÔPITAL AMBROISE PARE	0	0	0	0
HÔPITAL DESBIEF	1	3	0	4
HÔPITAL ST JOSEPH	11	10	0	21
HIA LAVERAN	0	1	0	1
CLINIQUE DE L'ETANG DE L'OLIVIER	137	779	856	1 772
CLINIQUE DE MARIGNANE	0	0	0	0
POLYCLINIQUE DU PARC RAMBOT	8	9	8	25
CLINIQUE LA CASAMANCE	0	0	0	0
TOTAL	201	856	911	1 968

Source : CPCAM Marseille

Il est important de noter que dans les différents fichiers contenant les résultats de la requête, le même numéro national d'identification (NNI) d'assuré revient plusieurs fois, en fonction du nombre de passages dans l'établissement concerné. Cela signifie que les résultats de la requête doivent être retravaillés afin de déterminer le nombre d'accidents signalés, qui peuvent correspondre à plusieurs

On constate aussi que plusieurs établissements, ex-OQN et ex-DG n'ont fait aucune remontée à ce sujet et que la clinique de l'étang de l'Olivier à Istres est très atypique.

A partir des résultats de cette requête, il a été demandé au service RCT, à partir d'une consultation de GRECOT, de vérifier, sur un échantillon, si les accidents signalés informatiquement par les établissements étaient, pour le service RCT, de "nouveaux" signalements, ou s'ils étaient déjà ouverts à partir d'une autre source de détection. Le nombre de séjours/soins facturés en rapport avec un accident a été rapporté au NNI.

Les établissements sélectionnés sont :

- les trois de l'APHM (Timone, La Conception et hôpital Nord)
- la clinique de l'étang de l'Olivier (Istres)
- la Polyclinique du Parc Rambot (PPR)

ETABLISSEMENTS	TOTAL DES SIGNALEMENTS	RCT OUVERTS	RCT A OUVRIR	OUVERTS 2012	OUVERTS 2013	OUVERTS 2014
POLYCLINIQUE RAMBOT	25	5	20	1	2	2
ETANG DE L'OLIVIER	608	60	548	2	31	27
CH NORD	23	1	22	0	0	1
CH CONCEPTION	34	4	31	3	1	0
CH TIMONE	44	3	41	0	0	3
TOTAUX	734	73	662	6	34	33

Précisions.

- Comme il a été indiqué plus haut, le même NNI revient plusieurs fois dans les différents fichiers, en fonction du nombre de passages dans l'établissement concerné.
- De ce fait, les dates indiquées dans les fichiers présentant les résultats de la requête peuvent être postérieures à la date d'accident disponibles dans GRECOT et fausser l'analyse car en rapport ou pas avec la date d'accident que nous avons enregistré dans l'applicatif.
- Se pose un problème également concernant les ayants droits qui peuvent être enregistrés dans GRECOT sous le NNI de l'ouvrant droit et donc ne pas correspondre au RCT ouvert dans GRECOT.
- Concernant l'APHM il y a 29 signalements sans NNI donc inexploitables mais comptabilisés dans le nombre total de signalements pour l'analyse.

Constats

Après rapprochement des résultats avec la base GRECOT, le nombre de RCT ouverts par rapport au nombre d'accident signalés par les 5 établissements est de 73 sur 734 signalements.

Néanmoins, ce test réalisé par la CPCAM sur les signalements d'accident obtenus par le biais de l'exploitation des requêtes de facturation des établissements de santé ne permet pas à ce stade de mesurer l'impact sur l'exploitation de nouveaux dossiers RCT et les chiffrages de créances correspondants. De nombreux accidents ne permettront pas de développer des actions à l'encontre d'un tiers responsable.

SIGLES UTILISÉS

ACPR	Autorité de contrôle prudentiel
APHM	Assistance publique des hôpitaux de Marseille
ARS	Agence régionale de santé
BDG	Budget global
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluri annuel de gestion
CRUQC	Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en Charge
DAM	Délégué de l'assurance maladie
DDGOS	Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
DGOS	Direction générale à l'organisation des soins
DREES	Direction de la recherche et des études statistiques
EIG	Evènement indésirable grave
ELSM	Echelon local du service médical
ES	Etablissement de santé
ETP	Equivalent temps plein
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FIR	Fonds d'intervention régional
GRECOT	Applicatif de Gestion des REcours COntre Tiers
ICARE	Informatique Convergente de l'Action RécursoirE
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INVS	Institut national de veille sanitaire
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LR	Lettre réseau
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PQE	Programme qualité et efficience
RCT	Recours contre tiers

PIECES JOINTES

Pièce jointe n°1

Circulaire DHOS/F4/DSS/SD2 n°2004-631 du 27 décembre 2004 relative aux informations que les établissements de santé doivent transmettre aux caisses d'assurance maladie en cas d'accident impliquant un tiers responsable

Pièce jointe n°2

Modèle de déclaration d'accident de la CPCAM de Marseille

**PIECE JOINTE N°1 CIRCULAIRE
DHOS/F4/DSS/SD2 N°2004-631 DU 27
DECEMBRE 2004 RELATIVE AUX INFORMATIONS
QUE LES ETABLISSEMENTS DE SANTE DOIVENT
TRANSMETTRE AUX CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE EN CAS D'ACCIDENT IMPLIQUANT UN
TIERS RESPONSABLE**

Direction de la sécurité sociale

Le directeur
*Direction de l'hospitalisation
et des soins*

Le directeur

Circulaire DHOS/F 4/DSS/SD2 n° 2004-631 du 27 décembre 2004 relative aux informations que les établissements de santé doivent transmettre aux caisses d'assurance maladie en cas d'accident impliquant un tiers responsable

NOR : SANH0430688C

Date d'application : immédiate.

Références :

Article 8 de la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Décret n° 2004-1076 du 12 octobre 2004 relatif aux informations à transmettre aux caisses de sécurité sociale en cas d'accident impliquant un tiers ; articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale ; articles D 376-1 et D 454-1 du code de la sécurité sociale.

Texte modifié : articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale.

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille à Monsieur le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ; Monsieur le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ; Monsieur le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région ; directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; Mesdames et Messieurs les préfets de département ; directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé (pour mise en oeuvre).

En cas d'accident imputable à un tiers responsable, les organismes de sécurité sociale sont habilités, aux termes des articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité, à récupérer, dans certaines limites, les prestations qu'elles ont versées. Ces recours visent à ce que ce soit la personne responsable de l'accident et non la collectivité, à travers l'assurance maladie, qui supporte le coût des conséquences de l'accident.

Or, dans un certain nombre de cas, les caisses d'assurance maladie n'exercent pas de recours contre le tiers responsable car elles n'ont pas été informées de la survenue de l'accident.

Compte tenu des sommes en jeu représentées par ces recours (près de 900 MEuro en 2003), l'article 8 de la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a complété les articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale pour introduire diverses mesures permettant d'améliorer la connaissance, par les caisses, des accidents impliquant un tiers responsable. Ces articles disposent ainsi que la personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse d'assurance maladie de la victime de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret.

Le décret du 12 octobre 2004 relatif aux informations à transmettre aux caisses de sécurité sociale en cas d'accident impliquant un tiers, pris en application de l'article 8 de la loi du 18 décembre 2003 précité, prévoit que « l'établissement de santé dispensant des soins à une personne dont les lésions sont, selon ses déclarations, imputables à un tiers, doit en informer la caisse d'assurance maladie dont elle relève dans les trois mois suivant la fin des soins ».

1. Dans les établissements de santé publics et privés antérieurement financés par dotation globale

1.1. A compter du 1^{er} janvier 2006, la tarification à l'activité se concrétisera par l'envoi, à la caisse d'assurance maladie pivot, d'une facture par assuré qui comprendra diverses données dont les coordonnées de la caisse d'assurance maladie de l'assuré ainsi qu'une rubrique mentionnant si les soins donnés l'ont été suite ou non à un accident.

1.2. Dans l'attente de la mise en place de ces procédures de facturation, il y a lieu de réactiver les signalements, en utilisant les outils disponibles depuis l'origine de la mise en place du budget global. Ces signalements permettront aux caisses d'engager une procédure de récupération des frais engagés auprès du tiers responsable de l'accident.

Divers textes précisent en effet les informations que les établissements hospitaliers doivent transmettre aux caisses d'assurance maladie ainsi que leur délai de transmission. L'arrêté du 23 octobre 1984 modifié portant application des articles 27 et 46 du décret N° 83-744 du 11 août 1983 prévoit ainsi que les établissements de santé doivent faire connaître à la caisse chargée du versement de la dotation globale (caisse pivot), dans les 15 jours suivant le 2^e mois de sortie du malade de l'établissement, les éléments d'information du séjour et notamment en cas d'accident, la date de l'accident. La circulaire 85 H du 18 décembre 1985 relative à la mise en oeuvre de la dotation globale dans les établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier a précisé que ces établissements « doivent informer les caisses d'assurance maladie lorsque l'hospitalisation est liée à un accident, qu'il soit de travail ou de la vie privée ».

Or, actuellement, les informations transmises aux caisses pivots d'assurance maladie dans le cadre de la chaîne de traitement du budget global ne portent, dans la majorité des cas, que sur les hospitalisations suite à un accident du travail compte tenu de la demande de prise en charge par la caisse d'assurance maladie de ces catégories d'accidents.

Il apparaît donc nécessaire que les services administratifs des établissements de santé mentionnent en priorité si l'hospitalisation est en lien avec un accident impliquant un tiers responsable en utilisant les catégories disponibles (accident sur la voie publique, autres, etc.) et complètent le cas échéant la rubrique « causé par un tiers » qui figure normalement dans tous les programmes informatiques des établissements.

Il est rappelé que la chaîne de traitement du budget global prévoit, pour toute hospitalisation, un mode d'entrée du patient dans l'établissement qui comporte une codification de 0 à 9. Les codes 4 (admission suite à un accident de la voie publique), 5 (admission suite à un accident du travail) et 7 (autres admissions en urgence) doivent être systématiquement complétés ainsi que le code accident (0 = pas d'accident, 1 = accident de droit commun et 2 = accident du travail, de trajet ou maladie professionnelle).

J'attache de l'importance à ce que les établissements de santé transmettent aux caisses pivots d'assurance maladie ces informations dès lors que les lésions subies l'ont été suite à un accident.

2. Dans les établissements de santé privés antérieurement sous objectif quantifié national

S'agissant de ces établissements, il convient de rappeler que c'est par le biais du bordereau de facturation et à partir des indications du patient que l'établissement doit informer la caisse d'assurance maladie si les soins délivrés ont un lien avec un accident causé par un tiers.

L'actuel bordereau de facturation, ainsi que celui qui le remplacera à compter de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité et dont le formulaire a été publié par arrêté du 5 octobre 2004, prévoient en effet une case spécifique afin de déterminer si l'hospitalisation du patient est consécutive à un accident causé par un tiers. Si tel est le cas, l'établissement de santé doit alors obligatoirement renseigner la date de l'accident que le patient lui a déclarée.

3. Il me paraît par ailleurs utile de signaler les actions menées par certaines caisses d'assurance maladie pour connaître au mieux les accidents impliquant un tiers responsable. Certaines caisses mettent ainsi des plaquettes d'information, à la disposition du public dans les lieux d'accueil et au bureau des admissions des établissements, indiquant les démarches à suivre lorsque les blessures sont consécutives à un accident. D'autres transmettent aux services administratifs des établissements un questionnaire visant à connaître les causes des lésions à remettre à l'assuré ou à sa famille, à charge pour l'assuré de le retourner à sa caisse d'assurance maladie.

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître les éventuelles difficultés que l'application

de la présente circulaire pourraient susciter.

Le directeur de la sécurité sociale,
D. Libault

*Le directeur de l'hospitalisation
et des soins,*
E. Couty

PIECE JOINTE N°2 MODELE DE DECLARATION D'ACCIDENT DE LA CPCAM DE MARSEILLE



Cocher d'une croix les cases utiles.

DECLARATION D'UN ACCIDENT ENTRAINANT LA RESPONSABILITE D'UN TIERS

(à adresser obligatoirement par l'assuré à son Centre de Paiement dans les huit jours suivant l'accident

« articles L. 376-1 et L. 454-1 et suivants, du code de la sécurité sociale »)

ASSURE	NOM		PRENOM	N. I. R.	CLÉ
	ADRESSE		Centre de S.S.		
VICTIME	NOM - Prénom		Code bénéficiaire (à relever sur la carte d'assuré social) :		
	DATE	HEURE (de 0 à 24)	Indiquer la raison sociale et l'adresse de votre employeur avant cet accident:		
L'ACCIDENT A EU LIEU		<input type="checkbox"/> à l'école <input type="checkbox"/> au cours d'une activité sportive <input type="checkbox"/> dans un autre endroit			
ACCIDENT	NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT OU S'EST PRODUIT L'ACCIDENT				
	CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT				
UN RAPPORT DE POLICE OU DE GENDARMERIE A-T-IL ETE ETABLIS ?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	► SI OUI par qui ?		
JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL INITIAL OU DEcrire LA NATURE DES BLESSURES OU LESIONS :					
CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT	L'ACCIDENT A-T-IL ENTRAINE	Arrêt de travail ? <input type="checkbox"/> NON Hospitalisation ? <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI	► du _____ au _____	
				Date d'entrée _____	Date de sortie _____
LES SOINS SONT-IL TERMINES ?		<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	► Durée probable jusqu'au _____ ► Faire parvenir un certificat médical final à la CPCAM des BdR - 781-Service Contentieux Recouvrement et Recours contre Tiers - CS 60007 - 13364 Marseille cedex 10, sans oublier d'y mentionner votre numéro d'identification et la date de l'accident.		
COMPAGNIE D'ASSURANCE VICTIME	COMPAGNIE D'ASSURANCE ADRESSE _____		N° SINISTRE : _____ N° POLICE : _____		
	NOM - Prénom - Adresse _____		COMPAGNIE D'ASSURANCE - ADRESSE N° SINISTRE OU A DEFAUT N° POLICE _____		
RECORDS	AVEZ-VOUS L'INTENTION DE POURSUIVRE LE RESPONSABLE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		► Nom et adresse de votre avocat		
ACCIDENT DE LA VOIE PUBLIQUE	SI LA VICTIME ETAIT PASSAGERE	<input type="checkbox"/> d'un transport en commun NATURE <input type="checkbox"/> Moto APPARTENANT A _____		<input type="checkbox"/> d'un véhicule particulier <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Camion <input type="checkbox"/> _____	
		LA VICTIME VOYAGEAIT A TITRE COMPAGNIE D'ASSURANCE DU PROPRIETAIRE DU VEHICULE		<input type="checkbox"/> Payant <input type="checkbox"/> Gratuit	
<p>► N'oubliez pas de préciser, ou de faire indiquer, sur tout document se rapportant à l'accident, que les actes ou soins dispensés à la victime ont été occasionnés par les blessures ou lésions. ► Vous pouvez conclure un arrangement à l'amiable avec l'auteur de l'accident (ou sa Compagnie d'Assurance), mais votre Caisse d'Assurance Maladie doit participer à la conclusion de l'accord. Vous devez donc prévenir 15 jours à l'avance, PAR LETTRE RECOMMANDÉE, la CPCAM des BdR - 781-Service Contentieux Recouvrement et Recours contre Tiers - CS 60007 - 13364 Marseille cedex 10.</p>					

Je certifie exactes et sincères les déclarations portées ci-dessus.

DATE :

SIGNATURE :

Réf.: 83 11 001 - février 2012