



Ministère des solidarités et de la santé

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction de l'accès aux soins, des
prestations familiales et des accidents du
travail
Bureau 2C
Personne chargée du dossier : François-Charles
MEYRUEIX
Tél. : 01 40 56 73 21
Mél : francois-charles.meyrueix@sante.gouv.fr

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction de la performance de
l'offre de soins
Bureau PF1
Personne chargée du dossier : Gilles
HEBBRECHT
Tél : 01 40 56 50 11
Mél : gilles.hebbrecht@sante.gouv.fr

La ministre des solidarités et de la santé

A

Mesdames et Messieurs les directeurs des
établissements de santé (pour attribution)

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences
régionales de santé (pour diffusion)

Copie :

Mesdames et Messieurs les préfets de région ;
Monsieur le directeur de la caisse nationale de
l'assurance maladie ;
Monsieur le directeur de la caisse nationale
d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-
salariaiés des professions non agricoles ;
Monsieur le directeur de la caisse centrale de la
mutualité sociale agricole.

INSTRUCTION N° DSS/SD2C/DGOS/PF1/2018/7 du 8 janvier 2018 relative aux informations que
les établissements de santé doivent transmettre en cas d'accident entraînant un tiers responsable
ou en cas d'accident du travail

Date d'application : immédiate

Validé par le CNP du 22 décembre 2017 – visa CNP 2017-144.

NOR : **SSAS1800715J**

Classement thématique : sécurité sociale : organisation, financement

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : Demande aux établissements hospitaliers de continuer à renseigner la chaîne budget global, afin de préserver les recettes relatives aux recours contre tiers de l'assurance maladie et d'imputer à l'employeur responsable les charges hospitalières relatives à un accident du travail

Mots-clés : Sécurité sociale, recours contre tiers, établissements hospitaliers, chaîne budget global, transmission des signalements, accidents du travail

Textes de référence : Articles L. 376-1, L. 454-1, D. 376-1, D. 454-1 du code de la sécurité sociale

Annexes : - annexe 1 : consignes aux établissements

1. La baisse du nombre de signalements par les établissements de santé relatifs aux accidents entraînant un tiers responsable ou en cas d'accident du travail occasionne des pertes financières importantes

Aux termes des articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité, les organismes de sécurité sociale sont habilités, en cas d'accident imputable à un tiers, à récupérer auprès de ce dernier une partie des prestations qu'ils ont versées.

Ces recours visent à ce que les coûts relatifs à l'accident soient supportés par la personne responsable de l'accident, le plus souvent par l'intermédiaire de son assureur, et non par la collectivité, à travers l'assurance maladie.

Afin de permettre aux organismes locaux d'exercer ces recours, qui représentent un enjeu considérable pour les branches maladie et accidents du travail (près d'1 milliard d'euros), les articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale imposent à la personne victime, aux établissements de santé ainsi qu'au tiers responsable et son assureur d'informer la caisse d'assurance maladie de la victime de la survenue des lésions causées par un tiers.

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* ».

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.

L'inspection générale des affaires sociales a ainsi constaté que le taux de signalement des établissements de santé était insuffisamment élevé¹.

Cette diminution importante est imputable aux modifications organisationnelles consécutives à la généralisation de la tarification à l'activité basant les recettes des établissements et donc les dépenses de l'assurance maladie sur les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Depuis la modification des règles de calcul de la clé de répartition des dépenses hospitalières entre régimes d'assurance maladie obligatoire², les établissements ne sont désormais plus tenus de faire parvenir les « informations de séjour » par l'intermédiaire de la chaîne budget global pour la tarification de leurs actes.

Toutefois, les données transmises par l'intermédiaire du PMSI étant anonymisées, elles ne permettent pas aux caisses d'évaluer les frais liés aux soins dispensés dans ce cadre.

Ce défaut d'information a une double incidence pour les caisses d'assurance maladie, en ne permettant pas de récupérer les charges hospitalières auprès des assureurs en cas d'accident causé par un tiers, ni de les imputer aux employeurs responsables en cas d'accident du travail.

C'est pourquoi, dans l'attente d'une évolution des modalités de transmission des données PMSI par les établissements, permettant de signaler aux caisses les accidents recensés et les dépenses y afférentes, je vous rappelle la nécessité de renseigner ces informations par le biais de la chaîne budget global, qui a été maintenue à cet effet, selon les modalités détaillées ci-après.

¹ Rapport sur « *l'évaluation du dispositif des recours contre tiers menés par les caisses d'assurance maladie (déclarations par les hôpitaux)* », janvier 2015

² Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, article 45.

2. Les modalités de transmission des informations relatives aux accidents causés par un tiers, via la chaîne BDG

Afin de permettre aux services administratifs d'effectuer les signalements requis sur la chaîne BDG, le personnel en contact avec les patients doit recueillir l'information auprès des personnes concernées par cette situation, par exemple au moyen des formulaires annexés à la présente instruction (consignes aux patients, formulaires de recueil, par exemple aux urgences...).

Une fois les informations recueillies sur les circonstances de l'accident, le logiciel de gestion administrative du patient (GAP) devra être renseigné selon les modalités suivantes :

- mentionner 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, etc.) ;
- compléter le cas échéant la rubrique « *causé par un tiers* » qui figure en principe dans toutes les GAP des établissements.

Pour mémoire, la chaîne de traitement du budget global, dont les fichiers sont générés par les GAP, prévoit, pour toute hospitalisation, un mode d'entrée du patient dans l'établissement qui comporte une codification de 0 à 9. Pour que 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) soient produits, ainsi que le code accident (0 = pas d'accident, 1 = accident de droit commun et 2 = accident du travail, de trajet ou maladie professionnelle), les données initiales doivent être correctement renseignées.

Je vous serais obligée de bien vouloir transmettre la présente instruction aux établissements de votre ressort et de me faire connaître les éventuelles difficultés que l'application de la présente circulaire pourrait susciter.

La Ministre des solidarités et de la santé

Pour la Ministre et par délégation,

M. LIGNOT-LELOUP

signé

Directrice de la sécurité
sociale

C. COURREGES

signé

Directrice générale de l'offre de
soins

A. LAURENT

signé

Secrétaire générale adjointe
des ministères chargés des
affaires sociales

Annexe 1 : consignes aux établissements

Recours contre tiers

En tant qu'interlocuteur privilégié du patient accidenté ou de son accompagnant, vous pouvez contribuer à signaler un éventuel recours contre tiers. Il ne s'agit pas de déterminer les responsabilités mais simplement de signaler à l'Assurance Maladie un accident causé par un tiers. Elle pourra ainsi récupérer les sommes préalablement versées.

Votre rôle

1. Aider à déterminer les circonstances de l'accident, en posant les questions suivantes au patient, à la personne accompagnatrice ou au service de transport sanitaire d'urgence :

- **quelle est l'origine des lésions ?**

Il s'agit de rechercher tout évènement ayant eu pour conséquence de blesser physiquement le patient.

- **une tierce personne est-elle à l'origine du dommage ?**

L'accident peut avoir pour origine l'action d'une tierce personne ou sa négligence. Son auteur peut être un proche de la victime (ami, membre de la famille) ou un inconnu.

Quelques exemples :

accident de la circulation : personne ayant causé l'accident de la route ;

accident scolaire : enfant ayant poussé un camarade dans la cour de l'école ;

coups et blessures volontaires : personne ayant agressé physiquement le patient ;

accident sportif : patient blessé par un autre sportif lors d'un match de rugby, de football, etc...

accident de la voie publique : patient ayant chuté sur la voie publique en raison d'un défaut de signalement de travaux publics.

2. Signaler l'accident à l'Assurance Maladie

- Cocher la case prévue à cet effet sur le bordereau de facturation, en précisant la date de l'accident. Ce formulaire est à transmettre automatiquement à l'Assurance Maladie.

ou

établissements de santé privés – bordereau de facturation

article R. 351-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

date d'élaboration

signature de l'établissement

absence de signature

références à rappeler

N° LOT

N° FACTURE

N° D'ENTRÉE

N° FEUILLET

coefficient MCO

n° 1278*01

identification de l'établissement dont n° FINESS

le bénéficiaire des soins

nom de naissance et prénom(s)

date de naissance

n° d'identification et de

code organisme de rattachement

soins en rapport avec l'art. L. 115

accident causé par un tiers non oui autre

frais de structure et de soins (2)

DMT	prestation	n° CPTS	periode	du	au	prix structure	quantité	coefficient	montant facturé	des
-----	------------	---------	---------	----	----	----------------	----------	-------------	-----------------	-----

- Remettre au patient un exemplaire de l'imprimé « Déclarer un accident causé par une tierce personne, une entreprise ou une administration » :
 - le patient ou la personne qui l'accompagne remplit l'imprimé et vous le restitue ;
 - vous adressez la fiche à la CPAM avec laquelle votre établissement a signé une convention.

Le recours contre tiers

Lorsqu'un assuré social est victime d'un accident, l'Assurance Maladie prend immédiatement en charge l'ensemble des dépenses de santé correspondantes : frais médicaux et d'hospitalisation, médicaments, rente accident du travail voire pension d'invalidité.

Toutefois, certains accidents ont pour origine un « tiers », c'est-à-dire une personne physique ou morale. Dans ce cas, l'Assurance Maladie mène une action auprès de l'assureur de la personne responsable afin de récupérer les sommes qu'elle a préalablement versées : c'est le recours contre tiers.

En effet, la personne responsable bénéficie d'une assurance pour les dommages civils qu'elle peut provoquer. Les dépenses de santé ne peuvent, pour des raisons d'équité, rester définitivement à la charge de la collectivité.

Annexe 2 : formulaire de signalement

(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

Cochez 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...

Réponses aux principales questions que vous vous posez sur cette déclaration

Dans quel cas dois-je remplir cette déclaration ?

En tant qu'assuré social, je dois remplir la déclaration lorsque je suis soigné suite à un accident(1) causé par un tiers(2) et donnant lieu à une prise en charge médicale.

(1) ou évènement, intentionnel ou non, ayant eu pour conséquence de me blesser physiquement.

(2) le « tiers » peut être une personne physique (quel que soit son âge) ou une personne morale (une entreprise, une institution, une association, la commune...).

Pourquoi remplir cette déclaration ?

En cas d'accident causé par un tiers, l'Assurance Maladie récupère les frais qu'elle a versés pour ma prise en charge (frais d'hospitalisation, médicaments...) auprès de l'assureur de la personne responsable (personne physique ou morale).

En tant que victime, je peux aider l'Assurance Maladie dans cette démarche en remplissant cette déclaration. Pour moi, rien ne change. En revanche, pour la collectivité, mon geste contribue à préserver le système de santé.

Qu'est-ce que ça change pour mes remboursements ?

Rien. Je continue d'être pris en charge de la même façon. Seule l'assurance du tiers impliqué dans l'accident est contactée pour récupérer la somme avancée par l'Assurance Maladie.